

SOMMAIRE

LISTE des ARRETES TARIFICATION DPDS et CPOMS

2022 D 1568 du 28 avril 2022

PORTANT fixation de la tarification applicable, à compter du 1/5/2022, à l'Unité de Soins de Longue Durée (U.S.L.D.) géré par le CENTRE HOSPITALIER D'ISSOUDUN.

2022 D 1569 du 28 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1/5/2022, du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD géré par le CENTRE HOSPITALIER D'ISSOUDUN.

2022 D 1570 du 28 avril 2022

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement et à l'accueil de jour de l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier d'ISSOUDUN applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale.

2022 D 1571 du 28 avril 2022

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement et à l'accueil de jour de l'EHPAD CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE de l'INDRE à SAINT-MAUR.

2022 D 1572 du 28 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant le CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE à SAINT-MAUR.

2022 D 1573 du 28 avril 2022

PORTANT fixation de la tarification applicable, à compter du 1/5/2022 à l'Etablissement de Soins de Longue Durée (E.S.L.D.) gérée par le CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE de SAINT-MAUR.

2022 D 1574 du 28 avril 2022

PORTANT fixation, pour 2022, de la dotation globale de financement du Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial géré par le CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE de SAINT-MAUR

2022 D 1575 du 28 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement de l'EHPAD du Centre Hospitalier à LEVROUX.

2022 D 1576 du 28 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD du CENTRE HOSPITALIER à LEVROUX.

2022 D 1577 du 28 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD "Notre Dame de Confiance" à Tournon-Saint-Martin.

2022 D 1578 du 28 avril 2022

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement permanent et temporaire de l'EHPAD "Notre Dame de Confiance" à Tournon-Saint-Martin applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale.

2022 D 1579 du 28 avril 2022

PORTANT fixation, pour 2022, de la dotation globale de financement du Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial géré par la Fédération des APAJH.

2022 D 1580 du 28 avril 2022

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1er mai 2022 au Service d'Accompagnement à la Vie Sociale géré par la Fédération des APAJH.

2022 D 1581 du 28 avril 2022

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1er mai 2022 aux Foyers d'Activités Occupationnelles gérés par la Fédération des APAJH.

2022 D 1582 du 28 avril 2022

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1er mai 2022 aux foyers d'hébergement gérés par la Fédération des APAJH.

2022 D 1583 du 28 avril 2022

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1er mai 2022 au S.A.P.M.N. de la Maison d'Enfants à Caractère Social de Clion.

2022 D 1584 du 28 avril 2022

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1er mai 2022 à l'Internat de la Maison d'Enfants à Caractère Social de Clion.

2022 D 1585 du 28 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1er février 2022 du tarif journalier afférent à la dépendance pour les personnes de moins de 60 ans concernant l'EHPAD "La Roche Bellusson" à Méridy.

2022 D 1595 du 28 avril 2022

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement de l'EHPAD LE BOIS ROSIER à VATAN applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale.

2022 D 1596 du 28 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD LE BOIS ROSIER à VATAN.

2022 D 1597 du 28 avril 2022

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement de l'EHPAD du Centre Hospitalier de VALENCAY applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale.

2022 D 1598 du 28 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD gré par le CENTRE HOSPITALIER DE VALENCAY.

2022 D 1613 du 29 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier à Châtillon-sur-Indre.

2022 D 1614 du 29 avril 2022

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement de l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier à Châtillon-sur-Indre.

2022 D 1615 du 29 avril 2022

PORTANT fixation de la tarification applicable, à compter du 1/5/2022, à l'Etablissement de Soins de Longue Durée (E.S.L.D.) gérée par le CENTRE HOSPITALIER à CHATILLON SUR INDRE.

2022 D 1616 du 29 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1er mai 2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD géré par le CENTRE HOSPITALIER de LA CHATRE.

2022 D 1617 du 29 avril 2022

PORTANT détermination à compter du 1er mai 2022 des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement et à l'accueil de jour de l'EHPAD du Centre Hospitalier de LA CHATRE applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale.

CPOM VALENCAY

CPOM CHABRIS

CPOM CDGI

CPOM SAINT JEAN

CPOM TOURNON SAINT MARTIN

CPOM VATAN

CPOM LA CHATRE

CPOM ISSOUDUN



ARRÊTÉ N° 2022-D-1568 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT fixation de la tarification applicable, à compter du 1/5/2022,
à l'Unité de Soins de Longue Durée (U.S.L.D.)
géré par le CENTRE HOSPITALIER D'ISSOUDUN

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 3 ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus est fixé à :

- 45,29 € en année civile
- 45,28 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 2. - Le tarif journalier applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 69,90 € en année civile dont 45,29 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

- 71,69 € à compter du 1/5/2022 dont 45,28 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Les tarifs afférents à la dépendance sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	27,69 €	30,10 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	17,57 €	19,10 €
Tarif journalier GIR 5 et 6	7,45 €	8,10 €

ARTICLE 4. - L'établissement ayant opté pour le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance, la dotation annuelle représentant le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie des ressortissants de l'Indre, est fixée à 84 359,88 €.

Un douzième de ce montant, soit 7 029,99 € sera versé le vingtième jour de chaque mois, à l'établissement.

ARTICLE 5. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir à M. le Président du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué,



Gérard MAYAUD



ARRÊTÉ N° 2022 D-1569 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

Portant détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD géré par le CENTRE HOSPITALIER d'ISSOUDUN

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 663,91 le 14/08/2020 ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reductibles afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Considérant le montant du forfait global cible relatif à la dépendance déterminé à hauteur de 1 018 735,20 € conformément à l'article R.314-173 (I) du CASF ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Le montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'année 2022 est déterminé selon les modalités suivantes :

Montant des produits de la tarification reductibles afférents à la dépendance fixé en 2021 revalorisé d'un taux de 1,04 % (1)	988 600,10 €
1/2 de la fraction de la différence entre le montant des produits de la tarification et le forfait global dépendance cible +/- (2)	15 067,55 €
Montant du financement pour la part des prestations afférente à la dépendance 2022 (3) = (1)+(2)	1 003 667,65 €

S'ajoute au montant du financement (3) le montant de financement(s) complémentaire(s)

Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire	9 602,70 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour	41 058,18 €

ARTICLE 2:

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre est déterminé pour l'exercice 2022 selon les modalités suivantes :

Montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance 2022 (1)	1 003 667,65 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L.232-8 (2)	5 625,85 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de moins de 60 ans (3)	0,00 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de l'Indre au titre du tarif GIR 5 et 6 (4)	277 588,16 €
Montant prévisionnel des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposable aux autres départements (5)	262 791,35 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire (6)	9 602,70 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour (7)	41 058,18
Montant prévisionnel de la participation des résidents en hébergement temporaire (8)	3 104,49 €
Dotation exceptionnelle versée par le Département (9)	0,00 €
Montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre (10) = (1)-(2)-(3)-(4)-(5)+(6)+(7)-(8)-(9)	505 218,67 €

Ainsi, le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre s'élève à 505 218,67 €.

ARTICLE 3 :

Les tarifs journaliers annuels afférents à la dépendance applicables aux résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA et des résidents des autres départements sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	21,08 €	21,64 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	13,38 €	13,73 €

Le tarif journalier GIR 5 et 6 applicable à tous les résidents de plus de 60 ans est fixé à :

- 5,68 € en année civile
- 5,83 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 4 :

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre pour 2022 sera effectué par acomptes mensuels.

Le versement des acomptes mensuels du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre ainsi déterminés pour l'exercice 2022 sera prolongé en 2023 jusqu'à la fixation par arrêté du nouveau montant de financement de la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'exercice 2023.

Le versement des acomptes mensuels prendra en compte les montants perçus par l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2022 au titre soit des acomptes mensuels versés sur la base de la dotation APA 2021, soit des montants de l'APA versés par les bénéficiaires directement à l'établissement sur la base des tarifs journaliers dépendance 2021.

De même, les tarifs journaliers dépendance appliqués à compter du 1/5/2022 continueront à s'appliquer jusqu'à la fixation par arrêté des nouveaux tarifs afférents à la dépendance pour l'exercice 2023.

ARTICLE 5 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental
Le Vice-Président délégué



Gerard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarifification - Programmation

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement et à l'accueil de jour de l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier d'ISSOUDUN applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus bénéficiaires de l'aide sociale est fixé à :

- 51,80 € en année civile
- 51,87 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 2. - Le prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 67,60 € en année civile dont 51,80 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.
- 67,84 € à compter du 01/05/2022 dont 51,87 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Le tarif afférent à l'hébergement temporaire des personnes âgées de 60 ans et plus est fixé à :

- 51,80 € en année civile
- 51,87 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 4. - Les tarifs afférents à l'accueil de jour, opposables aux usagers, sont fixés, à compter du 01/05/2022 :

Tarif à la journée :	35,50 €
Tarif à la demi-journée :	30,50 €

ARTICLE 5. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6. - Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué,


Gerard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement et à l'accueil de jour de l'EHPAD CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE de l'INDRE à SAINT MAUR

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 4 novembre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus est fixé à :

◆Unités extérieures chambre à 1 lit :

CHATEAUROUX : George Sand ; Robert Taillebourg ; Louis Balsan ; La Pléiade

DEOLS : Pierre Angrand

SAINT MAUR : Les Trois Rivières

ETRECHET : Frédéric Chopin

NEUVY PAILLOUX : Les Epis d'Or

VILLEDIEU SUR INDRE : Les Rives de Trégonce

- 59,53 € en année civile

- 60,55 € à compter du 01/05/2022

◆Unités extérieures chambre à 2 lits :

CHATEAUROUX : Louis Balsan

ETRECHET : Frédérique Chopin

- 57,50 € en année civile

- 58,50 € à compter du 01/05/2022

◆Pavillons SAINT MAUR : Robert Debré ; les Albizias

- 59,98 € en année civile

- 61,00 € à compter du 01/05/2022

◆Pavillon SAINT MAUR : Orangerie

- 56,01 € en année civile

- 57,00 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 2. - Le prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 76,30 € en année civile dont 59,47 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

- 77,49 € à compter du 01/05/2022 dont 60,50 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Le tarif afférent à l'hébergement temporaire des personnes âgées de 60 ans et plus est fixé à :

◆Unités extérieures chambre à 1 lit :

CHATEAUROUX : George Sand ; Robert Taillebourg ; Louis Balsan ; La Pléiade

DEOLS : Pierre Angrand

SAINT MAUR : Les Trois Rivières

ETRECHET : Frédéric Chopin

NEUVY PAILLOUX : Les Epis d'Or
 VILLEDIEU SUR INDRE : Les Rives de Trégonce
 - 59,53 € en année civile
 - 60,55 € à compter du 01/05/2022

◆Unités extérieures chambre à 2 lits :
 CHATEAUROUX : Louis Balsan
 ETRECHET : Frédérique Chopin
 - 57,50 € en année civile
 - 58,50 € à compter du 01/05/2022

◆Pavillons SAINT MAUR : Robert Debré ; les Albizias
 - 59,98 € en année civile
 - 61,00 € à compter du 01/05/2022

◆Pavillon SAINT MAUR : Orangerie
 - 56,01 € en année civile
 - 57,00 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 4. - Les tarifs afférents à l'accueil de jour, opposables aux usagers, sont fixés, à compter du 01/05/2022 :

Tarif à la journée : 35,00 €
 Tarif à la demi-journée : 30,00 €

ARTICLE 5. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6. - Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

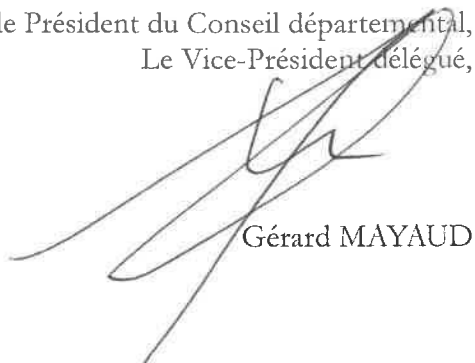
DATE de TRANSMISSION
 au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE 1e

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
 Le Vice-Président délégué,



Gérard MAYAUD



ARRÊTÉ N° 2022 . D . 1572 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

Portant détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant le CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE à SAINT MAUR

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 691,00 le 30 septembre 2021 ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reductibles afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Considérant le montant du forfait global cible relatif à la dépendance déterminé à hauteur de 3 431 431,37 € conformément à l'article R.314-173 (I) du CASF ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Le montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'année 2022 est déterminé selon les modalités suivantes :

Montant des produits de la tarification reductibles afférents à la dépendance fixé en 2021 revalorisé d'un taux de 1,04 % (1)	3 423 947,83 €
1/2 de la fraction de la différence entre le montant des produits de la tarification et le forfait global dépendance cible +/- (2)	3 741,77 €
Montant du financement pour la part des prestations afférente à la dépendance 2022 (3) = (1)+(2)	3 427 689,60 €

S'ajoute au montant du financement (3) le montant de financements complémentaires

Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire	68 721,76 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour	32 825,60

ARTICLE 2 :

Le Conseil départemental a décidé de vous attribuer une dotation exceptionnelle de compensation de 255 113,99 € en raison de la très forte diminution du nombre de bénéficiaires APA de l'Indre dans votre établissement (411 au 1^{er} octobre 2021 contre 448 au 1^{er} octobre 2019) liée à la crise sanitaire subie en 2020. Cette dotation exceptionnelle, validée par le Conseil départemental, s'ajoutera au versement de la dotation calculée pour 2022.

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre est déterminé pour l'exercice 2022 selon les modalités suivantes :

Montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance 2022 (1)	3 427 689,60 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L.232-8 (2)	17 706,04 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de moins de 60 ans (3)	24 571,25 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de l'Indre au titre du tarif GIR 5 et 6 (4)	1 085 353,39 €
Montant prévisionnel des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposable aux autres départements (5)	266 782,74 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire (6)	68 721,76 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour (7)	32 825,60
Montant prévisionnel de la participation des résidents en hébergement temporaire (8)	4 622,83 €
Dotation exceptionnelle versée par le Département (9)	255 113,99 €
Montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre (10) = (1)-(2)-(3)-(4)-(5)+(6)+(7)-(8)-(9)	1 875 086,72 €

Ainsi, le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre s'élève à 2 130 200,71 € soit 1 875 086,72 € de financement du forfait global et 255 113,99 € de dotation exceptionnelle.

ARTICLE 3 :

Les tarifs journaliers annuels afférents à la dépendance applicables aux résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA et des résidents des autres départements sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	22,77 €	23,12 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	14,45 €	14,67 €

Le tarif journalier GIR 5 et 6 applicable à tous les résidents de plus de 60 ans est fixé à :

- 6,13 € en année civile
- 6,22 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 4 :

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre pour 2022 sera effectué par acomptes mensuels.

Le versement des acomptes mensuels du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre ainsi déterminés pour l'exercice 2022 sera prolongé en 2023 jusqu'à la fixation par arrêté du nouveau montant de financement de la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'exercice 2023.

Le versement des acomptes mensuels prendra en compte les montants perçus par l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2022 au titre soit des acomptes mensuels versés sur la base de la dotation APA 2021, soit des montants de l'APA versés par les bénéficiaires directement à l'établissement sur la base des tarifs journaliers dépendance 2021.

De même, les tarifs journaliers dépendance appliqués à compter du 1/5/2022 continueront à s'appliquer jusqu'à la fixation par arrêté des nouveaux tarifs afférents à la dépendance pour l'exercice 2023.

ARTICLE 5 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



ARRÊTÉ N° 2022-D-1573 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarifification - Programmation

PORTANT fixation de la tarification applicable, à compter du 1/5/2022,
à l'Etablissement de Soins de Longue Durée (E.S.L.D.)
gérée par le CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE
de SAINT MAUR

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 3 ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 4 novembre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus est fixé à :

- ◆ Pavillon SAINT MAUR : Robert Debré Les Orchidées
 - 61,77 € en année civile
 - 63,65 € à compter du 1/5/2022
- ◆ Pavillon SAINT MAUR : La Chêneraie chambre à 1 lit
 - 58,37 € en année civile
 - 60,25 € à compter du 1/5/2022
- ◆ Pavillon SAINT MAUR : La Chêneraie chambre à 2 lits
 - 56,54 € en année civile
 - 58,40 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 2. - Le tarif journalier applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :
 - 77,84 € en année civile dont 57,96 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

- 79,12 € à compter du 1/5/2022 dont 58,92 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Les tarifs afférents à la dépendance sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	21,76 €	22,23 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	13,81 €	14,10 €
Tarif journalier GIR 5 et 6	5,86 €	5,99 €

ARTICLE 3. - L'établissement ayant opté pour le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance, la dotation annuelle représentant le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie des ressortissants de l'Indre, est fixée à 334 090,17 €.

Un douzième de ce montant, soit 27 840,85 € sera versé le vingtième jour de chaque mois, à l'établissement.

ARTICLE 4. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir à M. le Président du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 5. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué,

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Gérard MAYAUD



ARRÊTÉ N° 2022-D-1574 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT fixation, pour 2022, de la dotation globale de financement du Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial géré par le CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE de SAINT MAUR

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et notamment son article 7 ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu la convention pour l'organisation d'un Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial en direction des Personnes Adultes Handicapées ou Âgées de l'Indre signée le 19 décembre 2013 ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 4 novembre 2021 pour l'exercice 2022 demandant la fixation de la tarification journalière ;

SUR la proposition de la Directrice de la Prévention et du Développement Social ;

ARTICLE 1er. - La dotation globale de financement du Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial mis en place au sein du CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE de Saint Maur est fixée à 28 919,15 €.

ARTICLE 2. - La dotation globale de financement est versée par douzième mensuellement, à terme échu.

ARTICLE 3. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 4. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

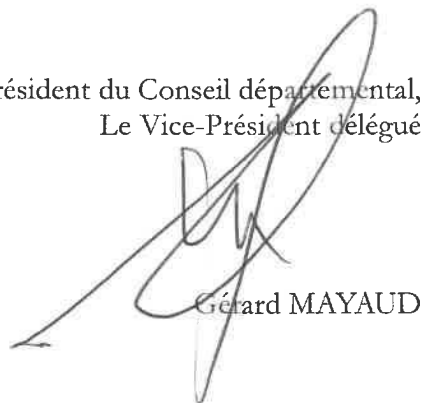
DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs
à l'hébergement de l'EHPAD du Centre Hospitalier à LEVROUX

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 4 novembre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus est fixé à :

- 53,17 € en année civile
- 54,31 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 2. - Le prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 70,17 € en année civile dont 53,17 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.
- 71,44 € à compter du 01/05/2022 dont 54,31 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Le tarif afférent à l'hébergement temporaire des personnes âgées de 60 ans et plus est fixé à :

- 53,17 € en année civile
- 54,31 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 4. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES - 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 5. - Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué,


Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

Portant détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD du CENTRE HOSPITALIER à LEVROUX

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 695,00 le 30 septembre 2021 ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Considérant le montant du forfait global cible relatif à la dépendance déterminé à hauteur de 998 380,35 € conformément à l'article R.314-173 (I) du CASF ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Le montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'année 2022 est déterminé selon les modalités suivantes :

Montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance fixé en 2021 revalorisé d'un taux de 1,04 % (1)	987 701,17 €
1/2 de la fraction de la différence entre le montant des produits de la tarification et le forfait global dépendance cible +/- (2)	5 339,59 €
Montant du financement pour la part des prestations afférente à la dépendance 2022 (3) = (1)+(2)	993 040,76 €

S'ajoute au montant du financement (3) le montant de financement complémentaire

Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire	39 827,44 €
--	-------------

ARTICLE 2 :

Le Conseil départemental a décidé de vous attribuer une dotation exceptionnelle de compensation de 144 082,46 € en raison de la très forte diminution du nombre de bénéficiaires APA de l'Indre dans votre établissement (111 au 1^{er} octobre 2021 contre 140 au 1^{er} octobre 2019) liée à la crise sanitaire subie en 2020. Cette dotation exceptionnelle, validée par le Conseil départemental, s'ajoutera au versement de la dotation calculée pour 2022.

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre est déterminé pour l'exercice 2022 selon les modalités suivantes :

Montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance 2022 (1)	993 040,76 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L.232-8 (2)	3 958,28 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de moins de 60 ans (3)	0,00 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de l'Indre au titre du tarif GIR 5 et 6 (4)	372 875,80 €
Montant prévisionnel des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposable aux autres départements (5)	-39 396,10 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire (6)	39 827,44 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour (7)	0,00
Montant prévisionnel de la participation des résidents en hébergement temporaire (8)	4 015,37 €
Dotation exceptionnelle versée par le Département (9)	144 082,46 €
Montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre (10) = (1)-(2)-(3)-(4)-(5)+(6)+(7)-(8)-(9)	547 332,39 €

Ainsi, le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre s'élève à 691 414,85 € soit 547 332,39 € de financement du forfait global et 144 082,46 € de dotation exceptionnelle.

ARTICLE 3 :

Les tarifs journaliers annuels afférents à la dépendance applicables aux résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA et des résidents des autres départements sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	26,35 €	28,77 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	16,72 €	18,26 €

Le tarif journalier GIR 5 et 6 applicable à tous les résidents de plus de 60 ans est fixé à :

- 7,09 € en année civile
- 7,74 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 4 :

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre pour 2022 sera effectué par acomptes mensuels.

Le versement des acomptes mensuels du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre ainsi déterminés pour l'exercice 2022 sera prolongé en 2023 jusqu'à la fixation par arrêté du nouveau montant de financement de la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'exercice 2023.

Le versement des acomptes mensuels prendra en compte les montants perçus par l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2022 au titre soit des acomptes mensuels versés sur la base de la dotation APA 2021, soit des montants de l'APA versés par les bénéficiaires directement à l'établissement sur la base des tarifs journaliers dépendance 2021.

De même, les tarifs journaliers dépendance appliqués à compter du 1/5/2022 continueront à s'appliquer jusqu'à la fixation par arrêté des nouveaux tarifs afférents à la dépendance pour l'exercice 2023.

ARTICLE 5 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

**Portant détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD « Notre Dame de Confiance »
à Tournon-Saint-Martin**

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 734 le 21/07/2021 ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Considérant le montant du forfait global cible relatif à la dépendance déterminé à hauteur de 451 602,33 € conformément à l'article R.314-173 (I) du CASF ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Le montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'année 2022 est déterminé selon les modalités suivantes :

Montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance fixé en 2021 revalorisé d'un taux de 1,04 % (1)	438 107,01 €
1/2 de la fraction de la différence entre le montant des produits de la tarification et le forfait global dépendance cible +/- (2)	6 747,66 €
Montant du financement pour la part des prestations afférente à la dépendance 2022 (3) = (1)+(2)	444 854,67 €

S'ajoute au montant du financement (3) le montant de financement complémentaire

Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire	12 871,47 €
--	-------------

ARTICLE 2 :

Le Conseil départemental a décidé de vous attribuer une dotation exceptionnelle de compensation de 38 122,47 € en raison de la forte diminution du nombre de bénéficiaires APA de l'Indre dans votre établissement (32 au 1^{er} octobre 2021 contre 38 au 1^{er} octobre 2019) liée à la crise sanitaire subie en 2020. Cette dotation exceptionnelle, validée par le Conseil départemental, s'ajoutera au versement de la dotation calculée pour 2022.

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre est déterminé pour l'exercice 2022 selon les modalités suivantes :

Montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance 2022 (1)	444 854,67 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L.232-8 (2)	5 190,37 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de moins de 60 ans (3)	6 355,07 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de l'Indre au titre du tarif GIR 5 et 6 (4)	117 468,28 €
Montant prévisionnel des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposable aux autres départements (5)	138 444,76 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire (6)	12 871,47 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour (7)	0,00
Montant prévisionnel de la participation des résidents en hébergement temporaire (8)	6 296,69 €
Dotation exceptionnelle versée par le Département (9)	38 122,47 €
Montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre (10) = (1)-(2)-(3)-(4)-(5)+(6)+(7)-(8)-(9)	145 848,50 €

Ainsi, le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre s'élève à 183 970,97 € soit 145 848,50 € de financement du forfait global et 38 122,47 € de dotation exceptionnelle.

ARTICLE 3 :

Les tarifs journaliers annuels afférents à la dépendance applicables aux résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA et des résidents des autres départements sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	25,99 €	28,44 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	16,49 €	18,04 €

Le tarif journalier GIR 5 et 6 applicable à tous les résidents de plus de 60 ans est fixé à :

- 7,00 € en année civile
- 7,66 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 4 :

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre pour 2022 sera effectué par acomptes mensuels.

Le versement des acomptes mensuels du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre ainsi déterminés pour l'exercice 2022 sera prolongé en 2023 jusqu'à la fixation par arrêté du nouveau montant de financement de la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'exercice 2023.

Le versement des acomptes mensuels prendra en compte les montants perçus par l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2022 au titre soit des acomptes mensuels versés sur la base de la dotation APA 2021, soit des montants de l'APA versés par les bénéficiaires directement à l'établissement sur la base des tarifs journaliers dépendance 2021.

De même, les tarifs journaliers dépendance appliqués à compter du 1/5/2022 continueront à s'appliquer jusqu'à la fixation par arrêté des nouveaux tarifs afférents à la dépendance pour l'exercice 2023.

ARTICLE 5 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



ARRÊTÉ N° 2022, D. 1578 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarifification - Programmation

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement permanent et temporaire de l'EHPAD « Notre Dame de Confiance » à Tournon-Saint-Martin applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 2 février 2022 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus bénéficiaires de l'aide sociale est fixé à :

- 62,40 € en année civile
- 62,58 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 2. - Le prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 79,81 € en année civile dont 62,40 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.
- 80,13 € à compter du 01/05/2022 dont 62,58 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Le tarif afférent à l'hébergement temporaire des personnes âgées de 60 ans et plus est fixé à :

- 62,40 € en année civile
- 62,58 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 4. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 5. - Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué,


Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT fixation, pour 2022, de la dotation globale de financement du Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial géré par la Fédération des APAJH

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et notamment son article 7 ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu la convention pour l'organisation d'un Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial en direction des Personnes Adultes Handicapées ou Âgées de l'Indre signée le 29/11/2013 ;

Vu l'avenant n°1 à la convention pour l'organisation d'un Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial en direction des Personnes Adultes Handicapées ou Âgées de l'Indre portant transfert de gestion à l'APAJH 36 signé le 2 juin 2017 ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour l'exercice 2022 demandant la fixation de la tarification journalière ;

SUR la proposition de la Directrice de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1er. - La dotation globale de financement du Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial mis en place au sein des foyers pour adultes handicapés géré par la Fédération des APAJH est fixée à 38 987,13 €.

ARTICLE 2. - La dotation globale de financement est versée par douzième mensuellement, à terme échu.

ARTICLE 3. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 4. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1er mai 2022 au Service d'Accompagnement à la Vie Sociale géré par la Fédération des APAJH

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et notamment son article 7 ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté N° 2017-D-783 du 13/01/2017, portant transfert de gestion des foyers d'hébergements, du foyer d'activités occupationnelles et du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale pour travailleurs handicapés géré par l'APAJH 36 à la Fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour l'exercice 2022 demandant la fixation de la tarification journalière ;

SUR la proposition de la Directrice de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1er. - Le prix de journée, calculé **en année civile**, pour les usagers suivis par le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale géré par la Fédération des APAJH est de 8,78 €.

En application de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, le prix de journée opposable, **à compter du 1/5/2022**, aux usagers suivis par le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale géré par la Fédération des APAJH est de **8,79 €**.

ARTICLE 2. - La dotation globale de financement sur Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, géré par l'APAJH 36, pour 2022, est fixée à 128 131,50 €.

La dotation globale de financement est versée par douzième mensuellement, à terme échu.

ARTICLE 3. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 4. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué


Gérard MAYAUD



ARRÊTÉ N° 2022-D-1581 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarifification - Programmation

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1^{er} mai 2022 aux Foyers d'Activités Occupationnelles gérés par la Fédération des APAJH

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et notamment son article 7 ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté N° 2017-D-783 du 13/01/2017 portant transfert de gestion des foyers d'hébergements, du foyer d'activités occupationnelles et du service d'accompagnement à la vie sociale pour travailleurs handicapés géré par l'Association Pour les Adultes et Jeunes Handicapés de l'Indre (A.P.A.J.H.36) à la Fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

Vu la convention en date du 10 mai 1996 signée par le Président du Conseil général de l'Indre et APAJH 36

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour l'exercice 2022 demandant la fixation de la tarification journalière ;

SUR la proposition de la Directrice de la Prévention et du Développement Social ;

ARRÊTÉ

ARTICLE 1er. - Les prix de journée, calculés **en année civile**, pour les foyers d'activités occupationnelles sont de :

- internat : 141,10 €
- accueil de jour : 94,54 €

En application de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, les prix de journée opposables, à **compter du 1/5/2022**, aux usagers des foyers d'activités occupationnelles gérés par la Fédération APAJH sont de :

- internat : 144,49 €
- accueil de jour : 97,90 €

ARTICLE 2. - En vertu de la convention susvisée, la dotation annuelle représentant le montant des frais d'hébergement des ressortissants de l'Indre, pris en charge par le Département au titre de l'Aide Sociale, est fixée à 386 030,46 € pour les foyers d'hébergement.

Un douzième de ce montant sera versé chaque mois à l'établissement.

ARTICLE 3. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES - 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 4. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué


Gérard MAYAUD



ARRÊTÉ N° 2022 - D. 1582 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarifification - Programmation

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1^{er} mai 2022 aux
foyers d'hébergement gérés par la Fédération des APAJH

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives
aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et
médico-sociaux et notamment son article 7 ;

VU la délibération n° CD-20220140-038 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de
l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8
du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté N° 2017-D-783 du 13/01/2017 portant transfert de gestion des foyers
d'hébergements, du foyer d'activités occupationnelles et du service d'accompagnement à la
vie sociale pour travailleurs handicapés géré par l'Association Pour les Adultes et Jeunes
Handicapés de l'Indre (A.P.A.J.H.36) à la Fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes
Handicapés à compter du 1^{er} janvier 2017 ;

Vu la convention en date du 10 mai 1996 signée par le Président du Conseil général de
l'Indre et APAJH 36 ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour
l'exercice 2022 demandant la fixation de la tarification journalière ;

SUR la proposition de la Directrice de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1er. - Le prix de journée, calculé en année civile, pour les foyers d'hébergement est de 111,72 €.

En application de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, le prix de journée opposable, à compter du 1^{er} mai 2022, aux usagers des foyers d'hébergement gérés par la Fédération des APAJH est de 113,59 € .

ARTICLE 2. - En vertu de la convention susvisée, la dotation annuelle représentant le montant des frais d'hébergement des ressortissants de l'Indre, pris en charge par le Département au titre de l'Aide Sociale, est fixée à 580 832,28 € pour les foyers d'hébergement.

Un douzième de ce montant sera versé chaque mois à l'établissement.

ARTICLE 3. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 4. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE-16

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



ARRÊTÉ N° 2022-D-1583 du 28 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1^{er} mai 2022 au
S.A.P.M.N. de la Maison d'Enfants à Caractère Social de Clion

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives
aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et
médico-sociaux et notamment son article 7 ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de
l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8
du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 26 octobre 2021 pour
l'exercice 2022 demandant la fixation de la tarification journalière ;

SUR proposition de la Directrice de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1er. - Le prix de journée 2022 du S.A.P.M.N. de la Maison d'Enfants à Caractère Social de Clion, calculé **en année civile** est fixé à 75,69 €.

En application de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, le tarif est fixé à **76,77 € à compter du 1^{er} mai 2022.**

ARTICLE 2. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 3. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT fixation du prix de journée applicable à compter du 1^{er} mai 2022 à l'Internat de la Maison d'Enfants à Caractère Social de Clion

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

VU l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et notamment son article 7 ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 26 octobre 2021 pour l'exercice 2022 demandant la fixation de la tarification journalière ;

SUR proposition de la Directrice de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1er. - Le prix de journée 2022 de l'INTERNAT de la Maison d'Enfants à Caractère Social de Clion, calculé **en année civile** est fixé à 183,15 €. Ce prix de journée inclut entre autres l'allocation habillement, l'argent de poche, les frais liés à la scolarité et les frais de transport.

En application de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005, le tarif est fixé à **183,32 € à compter du 1^{er} mai 2022.**

ARTICLE 2. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 3. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

Portant détermination à compter du 1^{er} février 2022 du tarif journalier afférent à la dépendance pour les personnes de moins de 60 ans concernant l'EHPAD « La Roche Bellusson » à Mérigny

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 802,54 le 1^{er} octobre 2021 ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reconductible afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Vu l'arrêté du Président du Conseil départemental de l'Indre n° 2022-D212 du 27 janvier 2022 portant détermination à compter du 1er février 2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD « La Roche Bellusson » à Mérigny ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

En complément des tarifs listés dans l'arrêté du Président du Conseil départemental n°2022-D-212 du 27 janvier 2022, le prix de journée des résidents de moins de 60 ans doit comprendre une part couvrant les charges de la dépendance fixée à :

- 17,43 € en année civile
- 17,54 € à compter du 1/2/2022

ARTICLE 2 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 3 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

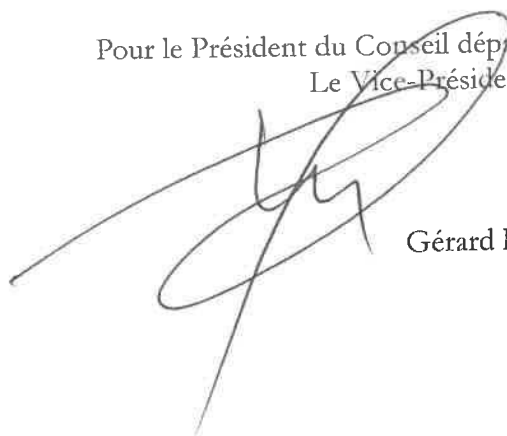
DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarifification - Programmation

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement de l'EHPAD LE BOIS ROSIER à VATAN applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 05 novembre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus bénéficiaires de l'aide sociale est fixé à :

- 58,30 € en année civile
- 58,61 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 2. - Le prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 75,76 € en année civile dont 58,30 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.
- 76,26 € à compter du 01/05/2022 dont 58,61 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 4. - Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.


DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué,



Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

Portant détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD LE BOIS ROSIER à VATAN

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 720 le 17/12/2020 ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reductibles afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Considérant le montant du forfait global cible relatif à la dépendance déterminé à hauteur de 492 806,07 € conformément à l'article R.314-173 (I) du CASF ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Le montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'année 2022 est déterminé selon les modalités suivantes :

Montant des produits de la tarification reductibles afférents à la dépendance fixé en 2021 revalorisé d'un taux de 1,04 % (1)	476 076,69 €
1/2 de la fraction de la différence entre le montant des produits de la tarification et le forfait global dépendance cible +/- (2)	8 364,69 €
Montant du financement pour la part des prestations afférente à la dépendance 2022 (3) = (1)+(2)	484 441,38 €

ARTICLE 2 :

Le Conseil départemental a décidé de vous attribuer une dotation exceptionnelle de compensation de 37 311,20 € en raison de la forte diminution du nombre de bénéficiaires APA de l'Indre dans votre établissement (50 au 1er octobre 2021 contre 58 au 1er octobre 2019) liée à la crise sanitaire subie en 2020. Cette dotation exceptionnelle, validée par le Conseil départemental, s'ajoutera au versement de la dotation calculée pour 2022.

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre est déterminé pour l'exercice 2022 selon les modalités suivantes :

Montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance 2022 (1)	484 441,38 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L.232-8 (2)	4 266,30 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de moins de 60 ans (3)	0,00 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de l'Indre au titre du tarif GIR 5 et 6 (4)	114 199,46 €
Montant prévisionnel des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposable aux autres départements (5)	115 407,92 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire (6)	0,00 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour (7)	0,00
Montant prévisionnel de la participation des résidents en hébergement temporaire (8)	0,00 €
Dotation exceptionnelle versée par le Département (9)	37 311,20 €
Montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre (10) = (1)-(2)-(3)-(4)-(5)+(6)+(7)-(8)-(9)	213 256,49 €

Ainsi, le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre s'élève à 250 567,69 € soit 213 256,49 € de financement du forfait global et 37 311,20 € de dotation exceptionnelle.

ARTICLE 3 :

Les tarifs journaliers annuels afférents à la dépendance applicables aux résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA et des résidents des autres départements sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	21,52 €	21,85 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	13,66 €	13,87 €

Le tarif journalier GIR 5 et 6 applicable à tous les résidents de plus de 60 ans est fixé à :

- 5,79 € en année civile
- 5,88 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 4 :

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre pour 2022 sera effectué par acomptes mensuels.

Le versement des acomptes mensuels du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre ainsi déterminés pour l'exercice 2022 sera prolongé en 2023 jusqu'à la fixation par arrêté du nouveau montant de financement de la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'exercice 2023.

Le versement des acomptes mensuels prendra en compte les montants perçus par l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2022 au titre soit des acomptes mensuels versés sur la base de la dotation APA 2021, soit des montants de l'APA versés par les bénéficiaires directement à l'établissement sur la base des tarifs journaliers dépendance 2021.

De même, les tarifs journaliers dépendance appliqués à compter du 1/5/2022 continueront à s'appliquer jusqu'à la fixation par arrêté des nouveaux tarifs afférents à la dépendance pour l'exercice 2023.

ARTICLE 5 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement de l'EHPAD du Centre Hospitalier de VALENCAY applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus bénéficiaires de l'aide sociale est fixé à :

	Année civile	A compter du 01/05/2022
Tarif moyen hébergement	59,28 €	60,00 €
Chambre à 1 lit bâtiment Central	59,65 €	60,09 €
Chambre à 1 lit bâtiment « Le Nahon »	58,64 €	59,03 €
Chambre à 2 lit bâtiment « Le Nahon »	55,55 €	55,93 €

ARTICLE 2. - Le prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 75,99 € en année civile dont 59,28 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.
- 76,44 € à compter du 01/05/2022 dont 60,00 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 5. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6. - Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental,
Le Vice-Président délégué,



Gérard MAYAUD



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

Portant détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD géré par le CENTRE HOSPITALIER DE VALENCAY

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 675 le 03/12/2020 ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reductibles afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Considérant le montant du forfait global cible relatif à la dépendance déterminé à hauteur de 911 391,40 € conformément à l'article R.314-173 (I) du CASF ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

A R R E T E

ARTICLE 1 :

Le montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'année 2022 est déterminé selon les modalités suivantes :

Montant des produits de la tarification reductibles afférents à la dépendance fixé en 2021 revalorisé d'un taux de 1,04 % (1)	930 945,48 €
1/2 de la fraction de la différence entre le montant des produits de la tarification et le forfait global dépendance cible +/- (2)	- 9 777,04 €
Montant du financement pour la part des prestations afférente à la dépendance 2022 (3) = (1)+(2)	921 168,44 €

ARTICLE 2 :

Le Conseil départemental a décidé de vous attribuer une dotation exceptionnelle de compensation de 29 631,26 € en raison de la forte diminution du nombre de bénéficiaires APA de l'Indre dans votre établissement (88 au 1^{er} octobre 2021 contre 93 au 1^{er} octobre 2019) liée à la crise sanitaire subie en 2020. Cette dotation exceptionnelle, validée par le Conseil départemental, s'ajoutera au versement de la dotation calculée pour 2022.

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre est déterminé pour l'exercice 2022 selon les modalités suivantes :

Montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance 2022 (1)	921 168,44 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L.232-8 (2)	2 666,00 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de moins de 60 ans (3)	0,00 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de l'Indre au titre du tarif GIR 5 et 6 (4)	269 280,62 €
Montant prévisionnel des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposable aux autres départements (5)	212 270,76 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire (6)	0,00 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour (7)	0,00
Montant prévisionnel de la participation des résidents en hébergement temporaire (8)	0,00 €
Dotation exceptionnelle versée par le Département (9)	29 631,26 €
Montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre (10) = (1)-(2)-(3)-(4)-(5)+(6)+(7)-(8)-(9)	407 319,80 €

Ainsi, le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre s'élève à 436 951,06 € soit 407 319,80 € de financement du forfait global et 29 631,26 € de dotation exceptionnelle.

ARTICLE 3 :

Les tarifs journaliers annuels afférents à la dépendance applicables aux résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA et des résidents des autres départements sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	24,69 €	25,85 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	15,67 €	16,40 €

Le tarif journalier GIR 5 et 6 applicable à tous les résidents de plus de 60 ans est fixé à :

- 6,65 € en année civile
- 6,96 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 4 :

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre pour 2022 sera effectué par acomptes mensuels.

Le versement des acomptes mensuels du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre ainsi déterminés pour l'exercice 2022 sera prolongé en 2023 jusqu'à la fixation par arrêté du nouveau montant de financement de la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'exercice 2023.

Le versement des acomptes mensuels prendra en compte les montants perçus par l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2022 au titre soit des acomptes mensuels versés sur la base de la dotation APA 2021, soit des montants de l'APA versés par les bénéficiaires directement à l'établissement sur la base des tarifs journaliers dépendance 2021.

De même, les tarifs journaliers dépendance appliqués à compter du 1/5/2022 continueront à s'appliquer jusqu'à la fixation par arrêté des nouveaux tarifs afférents à la dépendance pour l'exercice 2023.

ARTICLE 5 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

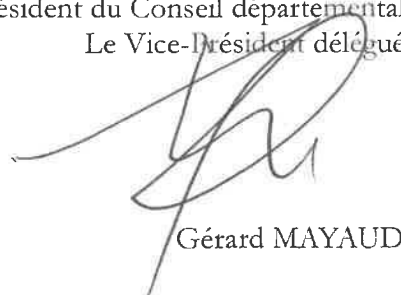
DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

28 AVR. 2022

AFFICHE le

28 AVR. 2022

Pour le Président du Conseil départemental
Le Vice-Président délégué



Gérard MAYAUD

ARRÊTÉ N° 2022-D-1613 du 29 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

Portant détermination à compter du 1/5/2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier à Châtillon-sur-Indre

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 743,22 le 1^{er} octobre 2021;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Considérant le montant du forfait global cible relatif à la dépendance déterminé à hauteur de 1 096 716,54 € conformément à l'article R.314-173 (I) du CASF ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Le montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'année 2022 est déterminé selon les modalités suivantes :

Montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance fixé en 2021 revalorisé d'un taux de 1,04 % (1)	1 040 257,61 €
1/2 de la fraction de la différence entre le montant des produits de la tarification et le forfait global dépendance cible +/- (2)	28 229,46 €
Montant du financement pour la part des prestations afférente à la dépendance 2022 (3) = (1)+(2)	1 068 487,08 €

ARTICLE 2 :

Le Conseil départemental a décidé de vous attribuer une dotation exceptionnelle de compensation de 49 583,28 € en raison de la forte diminution du nombre de bénéficiaires APA de l'Indre dans votre établissement (83 au 1^{er} octobre 2021 contre 92 au 1^{er} octobre 2019) liée à la crise sanitaire subie en 2020. Cette dotation exceptionnelle, validée par le Conseil départemental, s'ajoutera au versement de la dotation calculée pour 2022.

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre est déterminé pour l'exercice 2022 selon les modalités suivantes :

Montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance 2022 (1)	1 068 487,08 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L.232-8 (2)	81,43 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de moins de 60 ans (3)	0,00 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de l'Indre au titre du tarif GIR 5 et 6 (4)	239 761,26 €
Montant prévisionnel des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposable aux autres départements (5)	406 452,42 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire (6)	0,00 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour (7)	0,00
Montant prévisionnel de la participation des résidents en hébergement temporaire (8)	0,00 €
Dotation exceptionnelle versée par le Département (9)	49 583,28 €
Montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre (10) = (1)-(2)-(3)-(4)-(5)+(6)+(7)-(8)-(9)	372 608,69 €

Ainsi, le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre s'élève à 422 191,97 € soit 372 608,69 € de financement du forfait global et 49 583,28 € de dotation exceptionnelle.

ARTICLE 3 :

Les tarifs journaliers annuels afférents à la dépendance applicables aux résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA et des résidents des autres départements sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	23,24 €	24,47 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	14,75 €	15,53 €

Le tarif journalier GIR 5 et 6 applicable à tous les résidents de plus de 60 ans est fixé à :

- 6,26 € en année civile
- 6,59 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 4 :

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre pour 2022 sera effectué par acomptes mensuels.

Le versement des acomptes mensuels du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre ainsi déterminés pour l'exercice 2022 sera prolongé en 2023 jusqu'à la fixation par arrêté du nouveau montant de financement de la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'exercice 2023.

Le versement des acomptes mensuels prendra en compte les montants perçus par l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2022 au titre soit des acomptes mensuels versés sur la base de la dotation APA 2021, soit des montants de l'APA versés par les bénéficiaires directement à l'établissement sur la base des tarifs journaliers dépendance 2021.

De même, les tarifs journaliers dépendance appliqués à compter du 1/5/2022 continueront à s'appliquer jusqu'à la fixation par arrêté des nouveaux tarifs afférents à la dépendance pour l'exercice 2023.

ARTICLE 5 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

29 AVR. 2022

AFFICHE le

29 AVR. 2022

Le Président du Conseil départemental



Marc FLEURET



ARRÊTÉ N° 2022-D-1614 du 29 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT détermination, à compter du 01/05/2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement de l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier à Châtillon-sur-Indre

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus est fixé à :

- 46,00 € en année civile
- 46,72 € à compter du 01/05/2022

ARTICLE 2. - Le prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 63,32 € en année civile dont 46,00 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.
- 64,27 € à compter du 01/05/2022 dont 46,72 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 4. - Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

Le Président du Conseil départemental

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

29 AVR. 2022

AFFICHE le

29 AVR. 2022



Marc FLEURET



ARRÊTÉ N° 2022-D-1615 du 29 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT fixation de la tarification applicable, à compter du 1/5/2022,
à l'Etablissement de Soins de Longues Durée (E.S.L.D.)
gérée par le CENTRE HOSPITALIER A CHATILLON SUR INDRE

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 3 ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 29 octobre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus est fixé à :

- 46,85 € en année civile
- 47,05 € à compter du 1/5/2022

ARTICLE 2. - Le tarif journalier applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 67,63 € en année civile dont 46,85 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

- 68,05 € à compter du 1/5/2022 dont 47,05 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Les tarifs afférents à la dépendance sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1/5/2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	22,65 €	22,31 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	14,37 €	14,15 €
Tarif journalier GIR 5 et 6	6,10 €	6,01 €

ARTICLE 4. - L'établissement n'a pas opté pour le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance.

ARTICLE 5. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir à M. le Président du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6. - Le Directeur Général des Services du Département, la Directrice de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

29 AVR. 2022

AFFICHE le

29 AVR. 2022

Le Président du Conseil départemental



Marc FLEURET



ARRÊTÉ N° 2022 D 1616 du 29 AVR. 2022

DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL
Tarification - Programmation

Portant détermination à compter du 1^{er} mai 2022 du forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents concernant l'EHPAD géré par le CENTRE HOSPITALIER de LA CHATRE

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.314-2 (I,2°) et R.314-173, R.314-177 ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu la loi n°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;

Vu la loi n°83-8 du 7 janvier 1983, complétée par la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 portant répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État ;

Vu la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées validé à 731,52 le 17 juin 2019 ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3418 du 21 décembre 2021 fixant la valeur de référence 2022 du « point GIR départemental » applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du département de l'Indre ;

Vu l'arrêté départemental n° 2021-D-3419 du 21 décembre 2021 fixant pour 2022 le taux départemental revalorisant le montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu la délibération du Conseil départemental de l'Indre n° CD_20220114_038 du 14 janvier 2022 relative au bilan au 30 septembre 2021 du dispositif de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et attribuant pour 2022 une dotation exceptionnelle aux EHPAD dans le cadre du forfait global dépendance ;

Considérant le montant du forfait global cible relatif à la dépendance déterminé à hauteur de 2 200 286,42 € conformément à l'article R.314-173 (I) du CASF ;

Sur proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Le montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'année 2022 est déterminé selon les modalités suivantes :

Montant des produits de la tarification reconductibles afférents à la dépendance fixé en 2021 revalorisé d'un taux de 1,04 % (1)	2 161 368,80 €
1/2 de la fraction de la différence entre le montant des produits de la tarification et le forfait global dépendance cible +/- (2)	19 458,81 €
Montant du financement pour la part des prestations afférente à la dépendance 2022 (3) = (1)+(2)	2 180 827,61 €

S'ajoute au montant du financement (3) le montant de financement(s) complémentaire(s)

Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour	49 941,32
---	-----------

ARTICLE 2 :

Le Conseil départemental a décidé de vous attribuer une dotation exceptionnelle de compensation de 251 360,18 € en raison de la très forte diminution du nombre de bénéficiaires APA de l'Indre dans votre établissement (227 au 1^{er} octobre 2021 contre 270 au 1^{er} octobre 2019) liée à la crise sanitaire subie depuis 2020. Cette dotation exceptionnelle, validée par le Conseil départemental, s'ajoutera au versement de la dotation calculée pour 2022.

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre est déterminé pour l'exercice 2022 selon les modalités suivantes :

Montant du financement pour la part des prestations afférentes à la dépendance 2022 (1)	2 180 827,61 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L.232-8 (2)	12 027,65 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de moins de 60 ans (3)	4 727,94 €
Montant prévisionnel de la participation des résidents de l'Indre au titre du tarif GIR 5 et 6 (4)	528 807,82 €
Montant prévisionnel des tarifs journaliers afférents à la dépendance opposable aux autres départements (5)	401 394,55 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'hébergement temporaire (6)	0,00 €
Montant du financement complémentaire au titre de l'accueil de jour (7)	49 941,32
Montant prévisionnel de la participation des résidents en hébergement temporaire (8)	0,00 €
Dotation exceptionnelle versée par le Département (9)	251 360,18 €
Montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre (10) = (1)-(2)-(3)-(4)-(5)+(6)+(7)-(8)-(9)	1 032 450,79 €

Ainsi, le montant du forfait global dépendance à la charge du Conseil départemental de l'Indre s'élève à 1 283 810,97 € soit 1 032 450,79 € de financement du forfait global et 251 360,18 € de dotation exceptionnelle.

ARTICLE 3 :

Les tarifs journaliers annuels afférents à la dépendance applicables aux résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA et des résidents des autres départements sont fixés à :

	En année civile	A compter du 1 ^{er} mai 2022
Tarif journalier GIR 1 et 2	21,42 €	21,43 €
Tarif journalier GIR 3 et 4	13,59 €	13,60 €

Le tarif journalier GIR 5 et 6 applicable à tous les résidents de plus de 60 ans est fixé à :

- 5,77 € en année civile
- = 5,77 € à compter du 1^{er} mai 2022

ARTICLE 4 :

Le montant du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre pour 2022 sera effectué par acomptes mensuels.

Le versement des acomptes mensuels du forfait global dépendance à la charge du Département de l'Indre ainsi déterminés pour l'exercice 2022 sera prolongé en 2023 jusqu'à la fixation par arrêté du nouveau montant de financement de la part des prestations afférentes à la dépendance pour l'exercice 2023.

Le versement des acomptes mensuels prendra en compte les montants perçus par l'établissement depuis le 1^{er} janvier 2022 au titre soit des acomptes mensuels versés sur la base de la dotation APA 2021, soit des montants de l'APA versés par les bénéficiaires directement à l'établissement sur la base des tarifs journaliers dépendance 2021.

De même, les tarifs journaliers dépendance appliqués à compter du 1^{er} mai 2022 continueront à s'appliquer jusqu'à la fixation par arrêté des nouveaux tarifs afférents à la dépendance pour l'exercice 2023.

ARTICLE 5 :

Les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, Greffe du TITSS, cour administrative d'appel de Nantes, 2 place de l'Edit de Nantes, BP 18529, 44185 NANTES Cedex 04, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 6 :

Le Directeur Général des Services du Département et le Directeur de la Prévention et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département au lieu habituel et publié au Recueil des Actes Administratifs du Département.

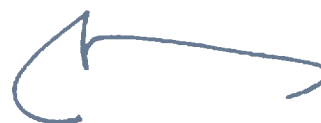
DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

29 AVR. 2022

AFFICHE 10

29 AVR. 2022

Le Président du Conseil départemental



Marc FLEURET



DIRECTION DE LA PRÉVENTION
ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

Tarification - Programmation

PORTANT détermination, à compter du 1^{er} mai 2022, des tarifs journaliers relatifs à l'hébergement et à l'accueil de jour de l'EHPAD du Centre Hospitalier de LA CHATRE applicables aux bénéficiaires de l'aide sociale

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le Code Général des Collectivités Territoriales ;

VU le Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU le Code de la Santé Publique ;

VU la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

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

VU le décret n° 2016-1814 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et notamment son article 5 (III) ;

VU le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

VU la délibération n° CD-20220114-040 du 14 janvier 2022 du Conseil Départemental de l'Indre fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses sociales prévu à l'article L. 313-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

VU les propositions budgétaires de l'établissement déposées le 26 octobre 2021 pour l'exercice 2022 ;

SUR proposition du Directeur de la Prévention et du Développement Social ;

ARRETE

ARTICLE 1. - Le tarif afférent à l'hébergement permanent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus bénéficiaires de l'aide sociale est fixé à :

TARIF	En année civile	A compter du 1 ^{er} mai 2022
Tarif moyen	48,75 €	49,00 €
Chambre rénovée à 1 lit	49,59 €	50,16 €
Chambre non rénovée à 1 lit	47,76 €	48,05 €
Chambre à 2 lits	43,55 €	44,15 €

ARTICLE 2. - Le prix de journée de l'hébergement applicable aux résidents de moins de 60 ans est fixé à :

- 66,07 € en année civile dont 48,75 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.
- 66,40 € à compter du 1^{er} mai 2022 dont 49,00 € affectés à la couverture des charges de l'hébergement et le solde à la couverture des charges de la dépendance.

ARTICLE 3. - Les tarifs afférents à l'accueil de jour, opposables aux usagers, sont fixés, à compter du 1^{er} mai 2022 :

- Tarif à la journée : 34,20 €
- Tarif à la demi-journée : 26,37 €

ARTICLE 4. - Les éventuels recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES - 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4, dans un délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

ARTICLE 5. - Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Prévention et du Développement Social et le Directeur de l'établissement sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, lequel sera affiché à l'Hôtel du Département, au lieu habituel, publié au Recueil des Actes Administratifs du Département, et affiché dans les locaux de l'établissement.

DATE de TRANSMISSION
au CONTRÔLE de LÉGALITÉ

29 AVR. 2022

AFFICHE le

29 AVR. 2022

Le Président du Conseil départemental,



Marc FLEURET



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
du Centre Hospitalier de Valençay
situé au 24, rue des Princes– 36600 VALENCAY
N° FINESS : 36 0003 354 et 36 0008 809
2022-2026

Entre,

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

Le Département de l'Indre,
Dénommé le Département

Adresse : Place de la Victoire et des Alliés – CS20639
Code postal : 36020
Commune : CHATEAUROUX CEDEX

représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental de l'Indre,

L'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire,
Dénommée l'ARS

Adresse : Cité Coligny, 131 rue du Faubourg Bannier
Code postal : 45 044
Commune : ORLEANS CEDEX

représentée par Monsieur Laurent HABERT, Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire,

Et d'autre part :

Le Centre Hospitalier de Valençay
Dénommé l'Organisme gestionnaire
Pour l'activité EHPAD

Adresse : 24, rue des Princes
Code postal : 36600
Commune : VALENCAY

représenté par Monsieur François DEVINEAU, en qualité de Directeur du Centre Hospitalier de Valençay, personne habilitée à signer le CPOM de l'EHPAD 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	3
TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat.....	4
Article 2 : Objectifs du CPOM.....	7
TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT	9
Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP	9
Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance	9
Article 3 : Forfait soins.....	11
Article 4 : Tarification de l'hébergement.....	13
Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans	16
Article 6 : Investissements pluriannuels.....	16
Article 7 : Modalités d'affectation des résultats.....	17
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	18
Article 1 : Suivi et évaluation du contrat.....	18
Article 2 : Traitement des litiges	20
Article 3 : Révision et Résiliation du contrat.....	20
Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	21
Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans.....	21
Article 6 : Renouvellement du contrat	21
Article 7 : Evaluation	22
TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM.....	23
• Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé.....	23
• Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire	23
• Annexe 3 - Suivi des objectifs fixés.....	23
• Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)	23
• Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	23
• Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....	23
• Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM).....	24
• Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat	24
• Annexe 9 - Fiches actions.....	24

Visas et références juridiques

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment les articles L312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le Code de la Santé Publique ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

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

Vu le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur HABERT Laurent en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Vu la délibération n° CD_20210701_001 relative à l'élection du Président du Conseil départemental ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret N°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 22 mars 2018, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental de l'Indre ;

Vu la circulaire N° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;

Vu l'instruction ministérielle n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de l'Agence Régionale de Santé ;

Vu le Programme régional de santé deuxième génération 2018- 2022 de l'ARS Centre - Val de Loire ;

Vu le Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de l'ARS Centre - Val de Loire ;

Vu le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017 ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2021-DMS PA 36-005 et n° 2021-D-1993 du 8 juin 2021 reconnaissant la gestion par le Centre Hospitalier de Valençay d'un deuxième EHPAD situé au 24 rue des Princes 36600 VALENCAY et portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD du Centre Hospitalier de Valençay (site principal et site secondaire « Le Nahon »), gérés par le Centre Hospitalier de Valençay, d'une capacité totale de 151 places ;

Considérant la convention tripartite signée entre le Président du Conseil général, le Directeur Général de l'ARS Centre et le représentant de l'établissement, 31 décembre 2014 et ses avenants.

Il a été conclu ce qui suit :

TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Département de l'Indre et le Centre Hospitalier de VALENCAY gestionnaire de l'activité EHPAD, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Présentation de l'Organisme gestionnaire :

Nom du gestionnaire (entité juridique)	EHPAD du CH de VALENCAY
N°FINESS (E)	36 000 0087
Directeur	François DEVINEAU
Adresse	24, rue des Princes – 36600 VALENCAY
Téléphone	02.54.00.30.00
E-mail	hlvalencay@hlvalencay.fr
SIREN	
Statut juridique	Etablissement Public de Santé

Activités de l'entité juridique :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et Nom de l'établissement ou service	Date de dernier renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge	36	EHPAD du Centre Hospitalier de VALENCAY	03/01/2017	151	151
Handicap					
Protection de l'enfance					
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire	36	SSR	13/07/2017	30	30
Publics spécifiques					
Autre activité non soumise à autorisation	36	SSIAD	03/01/2017	37	37

Modalités d'organisation présentées par l'entité juridique :

Le Centre Hospitalier de Valençay, le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre, le Centre Hospitalier de Levroux et l'EHPAD « Le Bois Rosier » de Vatan sont en direction commune depuis de nombreuses années.

Pilotage en Direction commune EP'AGE36 : Ces quatre établissements qui forment le groupe EP'AGE 36, appartiennent au même territoire sanitaire et développent des activités dans des domaines identiques et/ou complémentaires. Ils sont impliqués dans la filière gériatrique et ont la volonté d'engager des coopérations, de partager des compétences et des projets. Ils ont adopté un logo commun afin de symboliser leurs valeurs en qualité d'Établissements Publics d'Accompagnement Gériatrique (EP'AGE 36).

Le Centre Hospitalier de Valençay peut notamment bénéficier sur son territoire de l'intervention de la Plateforme

d'accompagnent et de répit et de L'Equipe Mobile Gériatrique ETRE-INDRE (EMG) du CDGI36 ainsi que d'une antenne de 5 lits d'HAD appartenant au CH de Châteauroux.

Organigramme présenté par l'entité juridique :

Voir organigrammes transmis.

Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir le forfait global de soins :

ESMS ou personne morale signataire destiné à percevoir le forfait global de soins PA	CENTRE HOSPITALIER DE VALENCAY
Caisse pivot de rattachement	CPAM de l'Indre

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

Nom de l'établissement	EHPAD du CENTRE HOSPITALIER DE VALENCAY (Site principal)
N° FINESS (ET)	360008809
Directeur	François DEVINEAU
Adresse	24, rue des Princes – 36600 VALENCAY
Téléphone	02.54.00.30.00
E-mail	hlvalencay@hlvalencay.fr
Statut juridique	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Fonction publique hospitalière
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarif global
Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) sous réserve de l'approbation par les autorités de tarification * Sous réserve de l'accord préalable des autorités de tarification	-Projet d'ouverture d'une UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) -Projet de création d'un « EHPAD hors les murs » -Projet de création d' Accueil de nuit -Projet d'ouverture d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) -Projet de création d'un accueil de jour

*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

Capacité totale de l'établissement EHPAD du CENTRE HOSPITALIER DE VALENCAY (Site principal)			
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont Habilité à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	111	111	111
- Dont unité sécurisée			
- Dont Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
- Dont Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Hébergement temporaire (HT) médicalisé			
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Accueil de jour (AJ)			
TOTAL	111	111	111

Nom de l'établissement	EHPAD du CENTRE HOSPITALIER DE VALENCAY (Site Le Nahon)
N° FINESS (ET)	360003354
Directeur	François DEVINEAU
Adresse	17 rue Duchesse de Dino – 36600 VALENCAY
Téléphone	02.54.00.30.00
E-mail	hlvalencay@hlvalencay.fr
Statut juridique	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Fonction publique hospitalière
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarif global
Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) sous réserve de l'approbation par les autorités de tarification * Sous réserve de l'accord préalable des autorités de tarification	-Projet d'ouverture d'une UHR (Unité d'Hébergement Renforcée) -Projet de création d'un « EHPAD hors les murs » -Projet de création d' Accueil de nuit -Projet d'ouverture d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) -Projet de création d'un accueil de jour

*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

Capacités totales de l'établissement EHPAD du CENTRE HOSPITALIER DE VALENCAY (Site Le Nahon)			
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont Habilité à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	40	40	40
- Dont unité sécurisée			
- Dont Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
- Dont Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Hébergement temporaire (HT) médicalisé			
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Accueil de jour (AJ)			
TOTAL	40	40	40

Les EHPAD du Centre Hospitalier de VALENCAY sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Ce CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 du CASF, entre l'Organisme gestionnaire et le Conseil départemental dans les modalités et conditions prévues en annexe 6. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation correspond à la capacité de l'EHPAD, à savoir 151 lits (d'hébergement permanent).

La participation financière départementale à l'EHPAD pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre, est stipulée dans l'annexe 6 précitée et le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de l'Indre.

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

Voir sommaire convention en pièce jointe.

Article 2 : Objectifs du CPOM

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat sur la base du diagnostic partagé (annexe 1).

Diagnostic partagé

Elaboré au cours de l'année 2021, le diagnostic partagé a permis de mettre en évidence les points forts, les points d'amélioration et les pistes d'actions à partir :

- ✓ d'un bilan des objectifs de la précédente convention tripartite, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe ainsi que du projet d'établissement ;

Cette démarche a permis de déterminer conjointement les objectifs et d'élaborer les fiches-actions jointes au présent CPOM.

Engagements des co-contractants

Les parties s'engagent dans une démarche de maintien et d'amélioration continue de la qualité, en conformité avec la réglementation ainsi que les principes et les droits élémentaires de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Elles s'engagent également à faire en sorte que la qualité de prise en charge repose sur une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet de service, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, et également dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées.

Les objectifs du présent contrat s'appuient notamment sur :

- ✓ les axes fondamentaux inscrits dans les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017.

L'Organisme gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs du présent CPOM. Les objectifs et les délais de réalisation sont énoncés dans des fiches-actions dédiées annexées au présent CPOM (Cf. annexe 9).

Les axes retenus dans le présent CPOM sont les suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Expression et participation individuelle et collective des résidents	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement 1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance 1-3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; Transformation, regroupement d'établissements renforcement de l'efficacité de gestion Opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopération Développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification 2-1bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion 2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports 2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ ou services
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes Développement de nouvelles prestations Partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs 3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé 3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée 3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS 3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile 3-6 Consolider la couverture départementale en accueil de jour
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents Démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident 4-1bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents 4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins bucco-dentaires 4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes 4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament 4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe 4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables 4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD 4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS 4-9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage 4-10 Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA) 4-11 Maîtrise du risque infectieux
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail	5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines
	6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants 6-2 Couverture du besoin en UHR dans le nord du département

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)	6-3 Proposer des alternatives à la PEC de nuit des troubles du comportement au domicile 6-4 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel

TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT

En préalable, il est rappelé que les moyens dédiés du contrat s'inscrivent dans un calendrier budgétaire défini comme suit par le CASF :

- ✓ **Au plus tard le 31 octobre** de l'année qui précède l'exercice concerné, transmission aux autorités de tarification compétentes de l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours. Pour les établissements publics autonomes, transmission à l'ARS des délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité ;
- ✓ Notification des produits de tarification par les autorités de tarification ;
- ✓ **30 jours après la notification des ressources la plus tardive et au plus tard le 30 juin de l'année n**, transmission aux autorités de tarification du cadre normalisé de l'EPCP complet et ses annexes via un dépôt sur la plateforme EPRD de la CNSA ;
- ✓ **Dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt sur la plateforme import EPRD**, observations sur le cadre normalisé de l'EPCP complet et ses annexes par les autorités de tarification.

Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (Gir Moyen Pondéré : GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré : PMP) servent de base de calcul pour les forfaits dépendance et soins. Elles sont réalisées de façon simultanée par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Elles sont basées sur la plus récente des évaluations et, au plus tard, le 30 juin de l'année qui précède la conclusion du présent contrat, ainsi qu'au cours de la troisième année (articles R. 314-170 et suivants du CASF).

Le GMP et PMP de l'établissement couvert par le CPOM en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et Nom de PESMS	GMP	Validé le	PMP	Validé le	GMPS (PMPx2.59)+GMP
360008809	500 - EHPAD	675	03/12/2020	254	03/12/2020	1 332,86

Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance

Dépenses couvertes par le forfait global relatif à la dépendance (article R. 314-176 du CASF)

La part du forfait global relatif à la dépendance ne peut couvrir que les charges suivantes :

- ✓ Les fournitures pour l'incontinence ;
- ✓ Les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement,
- ✓ Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- ✓ Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux, dans les conditions prévues au présent article et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, concurremment avec les produits relatifs aux soins,

- ✓ Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- ✓ Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Modalités de calcul du forfait global relatif à la dépendance (articles R.314-172 et suivants du CASF)

Le Forfait Global Dépendance (FGD) de l'hébergement permanent (HP), correspond à l'équation tarifaire suivante :

$$\text{FGD} = \frac{\text{niveau de perte d'autonomie}}{\text{nombre de personnes hébergées}} \times \text{capacité autorisée} \times \text{point GIR départemental} + \text{financements complémentaires}$$

La répartition des résidents par niveau de GIR et la valorisation en points (1 040 points pour un GIR 1 ou 2, 660 points pour un GIR 3 ou 4 et 280 points pour un GIR 5 ou 6) permet de déterminer le **niveau de perte d'autonomie** de l'établissement.

La **valeur du point GIR départemental** est calculée en divisant le total des forfaits globaux dépendance de l'année N-1 de l'ensemble de tous les établissements du département par le total des points de la dernière évaluation du niveau de perte d'autonomie de ces établissements.

Le résultat de cette équation constitue le **niveau de ressource cible**, appelé forfait global dépendance cible.

Le résultat de cette équation est ensuite modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la **capacité de places autorisées et financées**. Toutefois, la décision d'appliquer la modulation au forfait dépendance revient au Département, autorité de tarification compétente.

Des modifications du forfait global relatif à la dépendance peuvent être envisagées pour tout projet nouveau en adéquation avec les orientations du schéma départemental gérontologique, dans le périmètre de l'autorisation, et sous réserve d'une validation et d'une autorisation préalable. Ce type de modification fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Dispositif transitoire de convergence

La réglementation a posé une période transitoire de 2017 à 2023 afin d'amener progressivement (au rythme de 1/7^{ème} par an) l'établissement vers le forfait global dépendance cible sur les bases du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Durant cette période, le forfait global dépendance de l'année « n » est calculé de manière dérogatoire en prenant en compte, entre autres, le forfait global dépendance n-1 et le taux d'évolution annuel arrêté par le Président du Conseil départemental.

Calcul des tarifs journaliers dépendance

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont calculés de la manière suivante :

$$\text{tarif GIR 1-2} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 1\,040$$

$$\text{tarif GIR 3-4} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 660$$

$$\text{tarif GIR 5-6} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 280$$

* nb de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents

Financement du forfait global dépendance

Le Département de l'Indre finance le forfait global dépendance, déduction faite de :

- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de l'Indre au titre du tarif journalier GIR 5 et 6 ;
- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'APA au titre des ressources, recouvrée par l'établissement d'accueil ;
- ✓ la participation des résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA ;
- ✓ la participation des résidents qui ont conservé leur domicile de secours dans un autre département ;
- ✓ la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

A noter que pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident ou pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, - à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour-, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

Pour calculer la part du financement du Département de l'Indre, l'établissement doit fournir, dans l'annexe 4 « activité » de l'arrêté du 27 décembre 2016, la répartition prévisionnelle des résidents par GIR et le nombre de résidents dont le domicile de secours n'est pas dans l'Indre. Ce **document doit être rempli de façon sincère**. Le Département vérifiera la véracité de ces données sur la base des notifications des bénéficiaires de l'APA.

Le gestionnaire de l'établissement se doit d'être vigilant d'une part sur le maintien de son activité et d'autre part sur les droits à l'APA de ses résidents.

Article 3 : Forfait soins

Modalités de calcul du forfait soins

Le forfait global relatif aux soins de l'hébergement permanent (HP) est égal à la somme des éléments suivants (article R314-159 du CASF) :

- ✓ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R314-162 du CASF prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées au point 4/1/1-2. La formule de calcul est la suivante :
valeur du point de l'option tarifaire x GMPS x capacité

La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

- ✓ des financements complémentaires mentionnés à l'article R.314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils peuvent couvrir les dépenses :
 - des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
 - du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
 - des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;
 - des actions de prévention ;

- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;
- des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;
- les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R314-159 du CASF est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R 314-160 du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

La dotation soins des autres dispositifs (HT, AJ, PASA, UHR, PFR, autre) est égale à la dotation soins reconductible de ces dispositifs à laquelle est appliqué le taux d'actualisation comme défini ci-dessous. Ces montants viennent s'ajouter à la dotation soins de l'PHP pour former la dotation globale de soins de l'établissement.

Evolution annuelle de la dotation soins

Actualisation de la dotation soins :

La dotation soin du CPOM sera actualisée dans la limite des crédits alloués annuellement à l'ARS Centre-Val de Loire. A ce titre, l'ARS appliquera un taux d'actualisation des budgets par ESMS en fonction des directives d'actualisations de la CNSA et du taux d'actualisation de la Dotation Régionale Limitative et du respect de la politique de convergence intra-régionale, tels qu'indiqués dans le Rapport annuel d'Orientation Budgétaire.

Crédits non reconductibles :

Les EHPAD pourront être éligibles à l'attribution de crédits non reconductibles (CNR) selon les besoins recensés et les possibilités de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'attribution des CNR donne lieu à un fléchage précis par l'ARS Centre-Val de Loire qui fait l'objet d'un suivi annuel. L'établissement doit transmettre avec l'ERCP au 08/07/N+1 le tableau de suivi des CNR.

Possibilités de modification de la dotation soins :

- ✓ Projets autorisés en cours de réalisation et inscrits au PRIAC au cours de leur année de mise en œuvre ;
- ✓ Les projets nouveaux proposés, de part et d'autre, en réponse aux besoins exprimés sur le territoire de santé de l'Indre, dans le respect de la réglementation du régime des autorisations en vigueur et sous réserve d'un accord de financement des moyens nécessaires ;
- ✓ Tout projet nouveau, dans le périmètre de l'autorisation, sous réserve d'une concertation préalable et d'un accord de financement des moyens nécessaires.

Ce type de modification fera l'objet d'un avenant au CPOM.

Financements soins pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM

- Hébergement permanent :

Forfait global de soins :

FINESS ET	Nom de l'ESMS	Option tarifaire	Valeur de point 2021	GMPS	Capacité de l'HP	Résultat de l'équation tarifaire = dotation plafond = cible 2021	Base reconductible soins au 01/01/2021 avant actualisation et résorption	Ecart à la dotation plafond au 01/01/2021
360008809	EHPAD du CH de Valençay	Global	13,10	1155,97	151	2 286 624,26	2 286 624,26	0

Financements complémentaires pour la première année du CPOM :

FINESS ET	Montant de financement complémentaire non reconductible pour le CPOM	Fléchage
360008809	8 300 €	Formation AS spécialisé en gériatrie,
360008809	6 996 €	Formation DU soins palliatifs/plaie et cicatrisation,

Chaque année, l'octroi de financements complémentaires fera l'objet d'un avenant.

- Dotation globale au 1^{er} janvier 2021 comprenant l'ensemble des dispositifs :

FINESS ET	HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Dotation globale
360008809	2 286 624,26						2 286 624,26

Le montant de la dotation globale indiqué dans le tableau ci-dessus ne tient compte ni du taux d'actualisation qui sera appliqué en année N, ni d'une possible revalorisation de la valeur du point, ni des possibles CNR qui pourraient être attribués. Une décision de tarification sera notifiée chaque année par l'ARS Centre-Val de Loire et tiendra compte de l'ensemble de ces éléments.

Article 4 : Tarification de l'hébergement

Cadre général

L'EHPAD est habilité à l'aide sociale départementale. La tarification à l'hébergement permanent relève donc exclusivement de la compétence du Président du Conseil départemental de l'Indre pour les seuls résidents bénéficiaires de l'aide sociale (article L. 314-2 I-3e du CASF).

Dans le cadre de l'habilitation totale, une part de la capacité est tarifée hors tarification à l'aide sociale pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L.342-3-1 du CASF)

et suivants et D.342-1 et suivants du CASF), en application des modalités prévues au CPOM et à la convention d'aide sociale (annexe 6).

L'établissement peut ainsi choisir de retenir pour l'ensemble des résidents le tarif arrêté par le Président du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'établir un tarif spécifique pour les résidents à titre payant sur délibération du Conseil de surveillance. Dans ce cas, il devra appliquer les dispositions indiquées ci-dessous.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le Département prend en charge le coût journalier d'hébergement comprenant :

- ✓ le ou les tarif(s) journalier(s) afférent(s) à l'hébergement correspondant au **socle de prestations**, à savoir :
 - les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
 - les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage y compris celles relatives au blanchissage du linge personnel des résidents, et de nettoyage à l'extérieur concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
 - les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
 - les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;
- ✓ le tarif journalier afférent à la dépendance en GIR 5-6 (ticket modérateur).

Pour les **résidents non bénéficiaires à l'aide sociale** (à titre payant), le prix des prestations à l'hébergement relève de la compétence de l'Organisme gestionnaire de l'établissement (article L. 342-1 et suivants du CASF).

Types de prestations d'hébergement

Les prestations offertes doivent prévoir :

- dans tous les cas un "socle de prestations" comprenant des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage du linge hôtelier et d'animation de la vie sociale (annexe 2-3-1 du CASF) ;
- pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale du Département de l'Indre, les prestations de blanchissage du linge du résident.

Elles peuvent prévoir en supplément du « socle des prestations », d'autres prestations d'hébergement librement acceptées et acquittées par les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Modalités de fixation du ou des tarif(s) pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour la première année du CPOM : (année 2022 qui sera l'année de base zéro)

Dans le cadre de la procédure contradictoire de la première année du CPOM, l'Organisme gestionnaire transmettra au Département au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 ses **propositions** budgétaires et leurs annexes pour la section hébergement. Si le Département demande des compléments, ils devront être transmis au plus tard dans un délai de quinze jours à la suite de la demande.

Parallèlement, le Département procédera à une **démarche dite « vérité des coûts, des prestations »** sur la base du compte administratif des années n-2, n-3 et n-4 et du dernier budget prévisionnel alloué.

Une **rencontre budgétaire** entre les deux parties est ensuite organisée pour valider les propositions budgétaires de l'année n (année base zéro) sur la base de cette double analyse. A l'issue de cette rencontre, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement retenu est notifié à l'établissement par voie postale et/ou voie électronique.

L'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception pour faire connaître son éventuel désaccord en motivant de manière circonstanciée les raisons qui rendent impossible, selon lui, le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir. A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés ci-dessus, l'établissement est réputé avoir approuvé la version proposée par l'autorité de tarification.

Le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de soixante ans et plus¹, est calculé de la manière suivante :

Montants des charges et recettes prévisionnelles de la section = hébergement arrêtés par groupes par le département
activité prévisionnelle de l'exercice

Ce tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'Organisme gestionnaire (article R. 314-182 du CASF) afin de tenir compte notamment :

- ✓ du nombre de lits par chambre ;
- ✓ des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- ✓ de la localisation et du confort de la chambre ;
- ✓ de l'accueil temporaire ;
- ✓ de l'accueil de jour ;
- ✓ des coûts liés à la prise en charge des personnes sous protection.

Conditions d'actualisation et de revalorisation des tarifs pour les années suivantes :

Le Département arrête chaque année un taux directeur prévu à l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF. Ce taux ne constitue ni un droit, ni un maximum mais un indicateur. Il s'applique, selon les dispositions des articles L. 313-8 et R 314-40 CASF, sur les dépenses hors charges financières et dotations aux amortissements.

Le Département reste attaché au **principe d'une concertation annuelle**. Afin de préparer la rencontre annuelle entre le Département et l'Organisme gestionnaire, ce dernier devra fournir, au plus tard, pour le 31 octobre les documents suivants :

- ✓ Un rapport détaillé et justifié laissant apparaître ses besoins, ses problématiques et l'état de ses demandes ;
- ✓ Une étude financière d'impact et des surcoûts ;
- ✓ Des documents justificatifs.

Cette rencontre permettra de débattre, selon les orientations du Département :

- ✓ Des modalités de fonctionnement de l'établissement ;
- ✓ Des impacts financiers sur la tarification dans le cadre du CPOM ;
- ✓ De l'évolution de la réalisation du Projet Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- ✓ Du projet d'établissement.

A l'issue de cette démarche, le Département pourra soit :

- ✓ appliquer le taux directeur ainsi que la prise en compte des charges financières et des dotations aux amortissements ;
- ✓ prendre en compte, en totalité ou partiellement, les demandes spécifiques exprimées et ainsi amender l'évolution du tarif hébergement retenu en année N – 1. Le tarif ainsi établi pour l'année N est arrêté par le Président du Conseil départemental tandis que le tarif libre, si l'établissement décide d'appliquer cette procédure, est fixé par délibération du Conseil de surveillance de l'établissement.

¹ Le tarif appliqué aux résidents âgés de moins de 60 ans est précisé à l'article 5.

Modalités de fixation des prix pour les résidents à titre payant et leur variation

Si l'établissement décide d'appliquer le principe d'une liberté de tarification pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, et en application de l'article L. 342-3 du CASF, le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour passé préalablement à l'admission entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. Ce contrat détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur. Une annexe contractuelle au contrat de séjour décrit l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement, qu'elles relèvent ou non du socle de prestations. Toute modification tarifaire ou de prestation fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

L'ensemble des tarifs doivent être établis et approuvés par le Conseil de surveillance de l'organisme gestionnaire, être communiqués aux résidents ou à leurs représentants légaux et portés à la connaissance du Président du Conseil départemental et du public.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé au 1er janvier de chaque année par arrêté interministériel en application des articles L. 342-3 et D. 342-5 du CASF.

Si l'établissement est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), les prestations correspondant au calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables sont régies par la convention conclue au titre de l'APL. Elles n'évoluent donc pas en fonction de cet arrêté.

Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est équivalent (article R.314-188 du CASF) :

- ✓ au tarif moyen journalier afférent à l'hébergement ;
- ✓ auquel est ajouté la part de forfait global relatif à la dépendance obtenu en divisant ce dernier par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l'établissement.

Ce tarif est affecté aux charges d'hébergement, sur la base du tarif journalier moyen à l'hébergement, et pour le solde, à la couverture des charges de dépendance.

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est arrêté par le Président du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale (ou si le principe de libre tarification est appliqué), le Conseil de Surveillance de l'établissement fixe par délibération le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Pour l'ensemble des résidents, la part de forfait global relatif à la dépendance est arrêtée par le Président du Conseil départemental.

L'évolution du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement est basé sur celle de la tarification de l'hébergement. Quant à celle du forfait relatif à la dépendance, elle relève des dispositions citées précédemment (article 2 du titre 2).

Article 6 : Investissements pluriannuels

L'ensemble des investissements prévus pendant la période effective du CPOM fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé, pour « l'année de base zéro » du CPOM, par l'ARS et/ou le Département selon leurs compétences respectives.

Le PPI annexé au présent CPOM (annexe 5) est composé d'un état des investissements pour les cinq années du CPOM avec leur date de réalisation, les modes et les durées d'amortissement, le plan pluriannuel de financement actualisé détaillé, le tableau des emprunts et le tableau des surcoûts par section tarifaire.

Le PPI intègre :

- ✓ les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements/charges financières... valorisés dans le tableau des surcoûts par section tarifaire) ;

- ✓ des projets supplémentaires d'investissement (sécurité/mise aux normes/opération de travaux : réhabilitation, restructuration, construction/projet d'établissement...).

Les accords de l'ARS et/ou du Département pourront faire l'objet d'un avenant au contrat en tant que de besoin.

Dans le cadre du passage en Etat Prévisionnel des Charges et des Produits (EPCP), le gestionnaire devra faire apparaître dans les documents à transmettre simultanément à l'ARS et au Département, les impacts des investissements prévus au PPI notamment à travers le tableau de financement par section tarifaire.

Aucun autre investissement augmentant la dotation aux amortissements et les charges financières ne pourra être engagé sans accord des autorités de tarification et, le cas échéant, entraînera une révision du PPI concerné.

Tout surcoût issu de la réactualisation annuelle des PPI pesant sur les budgets d'exploitation devra être financé dans les limites des moyens accordés par chaque financeur (forfait global pour la section tarifaire soins, forfait global pour la section tarifaire dépendance et tarifs journaliers pour la section tarifaire hébergement).

Tout recours à l'emprunt supérieur à un an pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS et/ou au Département (art. L. 314-7 du CASF). Les éventuels frais financiers découlant d'emprunts nouveaux devront être compris dans le PPI et être soumis à validation de l'autorité de tarification compétente.

L'Organisme gestionnaire devra prioriser, tant pour les investissements que pour les financements, les opérations du plan pluriannuel d'investissement, afin que leur consolidation soit globalement équilibrée.

L'EHPAD géré par le Centre Hospitalier de Valençay a fourni un PPI formalisé qui a fait l'objet d'observations et de demandes de complétude. Ce dernier a donc été déclaré incomplet à la date de signature du CPOM (tel qu'énoncé au présent article et selon les dispositions de l'arrêté NOR: SOCA0324061A du 22 octobre 2003) ; par conséquent, les autorités de tarification n'ont validé aucun Plan Pluriannuel d'Investissements dans le cadre de ce CPOM. Le PPI actuellement en cours de finalisation et ses modalités de financement devront être approuvés par les autorités de tarification et feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

Article 7 : Modalités d'affectation des résultats

Si la libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD, elle doit s'effectuer au regard des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. L'affectation de ces résultats fait l'objet d'un examen par le Conseil de Surveillance de l'Organisme gestionnaire. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Conformément à l'article R. 314-234 CASF, les résultats excédentaires sont à affecter en priorité :

1. à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2. à un compte de report à nouveau ;
3. au financement de mesures d'investissement ;
4. à un compte de réserve de compensation des déficits ;
5. à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF ;
6. à un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

En conséquence, la couverture des déficits qui reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire, est couverte en priorité :

1. par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affectée à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Toutefois, il est rappelé que conformément aux articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF, l'ARS et le Département pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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.

Par ailleurs, lors de l'étude des projets pluriannuels d'investissement, il sera tenu compte des anticipations réalisées ou non par l'organisme gestionnaire sur les affectations de résultat.

La transmission des documents de l'ERCP mentionnés aux articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, devra être faite au plus tard le 8 juillet de l'année n+1.

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 : Suivi et évaluation du contrat

Il est mis en place un comité de suivi et des dialogues de gestion pour le suivi et l'évaluation du contrat.

Le comité de suivi :

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de chaque partie au contrat. Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'Organisme gestionnaire en cours de contrat dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, notamment :

- ✓ évaluations internes (à fournir un an avant l'échéance du présent contrat) ;
- ✓ évaluations externes ;
- ✓ documents budgétaires et comptables ;
- ✓ suivi des objectifs du présent contrat ;
- ✓ données du tableau de bord de la performance ;
- ✓ bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat.

D'autres documents pourront être joints en tant que de besoin.

Par ailleurs, l'Organisme gestionnaire transmet aux autorités de tarification compétentes, au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné :

- ✓ l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours ;

Le rapport annuel d'étape

Le rapport annuel d'étape établi par l'établissement doit être transmis au plus tard au 8 juillet de chaque année, dans le cadre de l'ERCP, qui comporte :

- ✓ Le cadre normalisé de l'ERCP complet et ses annexes ;
- ✓ Un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, dont le modèle est fixé par arrêté interministériel, et qui différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
 - Le Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé.

- ✓ Un rapport financier et d'activité qui comprend :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du présent ;
 - L'affectation des résultats ;

Il est accompagné des documents supplémentaires suivants :

- ✓ Le tableau de suivi des provisions et réserves par établissement et service ;
- ✓ Le tableau de suivi des crédits non reconductibles de la section soins par établissement et service.

L'ARS et le Département se réservent le droit de réaliser toute vérification permettant de s'assurer de la conformité du rapport annuel.

Pour la troisième année et la cinquième année du CPOM, le rapport d'étape devra également être accompagné du tableau de suivi des objectifs fixés (annexe 3 : Suivi et évaluation de la réalisation du CPOM).

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,
- ✓ au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

Un ou des dialogues de gestion supplémentaire(s) en cours d'exécution du contrat pourront être organisés dans les cas et les modalités prévus au contrat.

Le **dialogue de gestion organisé au cours de la troisième année** a pour objectif de suivre les engagements des parties. Il doit permettre de rediscuter du CPOM, notamment en cas d'événements exceptionnels et imprévisibles, quels qu'ils soient, et de veiller à son respect. Sur la base du rapport annuel d'étape, il porte notamment, pour les deux premières années du CPOM, sur :

- ✓ l'évaluation de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM ;
- ✓ le degré de réalisation des objectifs sur la base des indicateurs et des résultats attendus ;
- ✓ le contrôle de l'activité réalisée ;
- ✓ la définition de l'activité prévisionnelle pour l'année à venir.

Sur cette base, le comité de suivi se réunit et :

- ✓ 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 ;
- ✓ constate les résultats obtenus et les efforts engagés ;
- ✓ signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices.

Il peut également 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.

Le **dialogue de gestion de renouvellement du CPOM** a pour objectif d'examiner la pertinence de la dynamique de qualité et d'efficacité instaurée et de faire connaître les intentions de chacune des parties quant :

- ✓ au renouvellement du CPOM pour une période déterminée de 5 ans ;
- ✓ à sa prorogation d'un an.

Le comité de suivi se réunit au plus tard 6 mois avant la fin du CPOM et :

- ✓ examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci et arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM ;
- ✓ établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de **saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles** (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.

De même, 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 Département ou l'ARS **peut ajouter un dialogue de gestion** supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

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.

Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département

L'ARS et le Département peuvent procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des résidents.

L'Organisme gestionnaire s'engage à faciliter le contrôle par les autorités d'autorisation et de tarification de la réalisation des objectifs, en particulier par l'accès à toutes pièces justificatives, et de la bonne application de la réglementation en vigueur.

Article 2 : 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 (Tribunal Administratif de Limoges, 2 cours Bugeaud – CS 40410 - 87011 LIMOGES Cedex ou Greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4).

Article 3 : Révision et Résiliation du contrat

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du présent contrat impossible, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Conditions de révision

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, de révision des conditions de l'habilitation à l'aide sociale ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir, à titre d'exemples, lors :

- ✓ d'une modification législative ou réglementaire importante ;
- ✓ d'une modification du périmètre du CPOM ;
- ✓ de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier ;
- ✓ d'une modification des modalités de tarification ;

- ✓ pour la validation d'un PPI initial ou actualisé ;
- ✓ du changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat ;
- ✓ pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que des missions qui lui sont confiées ;
- ✓ pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- ✓ pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Département destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat ;
- ✓ ...

L'autorisation de gestion ayant été accordée au nom du gestionnaire, toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

En cas de cession de son activité, et sous réserve du transfert de l'autorisation par les autorités de tarification, le cessionnaire reprendra l'intégralité des engagements souscrits dans le contrat et ses avenants successifs. Le contrat continuera alors de plein droit.

Conditions de résiliation

Le présent contrat pourra être résilié :

- ✓ de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- ✓ de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- ✓ de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- ✓ avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, pour prise d'effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM à la convention tripartite pluriannuelle signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, le Directeur Général de l'ARS Centre – Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 31 décembre 2014 et ses avenants

Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2022 et dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Article 6 : Renouvellement du contrat

Au plus tard, six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant afin d'arrêter les conditions dans lesquelles le contrat peut être renouvelé. Au vu du dialogue de gestion de renouvellement par le comité de suivi, une décision de renouvellement ou de prorogation du CPOM est arrêtée.

Article 7 : Evaluation

Eu égard au 7° de l'article 1^{er} du décret 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux modifiant l'article D.312-304 du Code de l'Action sociale et des Familles, il est convenu de réaliser une évaluation quinquennale de la qualité des prestations délivrées par l'EHPAD dont les résultats devront être transmis aux autorités de tarification au plus tard pour le 31 mars de la cinquième année du CPOM.

TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires.

1. Annexes obligatoires et communes à tous les CPOM

Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **Annexe 3 - Suivi des objectifs fixés**

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM pour suivre leur évolution. Elle est transmise aux autorités au cours de la troisième année et de la cinquième année du CPOM, eu égard à l'atteinte des objectifs.

- **Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

Le PGFP proposé et rattaché au CPOM ne peut être retenu en l'absence de PPI validé

- **Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)**

Cette annexe précise les principaux investissements prévus à la date de signature du CPOM pour les cinq années suivantes.

Le Centre Hospitalier de Valençay pour son activité EHPAD a fourni un PPI formalisé qui a fait l'objet d'observations et de demandes de complétude. Ce dernier a donc été déclaré incomplet à la date de signature du CPOM. Ce PPI actuellement en cours de finalisation et ses modalités de financement devront être approuvés par les autorités de tarification et feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

2. Annexe obligatoire pour les établissements concernés habilités

Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

- **Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**

3. Documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services

Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM



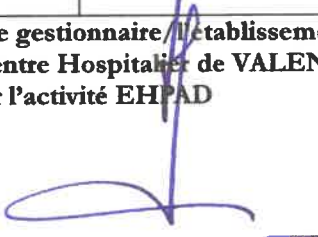

- **Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)**
- **Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat**

4. fiches actions

- **Annexe 9 - Fiches actions**

Fait en 3 exemplaires originaux
A Châteauroux, le

04 AVR. 2022

<p>Pour l'Agence Régionale de Santé, Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire</p>  <p>Monsieur Laurent HABERT</p>	<p>Pour le Département de l'Indre, Le Président du Conseil départemental de l'Indre</p>  <p>Monsieur Marc FLEURET</p>
<p>Pour l'Organisme gestionnaire/l'établissement, Le Directeur du Centre Hospitalier de VALENCAY pour l'activité EHPAD</p>   <p>Monsieur François DEVINEAU</p>	

Organigramme fonctionnel

 CDGI CH de Valençay CH de Levroux EHPAD de Vatan

Processus :

Sous domaine :

Directeur
François DEVINEAU

Adjointe au Directeur
Adeline GRANGER

SSR :
Médecin Référent : Dr DESDOUITS
Médecin intervenant: Dr HATMAL

EHPAD :
Médecin Coordonnateur : Dr HATMAL
Médecin libéral intervenant :
Dr DESDOUITS, à défaut son remplaçant, à défaut le Dr LE LIBOUX

Président de la CME :
Dr Daniel DESDOUITS

Médecins astreintes médicales :
- Dr. J. DUREAU
- Dr. M. LONGEAUD
- Dr D. DESDOUITS
- Dr F. HATMAL

Médecine du Travail
Recherche en cours

Pharmacie à Usage Intérieur
Praticien Hospitalier :
Guillaume GARRE
Préparatrices en pharmacie :
Isabelle JOYEUX (CHL)
Magali MARTIN
Charlotte COUFFRANT

Psychologue
Chloé HERBERT
105

Responsable Service
Restauration
François LOUIS

Responsable Service
Technique, sécurité et
logistique :
Fabien LAURENT

Responsable Qualité
Nagaya TOMASZEK

Service informatique
Delphine LEYMET

Responsable des
services
administratifs et
ressources humaines
Alain NURDIN

Services Financier et
Economique
Emmanuelle BOILEAU
Emilie RIVIERE

Service Accueil et
Gestion des Séjours
Sébastien GIROUARD
Delphine IMBERT

Service Ressources
Humaines
Sébastien GIROUARD

Coordinateur des soins
Frédéric NICOLATS

IDE Hygiéniste
Elodie RENAUX

Diététicienne
Maud BASCOULERGUE

Kinésithérapeutes
M. CADOUX
Mme. LACOSTE

Ergothérapeutes
Léa BOURNEIX
Cécile VEGAS

Secrétariat médical
Angélique LANCHAIS

Assistante Sociale
Ingrid GACHOT

Cadre de santé
Anne-Sophie
MICHENET

SSR
AS/ASH

EHPAD
Bellevue

EHPAD
La Garenne

Equipe AS/ASH
Nuit

Equipe IDE
Jour/ Nuit

Cadre de santé
Laurence MIGLIACCIO

SSIAD

Cadre de santé
Arielle BEGUE


EHPAD
Le Nahon

EHPAD
Tivoli

EHPAD
Montebello

Equipe
Hôtelière

Service Animation
Amélie LOINARD
Marine LANGLOIS

 <small>Établissements Publics d'Accompagnement Caractérisés</small>	Organigramme de la direction commune		DOC-543-13
			Application le : 31/12/2021 Pages : 1/1
<input checked="" type="checkbox"/> CDGI	<input checked="" type="checkbox"/> CH de Valençay	<input checked="" type="checkbox"/> CH de Levroux	<input checked="" type="checkbox"/> EHPAD de Vatan
Processus : 01. Management stratégique, gouvernance		Sous domaine : 01.04 Direction et encadrement des secteurs d'activité	

	Centre Départemental Gériatrique de l'Indre	Centre Hospitalier de VALENCAY	Centre Hospitalier de LEVROUX	EHPAD de VATAN
DIRECTION GENERALE	Directeur général François DEVINEAU			
Direction affaires économiques, logistiques, travaux et développement durable	Directrice Juliette WASTIAUX			
Direction ressources humaines, relations sociales et affaires médicales	Directrice Aurore MARCANTONI			
Direction stratégie, système d'information, qualité et coopérations	Directrice Mélina LACOSTE-LAMOUREUX			
Direction affaires financières, accueil et gestion des séjours et contrôle de gestion	Directeur David FLEURY			
Direction de site CH Valençay	Directrice de site et chargée de la communication Adeline GRANGER			
Direction de site CH Levroux	Directrice de site et chargée du développement durable Cécile RIOLLET			
Direction de site EHPAD Vatan	Directrice de site Marion FONTENEAU			
Direction des soins et des prestations hôtelières Coordination de la gestion des risques associés aux soins	Coordinatrice CDGI : Nadine RABOTIN Coordinateur CH Valençay et CH Levroux : Frédéric NICOLATS			
Secrétariat de direction	Florence PINTO / Angélique EPINEAU			
Services techniques et sécurité	Coordination des services techniques et Responsable des services techniques CDGI Eric LAGNEAU			
	Responsable des services techniques Fabien LAURENT		Responsable des services techniques Thierry BORDAT	Responsable des services techniques Bruno SANTOS
	Adjoint chargé de sécurité Mickaël GUILLEBAUD			
Restauration	Coordination du Service Restauration et Responsable Restauration CDGI Dominique MABILLEAU			
	Responsable du service restauration François LOUIS		Responsable du service restauration Alexandre DOUCET	
Fonction linge	Référente linge Noëlle MERY			
Services de soins et hôteliers Coordination de la gestion des risques associés aux soins	Déploiement de la qualité dans les services de soins		IDE coordinatrice Amélie SALMON (EHPAD) Bryère MORIN (SSIAD)	
	IDE Hygiénistes Daisy BERTIN / Elodie RENAUX			
	Diététiciens Maud BASCOULERGUE / Romain MOULIN			
Services administratifs et Ressources humaines	Responsable du service des ressources humaines Sabrina LUCAS	Responsable des services administratifs et des ressources humaines Alain NURDIN	Responsable des services administratifs et des ressources humaines Alexandra CLERFOND	
	Coordination de la qualité Sidonie VANDAMME			
Système d'information, qualité et gestion des risques	Responsable qualité Véronique DAUMAIN	Responsable qualité Nagaya TOMASZEK	Responsable qualité Line MAIROT	Référente qualité Nagaya TOMASZEK
	Informaticiens Delphine LEYMET / Fabrice RENAULT / Olivier VANVYNCKT			
Protection des majeurs	Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs Fabienne DENIS			
Médecins coordonnateurs	Dr Nathalie LESTRADE Dr Rafik NEHAR Dr Saïd TAYAA	Dr Daniel DESDOUITS (SSR & EHPAD) Dr Feda HATMAL (EHPAD)	Dr Michel LONGEAUD (SSR & EHPAD) Dr Jérôme DUREAU (SSR)	Dr Jean-Pierre PROUTIERE
Pharmaciens	Célia GORGEON Chakib BENMELOUKA	Guillaume GARRÉ		

Organigramme de la cellule qualité EP'AGE36



Etablissement Public d'Accompagnement Gériatrique

DIRECTION DE LA STRATEGIE, DE LA QUALITE, DU SYSTEME D'INFORMATION ET DES COOPERATIONS

Activités médico-sociales externes (EMG, accueil de jour, plateforme de répit)



Mélina LACOSTE-LAMOUREUX
Directrice qualité
d.r.sinquat@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.77.31



Coordination qualité

Sidonie VANDAMME
Coordonnatrice qualité EPAGE 36
Responsable qualité au CDGI
serv.qual@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.72.13

Missions générales : traitement FSEI, organisation GEXEIN-CREX, sensibilisations à la qualité, support logiciel.



Véronique DAUMAIN
Responsable qualité au CDGI
auaiite@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.72.12

Nagaya TOMASZEK
Responsable qualité au centre hospitalier de
Valençay et référente à l'EHPAD de Vatan
qualite@hl-valencay.fr – Tél. 02.54.00.30.16



Line MAIROT
Responsable qualité centre hospitalier de Levroux
scr.v.cual@hl-levroux.fr – Tél. 02.54.29.12.17



Missions principales : organisation des revues de processus, gestion documentaire, suivi des indicateurs, suivi des programmes d'actions qualité, suivi des évaluations des pratiques professionnelles.

- 📄 Démarche qualité en restauration
- 📄 Gestion de l'air
- 📄 Gestion de l'eau
- 📄 Gestion des déchets
- 📄 Gestion des équipements biomédicaux
- 📄 Gestion du risque infectieux
- 📄 Prise en charge médicamenteuse

- 📄 Achats éco-responsables
- 📄 Développement durable
- 📄 Fonction transport des patients
- 📄 Gestion de l'énergie
- 📄 Gestion du linge
- 📄 Prise en charge de la douleur
- 📄 Prise en charge et droits des patients en fin de vie

- 📄 Communication
- 📄 Droit des patients
- 📄 Gestion des ressources financières
- 📄 Management de la qualité et des risques
- 📄 Management stratégique, gouvernance
- 📄 Parcours patient

- 📄 Dossier patient
- 📄 Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)
- 📄 Gestion des ressources humaines
- 📄 Gestion du système d'information
- 📄 Identification du patient à toutes les étapes de la pris en charge
- 📄 Qualité de vie au travail
- 📄 Sécurité des biens et des personnes
- 📄 SSIAD

Missions transversales : patient traceur, enquêtes satisfaction ...



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360003354

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD LE NAHON DU CH VALENCAY

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH SAINT CHARLES DE VALENCAY (360000087)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

R DUCHESSE DE DINO 36600 VALENCAY

Téléphone : 02 54 00 30 00 Email : hlvalencay@hlvalencay.fr

Sources de financement	Assurance maladie CD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M21	Date d'ouverture	01/10/1970
Option tarifaire	tarif global / GMPs avec PUI	Autorisation spécifique	Aucune
CPOM en cours	NON	Signature CTP	OUI
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2021	Date d'effet de la CTP	31/12/2014
Date d'échéance du CPOM	01/01/2026 (Calendrier prévisionnel)	Date d'échéance CTP	31/12/2019
Partenaires signataires du CPOM		Groupe homogène	EHPAD de 100 à 199 places
Etablissement mono-site	NON	Date de construction	18/01/2016
Etablissement mono-bâtiment	NON	Nature du droit	PROPRIETAIRE
Nombre de sites	2	Superficie des locaux	6000 m2
Contraintes architecturales	OUI	Superficie des terrains	m2
Nombre de chambres individuelles	143	Places installées / autorisées	151

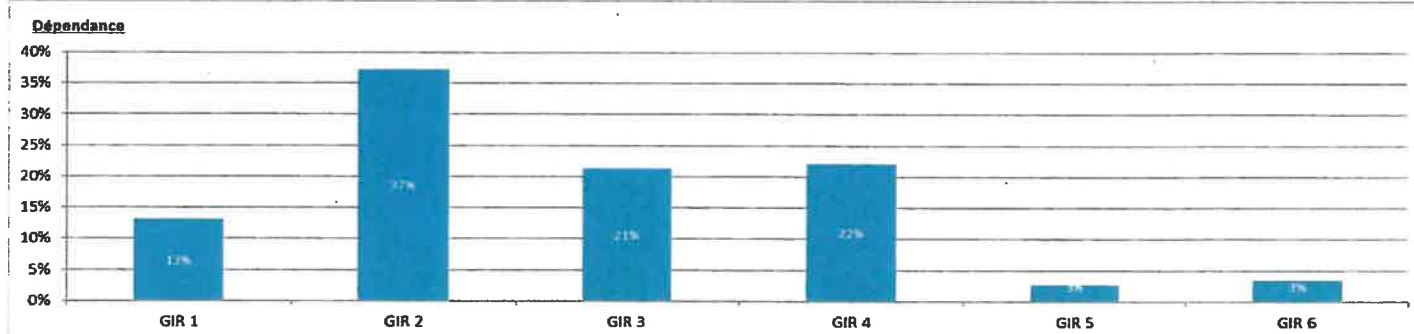
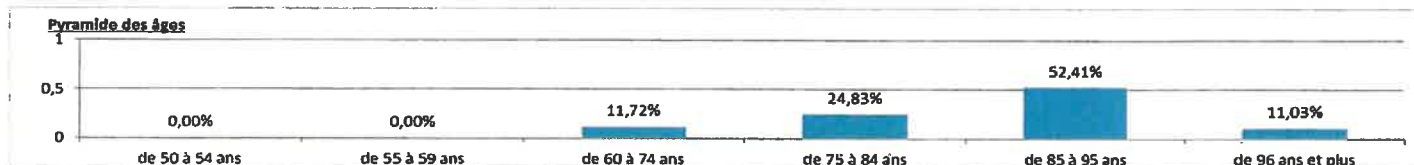
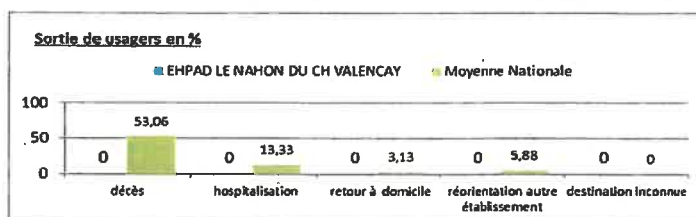
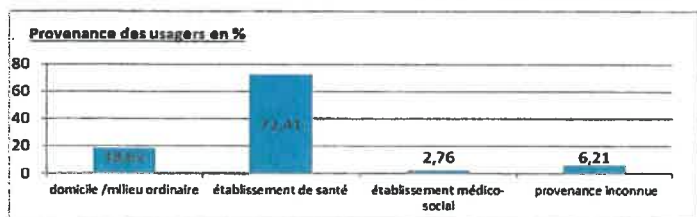
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de GAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
92%	94%	62	6,25%	10,92%	7,31%	41,67%	96%	3,21%	11,64%	0	01/01/2020

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE		CAPACITE INSTALLEE			
360003354	P	EHPAD	EHPAD LE NAHON DU CH VALENCAY	36600	VALENCAY	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter..	P.A. dépendantes	151

ACTIVITES

Taux d'occupation						Coupes d'évaluation			
Type d'hébergement	Nombre de Jours d'ouverture	Nombre de Places	2018	2019	2020	2021	Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance
Permanent	366	151	91%	93%	94%		0		↑
Temporaire									
Ac. de Jour							0		↑

	Etablissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	35,1	30,88	31
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	1,03	2,22	1,92
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		34,48%	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		20,53%	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,00%	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		0,00%	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		0	
File active des personnes accompagnées sur la période		145	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	0,00%	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération inter-établissements :	CONVENTION GMP GCS GHT	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement	151

RESSOURCES HUMAINES

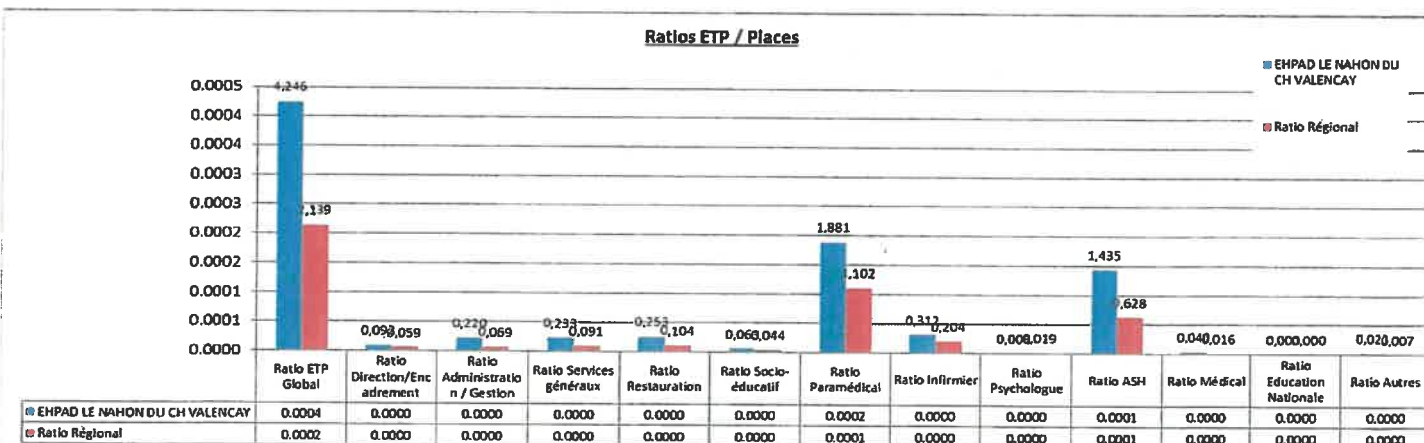
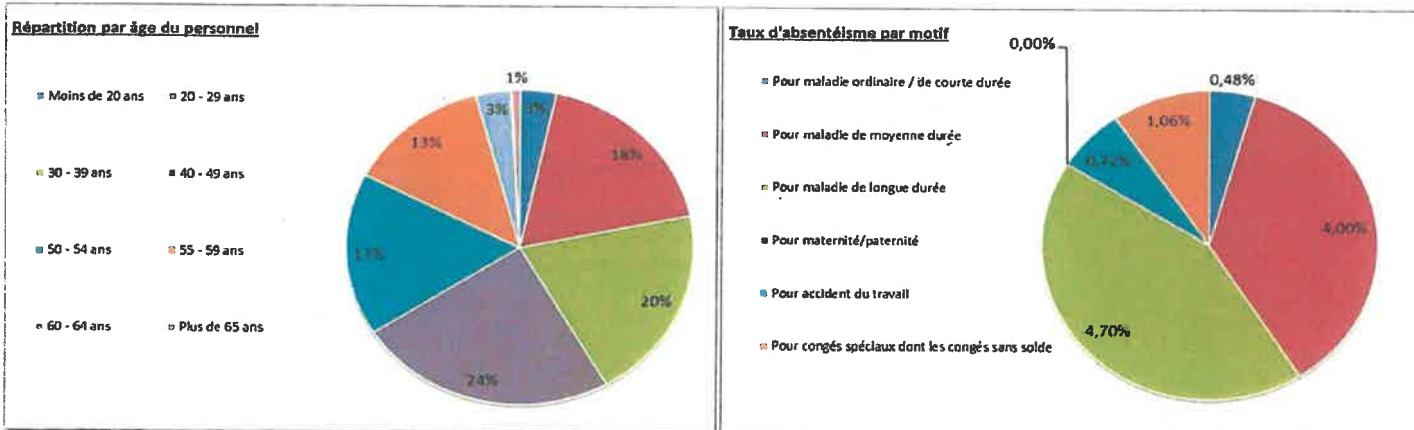
ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
101,91	2,20	5,27	5,58	6,06	1,50	45,15	0,20	34,44	0,95	0,00	0,56

Paramédical	Infirmier	Aide médico-psychologique	Aide soignant	Kinésithérapeute	Psychomotricien	Ergothérapeute	Orthophoniste	Autre Paramédical
45,15	7,48	0,00	34,91	0,00	0,00	0,99	0,00	1,77

Socio-éducatif	Aide médico-psychologique	Animateur	Monsieur éducatif	Educateur spécialisé	Assistant social	Autre Socio-éducatif
1,50	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00

Médical	Médecin Coordinateur	Autre Médical
0,95	0,50	0,45

Minimum réglementaire : 0,60

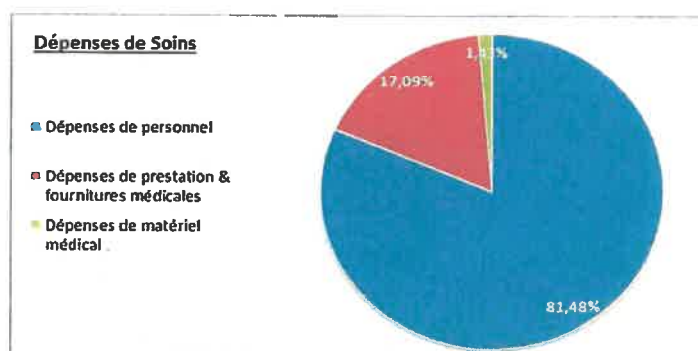
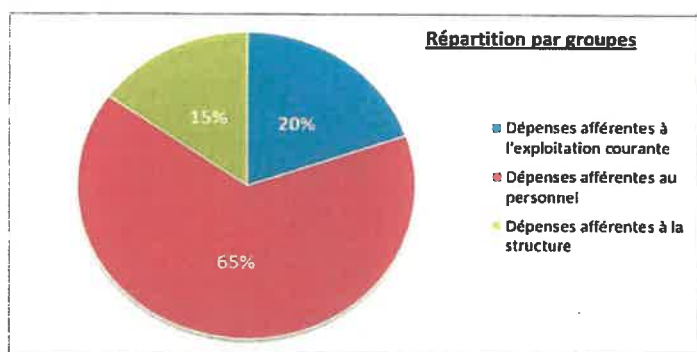


Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	1,90%	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	10,97% (10,76% National)
Taux de prestations externes en %	0,00%	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	6,25% (12,5% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	4,67%	Nombre de CDD de remplacement	62

BUDGET & FINANCES

	Charges*		Produits*		
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	24,84%	1 685 239	5 928 474	91%	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	59,88%	4 062 894	206 016	3%	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	15,28%	1 036 676	412 671	6%	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit	-237 640	6 784 809	6 547 161		Excédent
Marge Brute	11,64%		3,18%		CAF

* données ERRD 2018



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1	0	Taux de prestations externes	0,00%
Base soins actualisée / Plafond	100%	Montant de Convergence Plafond soins	61 308 €

* données 2019

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE

Thèmes & intitulés	2017*	2018*	Mode de calcul
1: Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	0%	0%	$\frac{\text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)} \times 100}{\text{Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés)} + \text{Immobilisations nettes amortissables} + \text{Dettes financières à moyen et long terme} + \text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)}} \times \text{CAF}$
1.2. Apurement de la dette (>2)	0,00	0,00	
1.3. Durée apparente de la dette	0,00	0,00	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations			$\frac{\text{Solde créditeur des comptes 28}}{\text{Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants}}$
Construction	0%	0%	
Installations techniques, matériel et outillage Autres immobilisations corporelles	0%	0%	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation			$\frac{\text{FRI ou FRE ou FRNG} \times 365 \text{ j.}}{\text{Total classe 6 (charges décaissables uniquement)}}$
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	0	0	
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	0	0	
Fonds de roulement net global (FRNG)	0	0	
Besoin en fonds de roulement	0	0	$\frac{\text{BFR} \times 365 \text{ j.}}{\text{Total classe 6 (charges décaissables uniquement)}}$
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation	0	0	
Montant de Trésorerie	0	0	$\frac{\text{Trésorerie} \times 365 \text{ j.}}{\text{Total classe 6 (charges décaissables uniquement)}}$
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	0	0	
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	0	0	$\frac{\text{Solde des comptes 141 et 10685} \times 365 \text{ j.}}{\text{Total classe 6 (charges décaissables uniquement)}}$
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	0	0	$\frac{[\text{Stocks (solde débiteur classe 3)}] \times 365 \text{ j.}}{\text{Total des consommations (comptes 601 à 603)} + \frac{[\text{Solde débiteur comptes 41}] \times 365 \text{ j.}}{\text{Total des produits (comptes 70 et 73)} + \frac{[\text{Solde créditeur comptes 401}] \times 365 \text{ j.}}{\text{Total des charges (comptes 60 à 62)} + \frac{[\text{Solde créditeur comptes 43 et 44}] \times 365 \text{ j.}}{\text{Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)}}$
4.2. Créances (< 30 j.)	0	0	
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	0	0	
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	0	0	
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	0,00%	0,00%	$\frac{\text{CAF} \times 100}{\text{Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)}}$
Réserve de compensation des déficits	0	0	$\frac{\text{Réserve de compensation des déficits}}{\text{Total classe 6}}$
Réserve de compensation des déficits en %	0,00%	0,00%	
Fonds dédiés	0	0	
Produits constatés d'avance	0 €	0 €	

* données ERRD 2018

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	13/01/2015
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	01/05/2015
Avls favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	14/06/2015
Respect de la réglementation Incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Balnéothérapie Salles équipées kinésithérapie ou psychomotricité Salle de soins Pharmacie à usage interne Salle de pesée
Organisation des transports	EN INTERNE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	0		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	13	Accessibilité au transport collectif	OUI

DEMARCHE QUALITE

Livret d'Accueil	Règlement de Fonctionnement	Contrat de séjour	Conseil de la vie sociale
OUI 27/02/2019	OUI 24/04/2017	OUI 24/04/2017	NON Carence depuis avril 2019 faute de candidats
Charte des droits & liberté	Personne Qualifiée	Projet d'Etablissement ou de Service	Date dernière Evaluation Interne Externe
OUI	NON	OUI 01/01/2015	31/12/16 2/5/16

	INTERNE		EXTERNE
Prochaine Evaluation	12/2023	ESMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002	04/2021
			Prochaine Evaluation

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
OUI	OUI	OUI	NON	Non concerné	NON

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins

Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
FONCTION PUBLIQUE : Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)	Diplôme Niveau 1 - Corps des DH (Directeurs d'hôpital)

Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
	OUI

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	Comité de pilotage de la qualité, gestion des risques et des vigilances
Nombre de réunions par an	4	4	
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	Responsable qualité- Cadre de santé dans les services. Il est prévu de nommer des référents qualité (personnel de terrain) au sein des services
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	Doc-066
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	Oui	Oui	PROC-001 et protocoles s'y référant
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	Rapport de gestion
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	PROT-004
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	Oui	Oui	

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2	
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	Oui	Oui	Carence annuelle depuis 2019
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Si oui, laquelle			réunions des familles et des résidents 1 fois/an
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	Tous les deux ans en alternance avec celle des familles
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	Oui	Oui	Tous les deux ans en alternance avec celle des résidents

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	147 143	147 143	
Nombre de chambres doubles	4	4	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	20m ² à 25m ²	20m ² à 25m ²	
Superficie minimale et maximale des chambres doubles	30m ² à 32m ²	30m ² à 32m ²	
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	161 147	161 147	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	Non	Non	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	Non	Non	
Liaison froide (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Liaison chaude (Oui ou Non)	Non	Non	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	Oui	Oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	Oui	Oui	
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	Oui	Oui	Société Ellis
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	Société Guille de linge
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	Société Ellis
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	Oui	Oui	Société Ellis
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Non	Non	
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	Non	Non	
Périodicité du ménage dans les chambres	Oui	Oui	hebdomadaire
Périodicité du ménage dans les locaux communs	Oui	Oui	salles de soin - couloirs - circulations : toutes les nuits Salle à manger : 2 fois/jour Sanitaires tous les jours
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)	Oui	Oui	Existence d'un recueil des traçabilités
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Oui	Oui	Existence d'un recueil des traçabilités



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Annexe 2
Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité (sous réserve de validation).

☛ **Projet d'ouverture de PASA au CH de Valençay et à l'EHPAD de Vatan**

L'objectif est d'implanter deux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), un PASA sur le CH de Valençay et un sur l'EHPAD de Vatan. Le groupe EP'AGE 36 a déjà une expérience dans le domaine, puisque le CH de Levroux a ouvert un PASA de 14 places en 2014 et le CDGI a ouvert un PASA de 14 places en 2011. L'objectif est de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, tout en ayant une approche non médicamenteuse et de satisfaire les besoins de la population des bassins de vie de Valençay et de Vatan. Chaque PASA accueillerait, en journée, 8 à 12 résidents de l'établissement auxquels seraient proposés des ateliers thérapeutiques animés par une équipe pluridisciplinaire formée à l'accompagnement de la maladie. L'objectif des PASA serait de prévenir l'apparition des troubles du comportement dans un environnement convivial, permettre la déambulation des personnes dans un cadre sécurisé et de favoriser le maintien de l'autonomie et des capacités des résidents.

- Le Centre Hospitalier de Valençay a pour ambition d'élaborer un projet d'ouverture de PASA et d'implanter ce dernier au rez-de-chaussée du bâtiment Le Nahon.

- L'EHPAD de Vatan a pour ambition d'élaborer un projet d'ouverture de PASA (lieu d'implantation à déterminer).

☛ **Projet d'ouverture d'une UHR au CH de Valençay**

L'objectif est d'implanter une Unité d'hébergement renforcée (UHR) sur le centre hospitalier de Valençay. Le groupe EP'AGE 36 a déjà une expérience dans le domaine, puisque le CDGI 36 a ouvert une UHR de 17 places en 2011.

La conception architecturale actuelle du Centre Hospitalier de Valençay permettrait de répondre aux exigences de prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement et déambulantes qui représentent 80 % des résidents accueillis au sein de ces unités. En effet, le concept architectural d'origine a été de construire des services d'EHPAD de 28 lits répartis en deux unités de 14 chambres parfaitement identiques, du fait de locaux dupliqués et de locaux traversant.

Dans le cadre de ce projet, une UHR pourrait être implanté au sein du service sécurisé « La Garenne », 14 des 28 lits d'EHPAD seraient ainsi transformés en lits d'UHR. Une fois l'autorisation de créer une UHR obtenue, le CH de Valençay pourrait rendre l'activité opérationnelle très rapidement, sous deux mois, car il suffirait de cloisonner la salle de restaurant sans autres travaux complémentaires et de recruter les professionnels nécessaires.

En effet, cette unité sécurisée ouverte en juin 2016 dispose, d'ores et déjà, de locaux indépendants :

- une porte d'entrée et de sortie principale équipée d'un digicode,
- d'une porte d'entrée et de sortie donnant sur le jardin équipée d'un digicode
- d'un patio sécurisé et accessible en permanence
- d'une cuisine thérapeutique traversante mais néanmoins indépendante
- d'une salle de soins traversante mais néanmoins indépendante
- d'une salle bien-être avec balnéothérapie
- de chambres individuelles d'environ 20 m2 toutes équipées d'une salle de bain
- d'un salon détente
- d'un salon dédié aux activités manuelles
- d'un espace central
- de couloirs courts desservant les chambres
- d'une terrasse et d'un jardin d'une superficie totale d'environ 4000 m2



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

¶ Projet de création d'Accueil de nuit dans chaque établissement du groupe

Aujourd'hui, il existe de nombreuses possibilités d'accueil en journée, permettant de soulager les aidants de personnes atteintes de maladies cognitives. La période nocturne est souvent source de confusion pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. C'est une situation particulièrement éprouvante pour les proches aidants. C'est pourquoi, les établissements du Groupe EP'AGE36 souhaitent développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.

Cette alternative à un hébergement classique permet aux aidants de disposer de périodes de répit visant à prévenir des situations d'isolement ou d'épuisement et prolonger ainsi le maintien à domicile de la personne âgée. L'accueil de nuit permet à la personne de vivre la journée chez elle, son domicile restant son point d'ancrage. La période nocturne est prise en charge par l'EHPAD, via une surveillance sécurisante dans ses locaux. L'accueil de nuit offre aux personnes âgées une prise en charge comprenant le transport domicile-EHPAD, la restauration (dîner, petit déjeuner), une surveillance de nuit, une aide à la toilette du matin et à la prise des repas.

Les établissements du groupe EP'AGE 36 couvrent la majeure partie du département de l'Indre et pourraient ainsi répondre aux besoins de ce territoire. L'accueil sera réalisé par des assistants de soins en gérontologie intervenant successivement de 16 h 30 à 23 h 30 et de 23 h 30 à 9 h 30. Diverses activités seraient proposées aux bénéficiaires, selon leurs besoins et leurs souhaits. Les locaux de l'accueil de jour du CDGI, du PASA pour le CH de Levroux pourraient également être utilisés en soirée (espace détente, cuisine, tables et matériel pour activités diverses).

¶ Projet de création d'Accueil de jour aux CH de Valençay et Levroux et à l'EHPAD de Vatan

L'accueil de jour permet d'accueillir pour une période d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine, des personnes en perte d'autonomie, et notamment atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée ou d'une autre maladie neurodégénérative, vivant à domicile.

Animée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels qualifiés, la structure doit répondre à un double objectif :

- permettre aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés de continuer à vivre le plus longtemps possible à domicile, aidées par des activités de stimulation,
- soutenir leur famille ou les aidants en leur donnant la possibilité d'un temps de répit.

Cette structure a toute son utilité car elle propose un service au plus proche du bassin de vie des usagers et des patients. Aussi les CH de Levroux, Valençay et l'EHPAD de Vatan propose un service de proximité à moins ½ heure du domicile des usagers sur les territoires de Levroux, Valençay et Vatan afin de rompre l'isolement des personnes malades et d'accorder à l'aidant un répit pendant que son proche est accompagné par le service d'accueil de jour.

¶ Projet de création d'un « EHPAD hors les murs »

Les établissements du groupe EP'AGE 36 souhaitent poursuivre la diversification et l'ouverture sur l'extérieur de leur offre institutionnalisée et proposer des réponses inclusives qui permettent, chaque fois que cela est possible, un maintien dans le milieu de vie ordinaire (objectif du PRS 2 régional).

En effet, les personnes âgées souhaitent de plus en plus continuer à vivre à domicile, tout en bénéficiant d'aides adaptées à leurs besoins. Ce constat a notamment été accentué avec la période de crise sanitaire.

Par transformation de l'offre existante (lits d'hébergement permanent), les établissements du groupe EP'AGE 36 envisagent donc de créer des places d'Ehpad à domicile (nombre de places et répartition géographique encore à définir).

Des prestations identiques à celles proposées au sein de l'établissement en matière d'hébergement, de dépendance et de soins et ce, en fonction des besoins identifiés pour la personne, seraient proposées aux résidents à domicile, 24h/24 et 7 jours/7.



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Ce projet permettrait de :

- Proposer une alternative à l'hébergement permanent en EHPAD pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées en situation de dépendance ;
- Décloisonner l'EHPAD et le domicile (mutualiser les compétences gériatriques, transition progressive en amont de l'entrée en établissement) par transformation de l'offre existante ;
- Accompagner les personnes âgées dépendantes et coordonner leur parcours gériatrique ;
- Diversifier l'offre existante par une alternative innovante ;
- Soulager les aidants ;
- Conserver un lien social et constituer un parcours de vie.

Projet de diversification de l'offre de la Plateforme de répit du CDGI : le relayage

En complément des actions actuelles de la Plateforme de répit, le CDGI souhaite poursuivre son développement et proposer de mettre en place une aide au répit à domicile plus longue « le relayage ».

Les objectifs à atteindre vis-à-vis du proche aidé :

Le relayage n'a pas pour objectif de remplacer les services déjà mis en place au domicile (aide-ménagère, portage de repas...), et exclut la réalisation de tous gestes « médicaux » ou « infirmiers » même si ces derniers sont pris en charge au quotidien par l'aidant.

Le relayage a pour objectif de proposer à l'aidant un remplacement personnalisé sur les tâches qu'il effectue au quotidien auprès de son proche aidé. Dès lors, les missions du relayeur mobilisent des compétences techniques, telles que l'aide à la toilette, aux déplacements, à la prise de repas, à l'élimination, ainsi que d'importantes compétences relationnelles (présence rassurante, surveillance, divertissement, sorties).

Les objectifs à atteindre vis-à-vis de l'aidant :

Le relayage permet le départ de l'aidant du domicile pour un temps, qui pour offrir un bénéfice, doit être d'au moins deux jours et une nuit, soit 36 heures. Ces interventions de durées étendues sont complémentaires de celles proposées par la plateforme d'accompagnement et de répit qui propose des interventions à domicile comprises entre une et trois heures.

La recherche de conventionnement avec des associations proposant des « séjours vacances aidant » sera opportune pour faciliter le départ de l'aidant du domicile.

A Châteauroux, le 17/02/2021,

François DEVINEAU, directeurCentre Départemental Gériatrique de l'Indre
Centre Hospitalier de Valençay
Centre Hospitalier de Levroux
EHPAD Le Bois Rosier à Vatan



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Annexe 2
Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité (sous réserve de validation).

Projet d'ouverture de PASA au CH de Valençay et à l'EHPAD de Vatan

L'objectif est d'implanter deux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), un PASA sur le CH de Valençay et un sur l'EHPAD de Vatan. Le groupe EP'AGE 36 a déjà une expérience dans le domaine, puisque le CH de Levroux a ouvert un PASA de 14 places en 2014 et le CDGI a ouvert un PASA de 14 places en 2011. L'objectif est de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, tout en ayant une approche non médicamenteuse et de satisfaire les besoins de la population des bassins de vie de Valençay et de Vatan. Chaque PASA accueillerait, en journée, 8 à 12 résidents de l'établissement auxquels seraient proposés des ateliers thérapeutiques animés par une équipe pluridisciplinaire formée à l'accompagnement de la maladie. L'objectif des PASA seraient de prévenir l'apparition des troubles du comportement dans un environnement convivial, permettre la déambulation des personnes dans un cadre sécurisé et de favoriser le maintien de l'autonomie et des capacités des résidents.

- Le Centre Hospitalier de Valençay a pour ambition d'élaborer un projet d'ouverture de PASA et d'implanter ce dernier au rez-de-chaussée du bâtiment Le Nahon.

- L'EHPAD de Vatan a pour ambition d'élaborer un projet d'ouverture de PASA (lieu d'implantation à déterminer).

Projet d'ouverture d'une UHR au CH de Valençay

L'objectif est d'implanter une Unité d'hébergement renforcée (UHR) sur le centre hospitalier de Valençay. Le groupe EP'AGE 36 a déjà une expérience dans le domaine, puisque le CDGI 36 a ouvert une UHR de 17 places en 2011.

La conception architecturale actuelle du Centre Hospitalier de Valençay permettrait de répondre aux exigences de prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement et déambulantes qui représentent 80 % des résidents accueillis au sein de ces unités. En effet, le concept architectural d'origine a été de construire des services d'EHPAD de 28 lits répartis en deux unités de 14 chambres parfaitement identiques, du fait de locaux dupliqués et de locaux traversant.

Dans le cadre de ce projet, une UHR pourrait être implanté au sein du service sécurisé « La Garenne », 14 des 28 lits d'EHPAD seraient ainsi transformés en lits d'UHR. Une fois l'autorisation de créer une UHR obtenue, le CH de Valençay pourrait rendre l'activité opérationnelle très rapidement, sous deux mois, car il suffirait de cloisonner la salle de restaurant sans autres travaux complémentaires et de recruter les professionnels nécessaires.

En effet, cette unité sécurisée ouverte en juin 2016 dispose, d'ores et déjà, de locaux indépendants :

- une porte d'entrée et de sortie principale équipée d'un digicode,
- d'une porte d'entrée et de sortie donnant sur le jardin équipée d'un digicode
- d'un patio sécurisé et accessible en permanence
- d'une cuisine thérapeutique traversante mais néanmoins indépendante
- d'une salle de soins traversante mais néanmoins indépendante
- d'une salle bien-être avec balnéothérapie
- de chambres individuelles d'environ 20 m2 toutes équipées d'une salle de bain
- d'un salon détente
- d'un salon dédié aux activités manuelles
- d'un espace central
- de couloirs courts desservant les chambres
- d'une terrasse et d'un jardin d'une superficie totale d'environ 4000 m2



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Projet de création d'Accueil de nuit dans chaque établissement du groupe

Aujourd'hui, il existe de nombreuses possibilités d'accueil en journée, permettant de soulager les aidants de personnes atteintes de maladies cognitives. La période nocturne est souvent source de confusion pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. C'est une situation particulièrement éprouvante pour les proches aidants. C'est pourquoi, les établissements du Groupe EP'AGE36 souhaitent développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.

Cette alternative à un hébergement classique permet aux aidants de disposer de périodes de répit visant à prévenir des situations d'isolement ou d'épuisement et prolonger ainsi le maintien à domicile de la personne âgée.

L'accueil de nuit permet à la personne de vivre la journée chez elle, son domicile restant son point d'ancrage.

La période nocturne est prise en charge par l'EHPAD, via une surveillance sécurisante dans ses locaux.

L'accueil de nuit offre aux personnes âgées une prise en charge comprenant le transport domicile-EHPAD, la restauration (dîner, petit déjeuner), une surveillance de nuit, une aide à la toilette du matin et à la prise des repas.

Les établissements du groupe EP'AGE 36 couvrent la majeure partie du département de l'Indre et pourraient ainsi répondre aux besoins de ce territoire. L'accueil sera réalisé par des assistants de soins en gérontologie intervenant successivement de 16 h 30 à 23 h 30 et de 23 h 30 à 9 h 30. Diverses activités seraient proposées aux bénéficiaires, selon leurs besoins et leurs souhaits. Les locaux de l'accueil de jour du CDGI, du PASA pour le CH de Levroux pourraient également être utilisés en soirée (espace détente, cuisine, tables et matériel pour activités diverses).

Projet de création d'Accueil de jour aux CH de Valençay et Levroux et à l'EHPAD de Vatan

L'accueil de jour permet d'accueillir pour une période d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine, des personnes en perte d'autonomie, et notamment atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée ou d'une autre maladie neurodégénérative, vivant à domicile.

Animée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels qualifiés, la structure doit répondre à un double objectif :

- permettre aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés de continuer à vivre le plus longtemps possible à domicile, aidées par des activités de stimulation,
- soutenir leur famille ou les aidants en leur donnant la possibilité d'un temps de répit.

Cette structure a toute son utilité car elle propose un service au plus proche du bassin de vie des usagers et des patients. Aussi les CH de Levroux, Valençay et l'EHPAD de Vatan propose un service de proximité à moins ½ heure du domicile des usagers sur les territoires de Levroux, Valençay et Vatan afin de rompre l'isolement des personnes malades et d'accorder à l'aidant un répit pendant que son proche est accompagné par le service d'accueil de jour.

Projet de création d'un « EHPAD hors les murs »

Les établissements du groupe EP'AGE 36 souhaitent poursuivre la diversification et l'ouverture sur l'extérieur de leur offre institutionnalisée et proposer des réponses inclusives qui permettent, chaque fois que cela est possible, un maintien dans le milieu de vie ordinaire (objectif du PRS 2 régional).

En effet, les personnes âgées souhaitent de plus en plus continuer à vivre à domicile, tout en bénéficiant d'aides adaptées à leurs besoins. Ce constat a notamment été accentué avec la période de crise sanitaire.

Par transformation de l'offre existante (lits d'hébergement permanent), les établissements du groupe EP'AGE 36 envisagent donc de créer des places d'Ehpad à domicile (nombre de places et répartition géographique encore à définir).

Des prestations identiques à celles proposées au sein de l'établissement en matière d'hébergement, de dépendance et de soins et ce, en fonction des besoins identifiés pour la personne, seraient proposées aux résidents à domicile, 24h/24 et 7 jours/7.



Délégation départementale de l'Indre



Direction de la Prévention et
du Développement Social

Ce projet permettrait de :

- Proposer une alternative à l'hébergement permanent en EHPAD pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées en situation de dépendance ;
- Décloisonner l'EHPAD et le domicile (mutualiser les compétences gériatriques, transition progressive en amont de l'entrée en établissement) par transformation de l'offre existante ;
- Accompagner les personnes âgées dépendantes et coordonner leur parcours gériatrique ;
- Diversifier l'offre existante par une alternative innovante ;
- Soulager les aidants ;
- Conserver un lien social et constituer un parcours de vie.

Projet de diversification de l'offre de la Plateforme de répit du CDGI : le relayage

En complément des actions actuelles de la Plateforme de répit, le CDGI souhaite poursuivre son développement et proposer de mettre en place une aide au répit à domicile plus longue : « le relayage ».

Les objectifs à atteindre vis-à-vis du proche aidé :

Le relayage n'a pas pour objectif de remplacer les services déjà mis en place au domicile (aide-ménagère, portage de repas...), et exclut la réalisation de tous gestes « médicaux » ou « infirmiers » même si ces derniers sont pris en charge au quotidien par l'aidant.

Le relayage a pour objectif de proposer à l'aidant un remplacement personnalisé sur les tâches qu'il effectue au quotidien auprès de son proche aidé. Dès lors, les missions du relayeur mobilisent des compétences techniques, telles que l'aide à la toilette, aux déplacements, à la prise de repas, à l'élimination, ainsi que d'importantes compétences relationnelles (présence rassurante, surveillance, divertissement, sorties).

Les objectifs à atteindre vis-à-vis de l'aidant :

Le relayage permet le départ de l'aidant du domicile pour un temps, qui pour offrir un bénéfice, doit être d'au moins deux jours et une nuit, soit 36 heures. Ces interventions de durées étendues sont complémentaires de celles proposées par la plateforme d'accompagnement et de répit qui propose des interventions à domicile comprises entre une et trois heures.

La recherche de conventionnement avec des associations proposant des « séjours vacances aidant » sera opportune pour faciliter le départ de l'aidant du domicile.

A Châteauroux, le 17/02/2021,

François DEVINEAU, directeur
Centre Départemental Gériatrique de l'Indre
Centre Hospitalier de Valençay
Centre Hospitalier de Levroux
EHPAD Le Bois Rosier à Vaçan

Département de l'Indre

ANNEXE 3 - Fiche de suivi des objectifs du CPOM de l'EHPAD
du Centre Hospitalier de Valencay

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
<i>Expression et participation individuelle et collective des résidents :</i>						
1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	<ol style="list-style-type: none"> 1/ Diffuser le protocole définissant la conduite à tenir pour l'élaboration du PAP 2/ Activer le nouveau paramétrage du PAP dans le dossier « Arcades ». 3/ Renforcer et formaliser le rôle du référent résident 4/ Communiquer sur les missions du référent auprès des équipes, résidents et familles 5/ Intégrer le résident et/ou ses proches, représentant légal dans la réalisation du PAP et développer la co-construction jusqu'à l'étape de la contractualisation du PAP 6/ Disposer d'évaluations gériatriques pour chaque résident 7/ Développer et programmer dans les organisations de travail un temps d'échange pluridisciplinaire pour l'élaboration et la réactualisation des PAP 8/ Suivre, évaluer et réactualiser les projets d'accompagnement personnalisés 9/ Inscrire au plan de formation une formation dédiée « PAP » à destination des équipes soignantes, notamment AS, ASH, IDE 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident - Taux de révision ou d'actualisation des PAP - Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure) - Taux d'agents soignants formés au PAP 	2022-2026			
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	<ol style="list-style-type: none"> 1/ Elaborer un dossier support, commun aux 4 établissements du groupe, comportant plusieurs documents pour : <ul style="list-style-type: none"> * Outiller les professionnels de santé (communication, information, recueil) * Poursuivre la communication auprès des résidents et de leurs familles * Aider au recueil des directives anticipées auprès des résidents 2/ Poursuivre les formations sur les thématiques prise en charge de la douleur, soins palliatifs 3/ Généraliser la pratique de staffs pluridisciplinaires en EHPAD en associant l'EADSP 36 dans les situations complexes de soins palliatifs 4/ Intégrer les familles dans le processus décisionnel et la prise en charge en soins palliatifs 5/ Suivre les indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées - Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance 	2022-2026			
1-3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale	<ol style="list-style-type: none"> 1/ Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au cœur des projets de service 2/ Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au sein du projet d'accompagnement personnalisé 3/ Recenser et analyser les souhaits des résidents lors du recueil des habitudes de vie et tout au long du séjour 4/ Recenser et analyser les souhaits des professionnels pour développer et varier les animations 5/ Organiser la communication et la coordination des actions de vie sociale dans le service (équipe d'animation et soignantes) 6/ Définir des activités d'animation en cohérence avec l'état des lieux 7/ Déployer des outils de communication (Familio : journal familial et institutionnel à destination des résidents, point d'accès internet, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - % de PAP intégrant l'animation et la vie sociale 	2022-2026			
<i>Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures du CPOM : transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions ; démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.</i>						
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	<ol style="list-style-type: none"> 1/ Automatiser les extractions et le traitement des données des ressources humaines (rémunérations, effectifs, carrière des agents) 2/ Fiabiliser les données du tableau de bord de la performance ANAP 3/ Veiller à la complétude et à la fiabilité des données budgétaires et financières dématérialisées transmises aux autorités de tarification (EPRD, PGFP, ERRD, EPCP, ERCP...) 	<ul style="list-style-type: none"> - données tableau de bord ANAP complétées à 100% 	2022-2026			
2-1 bis Mettre en place la fonction de contrôleur de gestion	<ol style="list-style-type: none"> 1/ Formaliser les missions et décrire les activités de la fonction contrôleur de gestion du groupe EP'AGE 36 2/ Elaborer un programme d'actions de la fonction contrôleur de gestion 3/ Introduire et généraliser une culture de contrôle de gestion auprès des professionnels du groupe 4/ Intégrer le financement d'un temps contrôleur de gestion dans le budget base zéro (2022) des CPOM EHPAD 5/ Définir les missions, les activités, les compétences requises et les aptitudes du contrôleur de gestion 6/ Rédiger la fiche de poste "contrôleur de gestion" du groupe EP'AGE 36 7/ Réaliser le recrutement du contrôleur de gestion, rattaché à la direction des affaires financières et du contrôle de gestion 8/ Planifier et déployer le programme de contrôle de gestion sur l'ensemble des établissements du groupe 9/ Insérer dans le projet de service Finances, Accueil et Gestion des Séjours, les objectifs et actions propres à la fonction contrôleur de gestion 		2022-2026			
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	Maintenir la dynamique de coopération au sein principalement du groupe EP'AGE 36 mais également avec les autres établissements, en se réinterrogeant régulièrement sur les nouvelles opportunités de mutualisation des fonctions supports.	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de conventions de coopération inter établissements - Existence de procédure et protocoles communs aux établissements du groupe - Favoriser les fonctionnements partagés entre les 3 cuisines du groupe EP'AGE 36 - Favoriser les fonctionnements partagés entre les 3 PUI du groupe EP'AGE 36 	2022-2026			
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services	<p>Renforcement des coopérations/mutualisations internes au groupe EP'AGE 36 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ Poursuivre les coopérations et mutualisations dans le cadre de la direction commune EP'AGE36 2/ Consolider les inter-instances de la direction commune et créer une commission des médecins coordonnateurs 3/ Formaliser une politique de recrutement inter établissements dans le cadre de la promotion professionnelle et créer une bourse des emplois internes 4/ Définir la politique de mobilité interne (établissement) et externe (groupe EP'AGE 36) 5/ Identifier et former un réseau de référents et d'experts sur des thèmes identifiés <p>Renforcement des coopérations/mutualisations externes au groupe EPAGE 36 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1/ - Continuer à répondre aux appels à projets/candidatures en collaboration avec d'autres établissements du département 2/ - Renforcer les partenariats avec les établissements disposant d'un plateau technique (mettre à jour les conventions dans le cadre du GHT) 3/ - Signer des conventions de collaboration avec les services de maintien à domicile (SAAD et SSIAD) du territoire ressort 4/ - Maintenir et développer les coopérations avec le réseau départemental des EHPAD : <ul style="list-style-type: none"> - création d'une structure de coopération - Formaliser une conférence départementale des EHPAD - Créer un comité d'éthique et de bientraitance intégrant tous les EHPAD qui le souhaitent 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conventions signées 	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint) Au 31/12/2023 Au 31/12/2025	Observations
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes, développement de nouvelles prestations, partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social					
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	<p>Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs</p> <p>1/ Poursuivre le déploiement de la démarche palliative en EHPAD</p> <p>2/ Continuer la formation du personnel en soins palliatifs dispensée par le CODESPA (cible : 50% du personnel formé) et transmettre cet apport à l'équipe par des retours de formation</p> <p>3/ Développer dans le plan de formation des actions de formation sur les approches non médicamenteuses</p> <p>4/ Former les médecins coordonnateurs, IDE, AS, psychologue, cadre de santé au DU Soins Palliatifs</p> <p>5/ Formaliser un staff soins palliatifs (fréquence à définir) en fonction des besoins</p> <p>6/ Sensibiliser régulièrement les équipes aux soins palliatifs (2 fois par an)</p> <p>7/ Développer le partenariat et/ou les interventions de l'EADSP 36 (médecin traitant, médecins coordonnateurs, équipes soignantes, ...); débriefings et analyses de situations PEC, ...</p> <p>8/ Maintenir l'implication des cadres de santé dans la démarche institutionnelle relative aux soins palliatifs</p> <p>9/ Développer la participation des bénévoles dans l'accompagnement de fin de vie (ALAVI, ...)</p> <p>10/ Engager une réflexion relative à un projet spécifique « soins palliatifs » pour personnaliser la prise en charge = questionnaire, vision et projet global (implication des familles, accompagnement, ...)</p> <p>11/ Diversifier les approches non médicamenteuses dans la PEC</p> <p>12/ Pérenniser et dynamiser le réseau des soins palliatifs dans les services, en lien avec l'INTERCLUD et la politique EP/AGE 36</p> <p>Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD</p> <p>1/ Evaluer et mettre à jour les conventions de partenariat entre les structures d'hospitalisation à domicile et les EHPAD gérés par le Centre Hospitalier de Valençay (conditions générales, procédures, outils, ...)</p> <p>2/ 2. Communiquer auprès des équipes de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Valençay sur les critères d'inclusion et sur les conditions d'intervention de l'HAD</p> <p>3/ Communiquer auprès des résidents et familles sur les possibilités/conditions de PEC HAD (intégrer une information dans les documents institutionnels, ...)</p>	<p>- Existence de protocole/convention de coopération inter établissements</p> <p>- Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD/an</p> <p>- Nombre d'interventions de l'HAD / an</p> <p>- Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur</p> <p>- Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée et réévaluation</p> <p>- Convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)</p> <p>- Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP</p> <p>- Nombre d'intervention de l'EADSP</p> <p>- Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs</p>	2022-2026		
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	<p>Dossier Médical Partagé</p> <p>1/ Finaliser le protocole définissant les règles d'alimentation des DMP à destination des services de soins (objectif de 100 % de DMP alimentés)</p> <p>Télé-médecine</p> <p>1/ Organiser une veille sur le référencement des spécialistes externes et des référents experts internes et diffuser un annuaire interne</p> <p>2/ Relancer la communication sur la télé-médecine auprès des équipes médicales et paramédicales</p> <p>3/ Poursuivre les travaux avec les CPTS pour l'organisation des téléconsultations</p> <p>Via Trajectoire</p> <p>1/ Mettre à jour les fiches d'identité des établissements dans Via Trajectoire</p> <p>2/ Poursuivre la communication sur l'outil auprès des professionnels de l'établissement et solliciter un accompagnement par le GIP e-Santé pour les utilisateurs</p> <p>3/ Faciliter l'utilisation de l'outil pour les adresseurs potentiels et auprès des usagers (livret d'accueil, site internet...)</p> <p>Messagerie sécurisée</p> <p>1/ Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée</p> <p>Outils de coordination des parcours</p> <p>1/ S'inscrire dans les travaux de déploiement de la plateforme e-Parcours et plus généralement dans les politiques nationales et régionales de déploiement des systèmes d'information</p> <p>2/ Poursuivre les travaux au sein du GHT afin de disposer de logiciels interopérables sur le territoire</p>	<p>- Taux de résidents avec un DMP</p> <p>- Si télé-médecine : nombre télé-expertise et/ou téléconsultations réalisées / an</p> <p>- Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an</p> <p>- % de résidents admis par via trajectoire</p> <p>- Taux de professionnels disposant d'une MSS</p> <p>- Existence d'une messagerie sécurisée</p>	2022-2026		
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	<p>1/ Pérenniser le dispositif en place des IDE d'astreinte</p> <p>2/ Poursuivre la formation des agents sur les appels d'urgence</p> <p>3/ Communiquer sur le protocole des entrées directes dans les services d'hospitalisation, sans passage aux urgences (travaux de filière gériatrique)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>A/Mettre en place une équipe de nuit mutualisée entre le Centre Hospitalier de Valençay, le Centre Hospitalier de Levroux et l'EHPAD de Vatan</p>	<p>- Coopération inter établissement</p> <p>- Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences</p> <p>- Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement</p> <p>- Nombre d'interventions de l'IDE (avec déplacement)</p> <p>- Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit</p> <p>- Nombre d'interventions IDE classées par motifs</p> <p>- Convention avec un service de gérontopsy</p> <p>- Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique</p>	2022-2026		
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS	<p>Mettre en place les actions mises en exergue dans le projet d'établissement 2020-2025, le compte qualité, les évaluations internes et externes et le PAQ communication 2020.</p> <p>1/ Développer la communication sur les réseaux sociaux</p> <p>2/ Organiser des journées événements</p> <p>3/ Améliorer et mettre à jour le site internet</p> <p>4/ Développer la communication extérieure via les média locaux sur l'évolution et la modernisation du patrimoine immobilier</p> <p>5/ Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information grand public dans les cabinets des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux.</p> <p>6/ Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information destinées aux professionnels libéraux</p> <p>7/ Créer un flyer spécifique sur l'hébergement temporaire</p> <p>8/ Communiquer sur la création de chambres relais</p> <p>9/ Création d'un flyer EHPAD par établissement intégrant la présentation générale des services (CHL/CHV/VAT)</p> <p>10/ Dématérialisation des articles de presse</p> <p>11/ Communiquer sur la réponse aux appels à projets et sur les financements obtenus</p> <p>12/ Dans le cadre du parcours patient : Rendre le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et autres supports d'information approprié à la population accueillie ou susceptible d'être accueillie (ex : Créer des supports en gros caractères pour pallier une déficience visuelle)</p>	<p>Communications formalisées sur l'outil retenu</p> <p>Articles de presse + lettre d'infos</p> <p>Nombre de participants</p> <p>Sites internet à jour, audit annuel, refonte de la conception des sites effectuée, Nombre de pages vues, Géolocalisation par session de visite pour connaître la provenance géographique des visiteurs.</p> <p>100% des événements couverts par un article dans la presse locale</p> <p>Nombre d'articles de presse</p> <p>Nombre de flyers diffusés</p> <p>Nombre de lettres d'information</p> <p>SSR, EHPAD, SSIAD, USLD, EMG, Accueil de jour, etc.: livrets d'accueil, règlements de fonctionnement et contrats de séjour adaptés et diffusés en cas de déficience visuelle</p> <p>1 contact = 1 livret d'accueil remis, les autres documents sur demande expresse</p>	2022-2026		
	<p>1/ Intégrer l'animation au projet de vie individualisé</p> <p>a/ Favoriser l'implication des résidents dans les activités en tenant compte du vécu et des capacités</p> <p>b/ Associer les animatrices dans l'élaboration des PAP</p>				

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile	c/ Dynamiser la commission d'animation dans laquelle les résidents sont invités à participer 2/ Coordonner les activités d'animation avec les soignants et les bénévoles a/ Définir la politique commune d'animation b/ Organiser le partage des ressources afin de capitaliser les pratiques et supports c/ Développer les actions des bénévoles 3/ Continuer à innover en matière d'animation a/ Rechercher des partenariats b/ Développer des activités en interne ou en externe en lien avec les animaux c/ Faciliter l'accès au multimédias pour les résidents 4/ Ouvrir davantage les établissements vers l'extérieur a/ Proposer certaines activités aux personnes extérieures b/ Poursuivre les rencontres intergénérationnelles c/ Renforcer le rôle des usagers et de leurs familles dans la vie sociale de l'établissement	- Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents - Nombre de réunions réalisées avec les familles - Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors FVI)	2022-2026			
3-6 Consolider la couverture départementale en accueil de jour	Création d'un accueil de jour	- Nombre de personnes suivies en accueil de jour au cours de l'année - Nombre de journées « portes ouvertes » réalisées - Nombre de réunions d'information réalisées sur le territoire - Nombre de contacts avec les collectivités locales, les professionnels de santé... - Nombre de partenariats et de conventions avec les SAAD				
<i>Développement de la qualité de la prise en charge des résidents, démarches favorisant le bien-être et décloisonnement de dispositifs de soins, en cas de situation de maltraitance, accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes</i>						
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	1/ - Éclairer la prise en charge des résidents par un partage et une transmission des connaissances cliniques et diagnostiques des troubles neuro-dégénératifs et des symptômes géro-psycho-geriatriques. 2/ - Réaliser des réunions cliniques régulières auprès des équipes pluridisciplinaires par une proposition d'échange et d'écoute à propos des difficultés rencontrées dans la prise en charge des résidents atteints de MND et/ou présentant des troubles du comportement 3/ - Créer un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés	- Nombre de résidents en atelier mémoire par an - Nombre d'ASG en ETP - Nombre d'agents formés aux troubles du comportement - Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	2022-2026			
4-1 Bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents	Missions liées à la prise en charge psychologique des résidents et de leur famille 1/ Recueillir le consentement de la personne âgée à son admission en Ehpad et s'assurer de son consentement tout au long de son accompagnement 2/ Réaliser les Projets d'Accompagnement Personnalisés permettant le recensement des besoins, désirs et demandes du résident et ainsi de le restituer au cœur de la prise en charge pluridisciplinaire 3/ Proposer et effectuer des suivis psychologiques individuels réguliers des résidents sur un long terme 4/ Réaliser des évaluations thymiques et cognitives auprès des résidents afin d'ajuster la prise en charge des équipes de soins 5/ Mettre en place des ateliers thérapeutiques adaptés aux besoins des résidents : ateliers mémoire de stimulation cognitive et sociale, sensoriels, art-thérapie, musicothérapie, etc... 6/ Participer aux réflexions pluridisciplinaires quant à la prise en charge des résidents ayant des troubles psychiatriques et/ou troubles du comportement, mettre en lien et faire appel, si nécessaire, aux équipes psychiatriques gériatriques, équipes mobiles de gériatrie, services UHR, UCC, USLD, etc. 7/ Accompagner les familles des résidents en proposant un accompagnement psychologique (entretiens d'entrée, individuels, groupes de parole) Missions liées à la prévention 1/ Réaliser des temps de sensibilisations et de formations auprès des équipes de soins, 2/ Participer aux réunions pluridisciplinaires liées à la prise en charge des résidents (transmissions quotidiennes, STAFF, réunions EADSP, etc.), 3/ Proposer et mettre en place des temps d'analyse de pratique en faisant appel à un psychologue extérieur à l'institution, des réunions cliniques interdisciplinaires et des groupes de parole pour les équipes soignantes et d'accompagnement. 4/ Participer aux réunions institutionnelles de réflexion, d'échange et de discussion (CDU, Commissions des Admissions, Comité de bien-être et de Réflexion Éthique, RETEX, etc.) pour partager une approche transversale, éthique et analytique. 5/ Garantir le temps FIR – Formation Information Recherche 6/ Pouvoir bénéficier de temps de supervision, d'intervention ou d'analyse de pratiques pour éclairer nos accompagnements divers et variés.		2022-2026			
4-2 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires	Prévention de la dénutrition 1/ Maintenir le suivi des indicateurs nutritionnels par l'équipe de diététique du groupe EPAGE 36 2/ Renforcer l'implication des référents nutrition a- Dans le fonctionnement des équipes opérationnelles nutrition, b- Les relations entre les unités d'EHPAD et les services restauration. c- La collaboration avec les diététiciennes dans le recueil des indicateurs de suivi nutritionnels 3/ Maintenir les actions de l'InterCLAN au niveau des services d'EHPAD 4/ Soutenir la collaboration entre les diététiciennes et les services restauration : outil de suivi de la qualité des repas et de la satisfaction des usagers 5/ Maintenir les actions contribuant à la réduction du temps de jeun (collation nocturne, petit déjeuner en chambre) 6/ Poursuivre le travail engagé sur l'amélioration de la qualité des repas 7/ Elaborer un livret informatif à destination des médecins intervenant sur l'ensemble des établissements du groupe EPAGE 36 Amélioration des soins bucco dentaires 1/ Maintenir le partenariat avec le cabinet dentaire situé au sein du pôle de santé (accessible PMR) pour établir des bilans bucco-dentaires systématiques pour les résidents entrants. 2/ Mettre en place des interventions du dentiste au chevet du résident. 3/ Sensibiliser les équipes soignantes 4/ Réaliser des soins bucco-dentaires systématiquement en fonction des besoins des résidents 5/ Contrôler le suivi des soins d'hygiène bucco-dentaire (intégration dans les plans de soins AS et traçabilité)	- Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition - Nombre de résidents dénutrés - Surveillance de la courbe de poids - Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments - Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration - Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé) - Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	1/ Elaborer et diffuser un protocole intégrant la prévention des chutes 2/ Systématiser l'évaluation du risque de chute à l'entrée en EHPAD 3/ Proposer des aménagements adaptés en fonction des risques de chute, individuels mais aussi collectifs dans le cadre des projets de restructuration des locaux. 4/ Intégrer les indicateurs de suivi des chutes dans le suivi des indicateurs de soins. 5/ Procéder à une analyse des chutes en équipe pluridisciplinaire lors de l'élaboration ou de l'actualisation du PAP ou lors d'une modification du nombre de chute pour un résident. 6/ Maintenir une information régulière des proches et des familles sur le risque de chutes 7/ Développer les ateliers d'activités physiques adaptées 8/ Rappeler les résidents forts chuteurs pour proposer des alternatives à la contention lorsque c'est possible. 9/ Améliorer le rôle soignant/résident pour permettre un accompagnement des résidents à risque de qualité. 10/ Tracer systématiquement le suivi des prescriptions de contention et leur réévaluation.	- Protocoles de prévention de chutes. - Nombre de chutes prises en charge - Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation. - Nombre de chuteurs à répétition. - Protocole de contention. - Taux de résidents avec contention prescrite. - Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	2022-2026			
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	1/ Mettre en place un double contrôle des piluliers 2/ Déployer la conciliation médicamenteuse 3/ Reconditionner l'ensemble des médicaments en présentation non unitaire ainsi que l'ensemble des fractions de doses 4/ Développer les protocoles médicamenteux anticipés et les protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers 5/ Mettre en place des formations sur la sécurisation du circuit du médicament à destination des nouveaux arrivants 6/ Mettre en place des formations annuelles à destination des IDE sur la sécurisation du circuit du médicament 7/ Sensibiliser les agents sur le risque d'erreur lié aux interruptions de tâches et créer des groupes de travail afin de mettre en place un plan d'action spécifique 8/ Formaliser la liste des médicaments inappropriés chez le sujet âgé et mettre en place des actions afin de sensibiliser les prescripteurs à ce sujet 9/ Sécuriser le stockage des médicaments et dispositifs médicaux (dispositifs de stockage adaptés, climatisation) 10/ Promouvoir les déclarations de pharmaco et matériovigilance 11/ Favoriser la participation de différents professionnels de santé aux comités techniques de l'OMEDIT Centre-Val-de-Loire 12/ Sensibiliser les prescripteurs sur la juste prescription des antibiotiques (actions de sensibilisation, livret de bon usage des antibiotiques, EPP bon usage des antibiotiques et enquête de prévalence annuelle des antibiotiques, suivi des consommations et des résistances) 13/ Augmenter le nombre de CREX en lien avec la PECM 14/ Déployer les actions d'informations/formations des patients/résidents (fiches d'informations, actions de sensibilisation, éducation thérapeutique)	- Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD). - Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD). - Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés. - Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée...) - Présence d'un protocole circuit du médicament - L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ? - Nombre d'écarts	2022-2026			
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	1/ Poursuivre la sensibilisation annuelle de l'ensemble des agents de l'établissement et des patients/résidents à la vaccination antigrippale ; le recensement annuel des patients/résidents et des agents volontaires ; la mise à disposition gratuite du vaccin contre la grippe aux agents ; l'organisation de la vaccination des agents directement sur le lieu de travail ; la promotion annuelle de la campagne de vaccination 2/ Diffuser le protocole d'organisation de la vaccination antigrippale dans l'établissement 3/ Réaliser au moins une enquête de prévalence portant sur la grippe saisonnière tous les 3 ans 4/ Surveiller et communiquer les taux de vaccination antigrippale agents et patients/résidents aux services et différentes instances. 5/ Mettre en place un kit d'urgence délivré par la pharmacie lors de chaque séance de vaccination	- Taux de résidents vaccinés contre la grippe - Taux de personnel vaccinés contre la grippe	2022-2026			
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables	Mieux identifier les EIG et les EIGAS et inciter à leur déclaration pour améliorer leur analyse	- Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG - Protocole de déclaration des EIG - Re-sensibilisation de l'ensemble du personnel - Suivi du nombre d'EIG déclarés - Communication du bilan annuel - Répertoire l'ensemble des personnels formés au CREX et les inclure dans les réunions - Nombre de RETEX formalisés	2022-2026			
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	1/ Développer l'utilisation de Via-Trajectoire 2/ Optimiser le fonctionnement de la commission d'admission 3/ Actualiser, communiquer et s'assurer de l'application de la procédure de recherche de consentement 4/ S'assurer de la remise du livret d'accueil et de son application systématique auprès du résident et/ou de son représentant légal 5/ Désigner un référent pour l'accompagnement des professionnels dans le cadre de la recherche du consentement, le suivi et la gestion des problématiques relatives à la présentation des informations sur les droits du résident ; personne de confiance, directives anticipées... 6/ Développer l'accompagnement administratif des familles/résidents par le service AGS (demande d'aide sociale, demande de mesure de protection, etc.)		2022-2026			
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	1/ Pérenniser le Comité éthique et bientraitance 2/ Communiquer autour des travaux du comité éthique et de bientraitance 3/ Organiser une formation commune à la consolidation des compétences des référents 4/ Formaliser et transmettre des lettres de missions et feuilles de route pour les référents 5/ Organiser le tutorat sur l'apprentissage des pratiques en bientraitance au recrutement 6/ Evaluer et généraliser les bonnes pratiques via le comité éthique bientraitance	- Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année. - Nombre de réunions d'information sur la bientraitance. - Rythme des réunions du comité bientraitance	2022-2026			
4-9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hospitalières et du bien-être	1/ Mettre en adéquation les moyens AS au regard des besoins de la prise en charge en EHPAD 2/ Engager une réflexion afin de faire évoluer les organisations de travail 3/ Définir et formaliser l'organisation de travail pour chaque résidence 4/ Redéployer le temps de travail des ASH après analyse des besoins organisationnels de chaque résidence 5/ Elaborer les fiches de poste (agent hôtelier, conseiller hôtelier) 6/ Identifier et prévoir les moyens nécessaires en équipement, en formations, ... 7/ Mettre en oeuvre la nouvelle organisation 8/ Evaluer le dispositif et mettre en place les actions d'amélioration	- Ratio AS/ASH - Taux d'encadrement soignant	2022-2026			
4-10 Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA)	1/ Identifier le besoin fonctionnel en pratique avancée pour l'établissement 2/ Intégrer la formation IPA au plan de formation 3/ Construire le projet professionnel avec l'agent 4/ Organiser le départ en formation IPA à but d'acquisition de compétences 5/ Mener une réflexion et définir le cadre d'intervention de l'IPA 6/ Rédiger la fiche de poste 7/ Intégrer les IPA dans le fonctionnement de l'établissement 8/ Communiquer auprès des résidents et des familles sur le dispositif 9/ Mettre en oeuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre médecins et IPA 10/ Articuler les pratiques du médecin traitant et celles de l'IPA pour pallier l'insuffisance de temps médical	- Nombre d'IDE formées aux pratiques avancées - Nombre de résidents suivi dans le cadre de la pratique avancée - Nombre et nature des prescriptions réalisées	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
4-11 Maîtrise du risque infectieux	1/ Poursuivre la politique de sensibilisation à la vaccination (grippe, COVID-19, rougeole, etc.) auprès des résidents et des agents en organisant des sensibilisations annuelles dans chaque unité 2/ Développer les formations et les sensibilisations en hygiène de destination de l'ensemble des agents de l'établissement mais aussi des résidents 3/ Suivre et gérer les épidémies 4/ Suivre le bon usage des antibiotiques 5/ Apporter l'expertise en hygiène dans la gestion du réseau d'eau (dont prévention du risque légionnelle), du circuit des déchets, du circuit du linge et pour la gestion des travaux 6/ Accompagner le suivi et la gestion des AES 7/ Participer aux enquêtes annuelles (consommation des antibiotiques et suivi des résistances, bactériémies, consommation de solution hydro-alcoolique) 8/ Répondre aux indicateurs annuels du bilan LIN 9/ Participer à la rédaction des carnets sanitaires et classeurs HACCP 10/ Superviser la réalisation des contrôles microbiologiques des surfaces (cuisines, salles de soins, offices, etc...) 11/ Réaliser annuellement des audits de pratiques 12/ Réactualiser annuellement le DARI 13/ Participer aux Inter-CLIN, inter-CAI 14/ Participer aux réunions régionales du RHC-CPIAS 15/ Participer aux réunions de la cellule hygiène du GHT 16/ Compléter et réactualiser l'ensemble de la gestion documentaire en lien avec le risque infectieux	- Consommation annuelle en antibiotiques (en DDJ/1000 J-H) - Nombre d'ADM/24h/résident EHPAD	2022-2026			
Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, amélioration des conditions d'emploi et de travail						
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines	Préjet social et managérial du projet d'établissement 2020/2025 1/ Maintenir les acquis et l'autonomie des résidents par le recrutement de compétences en activité physique adaptée 2/ Développer les pratiques avancées en lien avec la réduction des hospitalisations évitables 3/ Tendre vers l'augmentation du temps médical salarié en remplacement du temps médical défilant 4/ Renforcer le temps médical partagé 5/ Garantir la coordination des actions dans le cadre du plan de formation 6/ Renforcer le rôle de l'encadrement de proximité notamment dans la diffusion des compétences acquises en formation 7/ Fidéliser les personnels en favorisant l'accès à la promotion professionnelle 8/ Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelle en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service 9/ Garantir une planification conforme aux organisations définies, 10/ Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail, 11/ Partager les compétences et valoriser les expertises 12/ Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi GPMC (Politique de recrutement, stratégie d'accompagnement des parcours de professionnalisation, ...) 1/ Former des infirmiers en pratiques avancées 2/ Constituer un réseau d de référents et d'experts sur des thèmes identifiés 3/ Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelle en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service 4/ Améliorer le ratio AS/ASH pour atteindre 70% d'AS 5/ Définir et mettre en œuvre une politique de mobilité interne et externe (groupe EP'AGE 36) 6/ Organiser les modalités de "transfert de compétences" en cas de formation spécifique 7/ Favoriser l'accès à la promotion professionnelle notamment sur les métiers rares 8/ Anticiper les départs afin d'avoir moins de difficultés pour les recrutements Continuer à améliorer la qualité de vie au travail (QV, processus et politique QVT) 1/ Garantir une planification conforme aux organisations définies 2/ Partager les compétences et valoriser les expertises 3/ Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail 4/ Renforcer le développement de la culture gériatrique pour les personnels soignants notamment par la connaissance croisée des métiers 5/ Harmoniser le positionnement des cadres 6/ Positionner l'IDE dans l'équipe soignante 7/ Organiser les changements de service ou d'équipe de soins à une fréquence définie en privilégiant le volontariat 8/ Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi 9/ Mettre en œuvre le plan qualité professionnelle 10/ Répondre aux exigences en matière de santé au travail	- Taux d'absentéisme. - Taux d'absentéisme courte durée. - Taux d'accident du travail. - Taux d'ETP vacants au 31/12. - Taux de rotation des personnels. - Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management. - Ratio d'encadrement global. - Nombre de points GIR par AS. - Ratio d'encadrement AS/ASH. - Ratio d'encadrement IDE - Taux de remplacement du personnel. - Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers - Plan de formation - Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS - Organisation comprenant un pool de remplacement - Nombre de formations qualifiantes	2022-2026			
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	Mise en place du Rapport Social Unique	- Rapport Social Unique (RSU)	2022-2026			
Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)						
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants	1/ Restructurer les services d'EHPAD qui ne répondent pas aux normes de confort hôtelier et de prise en charge actuelles 2/ Adapter les locaux à l'évolution des pathologies des résidents accueillis (PASA, accueil de jour) 3/ Moderniser et mettre aux normes les bâtiments pour assurer une meilleure qualité de prestations 4/ Mettre aux normes les bâtiments des services d'EHPAD pour assurer une meilleure accessibilité et sécurité 5/ Améliorer les performances énergétiques des bâtiments	- Bâtiment Le Nahon(1984) - Rénové l'EHPAD Le Nahon - Mise aux normes accessibilité : changement des huisseries intérieures; sans d'entrée, portes, salles de bains - Mise aux normes sécurité : Ligne de vie, centrale sécurité incendie, appels-malades, Pompe chloration - Adaptation des locaux de Dino pour accueillir le SSIAD et les services administratifs	2022-2026			
6-2 Couverture du besoin en UHR dans le nord du département	Implanter une Unité d'hébergement renforcés (UHR)	- Autorisation d'ouverture de l'UHR par l'ARS - Accueil des résidents en UHR	2022-2026			
6-3 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile	Développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.		2022-2026			
6-4 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel	Créer une porte d'entrée unique pour toutes les prestations que l'on peut trouver dans un EHPAD et constituant un centre de ressources territorial par la création de places d'EHPAD à domicile en transformant des lits d'hébergement permanent		2022-2026			

**CONVENTION D'HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE POUR L'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
GERE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCAY**

ENTRE :

- Le Département de l'Indre, représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental, d'une part ;

ET :

- L'EHPAD géré par le Centre Hospitalier de VALENCAY dont le siège social est situé 24, rue des Princes 36600 VALENCAY, représenté par Monsieur François DEVINEAU en qualité de Directeur du Centre Hospitalier de Valençay ; personne habilitée à signer le CPOM et conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, d'autre part.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles L.313-8, L.342-3-1 et D.342-2 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2021-DMS PA 36-005 et n° 2021-D-1993 du 8 juin 2021 reconnaissant la gestion par le Centre Hospitalier de Valençay d'un deuxième EHPAD situé au 24 rue des Princes 36600 VALENCAY et portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD du Centre Hospitalier de Valençay (site principal et site secondaire « Le Nahon »), gérés par le Centre Hospitalier de Valençay, d'une capacité totale de 151 places ;

Vu le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Indre (RDAS) ;

Considérant le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2022-2026 conclu entre l'organisme gestionnaire de l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier de Valençay, le Département de l'Indre, et l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire ;

PREAMBULE :

Par arrêté conjoint n° 2021-DMS-PA36-005 et n° 2021-D-1993 du 8 juin 2021 reconnaissant la gestion par le Centre Hospitalier de Valençay d'un deuxième EHPAD situé au 24 rue des Princes 36600 VALENCAY et portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD du Centre Hospitalier de Valençay (site principal et site secondaire « Le Nahon »), gérés par le Centre Hospitalier de Valençay, d'une capacité totale de 151 places, et valant habilitation à l'aide sociale, le Président du Conseil départemental de l'Indre, en application du Code de l'Action Sociale et des Familles, a habilité l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour la totalité de sa capacité, soit 151 lits.

Le CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.313-8-1 CASF, entre l'Organisme Gestionnaire et le Conseil départemental. Les conditions et modalités sont précisées dans la présente convention.

Dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices, il est appliqué les dispositions du chapitre II du titre IV du livre III du CASF. Dans ce cadre, la tarification administrée ne vaut que pour les bénéficiaires de l'aide sociale selon les modalités prévues au CPOM et à la présente convention.

IL EST AINSI CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir la nature et les conditions de mise en œuvre des missions assurées par l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes géré par le Centre Hospitalier de Valençay au titre de la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale.

ARTICLE 2 : CATÉGORIES DE PUBLICS ACCUEILLIS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement s'engage à accueillir toute femme ou homme âgé d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'incapacité au travail, dont le maintien à domicile n'est plus possible.

L'établissement peut à titre dérogatoire et après autorisation du Président du Conseil départemental de l'Indre, recevoir des personnes de moins de 60 ans.

ARTICLE 3 : NATURE DES ACTIONS ET PRESTATIONS GARANTIES AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Comme pour l'ensemble des résidents, l'établissement doit satisfaire aux normes minimales qualitatives et quantitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cela porte sur :

- un hébergement à temps complet à titre permanent ou temporaire et fournissant, pour chaque résident, à minima, le socle des prestations prévu à l'annexe 2-3-1 du CASF et décrit à l'article 4 du titre 2 du présent CPOM « tarification à l'hébergement », ainsi que le blanchissage du linge des résidents ;
- la proposition et la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant du temps de médecin coordonnateur ;
- la mise en œuvre et le suivi annuel d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident ;
- l'élaboration d'un contrat de séjour pour chaque résident ;
- un environnement architectural adapté et apportant un environnement confortable, rassurant et stimulant, permettant une vie sociale et un accueil des familles. L'établissement doit également disposer d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;
- l'élaboration d'un plan détaillé sur les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

L'établissement garantit également les normes réglementaires de sécurité. Toutes les prescriptions des commissions de sécurité et du service de protection contre l'incendie doivent être strictement observées et doivent être portées à la connaissance du Président du Conseil départemental.

Il doit s'assurer contre tous les risques d'accident pouvant survenir aux personnes âgées qu'il accueille, d'accidents ou dommages qui pourraient être causés par ces personnes et dont l'établissement pourrait être tenu responsable par l'application des articles 1382 et 1384 du Code Civil.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADMISSION ET DE RESERVATION DES PLACES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

4.1 – Admission à l'aide sociale

L'admission à l'aide sociale est soumise à des conditions d'attribution notamment de ressources prévues par le CASF et le RDAS de l'Indre.

Le dossier de demande d'admission à l'aide sociale, constitué des pièces justificatives dont la liste est communiquée par le Département, est déposé au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie du domicile de l'intéressé(e). Dès complétude, il est transmis au Président du Conseil départemental dans le mois suivant son dépôt.

Le dossier d'aide sociale comprend notamment la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire, fixée notamment au vu du livret de famille. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur de leurs ascendants postulant à l'aide sociale.

Après instruction par les services du Département, le Président du Conseil départemental décide de l'admission ou non à l'aide sociale, et en cas d'admission, qui est alors prononcée pour une durée maximale de 5 ans, fixe également la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale.

Aucune somme ne peut être prélevée de la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale sans l'autorisation du Département.

En cas de refus de l'aide sociale par le Président du Conseil Départemental, les frais avancés par le Département sont récupérés auprès du demandeur.

La décision est notifiée à l'intéressé(e) ou à son représentant légal et le cas échéant aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le Département.

En cas de désaccord sur l'obligation alimentaire, le Président du Conseil départemental peut saisir le juge des Affaires Familiales en lieu et place de la personne âgée pour fixer la contribution alimentaire.

L'établissement peut également exercer un recours auprès du Juge des Affaires Familiales, s'il y a lieu, contre les résidents ou contre leurs obligés alimentaires (art. L.314-12-1 du CASF ou L.6145-11 du Code de la Santé Publique).

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée dans les deux mois (délai pouvant être prolongé de deux mois à titre exceptionnel). A défaut, elle prend effet à compter de la date de dépôt de la demande (article R. 131-2 CASF).

Les décisions en cours de validité peuvent faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation. Constitue notamment un changement de situation le fait pour le bénéficiaire de changer d'établissement. La décision d'aide sociale est alors effective à la date du changement de la situation.

La décision peut être également révisée avec répétition de l'indu, s'il apparaît que l'admission a été prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées.

Dans le cas d'une demande de renouvellement de la prise en charge des frais d'hébergement, la décision prend effet à la date d'expiration de la précédente prise en charge.

4.2. Rappels concernant la pré-admission à l'aide sociale

Pour toutes les personnes qui font une demande de prise en charge à l'aide sociale, l'établissement est tenu d'effectuer la récupération de 90 % des ressources de toute nature, ainsi que de l'allocation logement en totalité, dans l'attente de la décision relative à la prise en charge au titre de l'aide sociale. Le montant minimal des ressources du bénéficiaire laissées mensuellement à sa libre disposition ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (article R.232-34 du CASF) et/ou à 30 % du montant mensuel de l'allocation adulte handicapé (article D.344-34 et suivants du CASF).

Pendant cette période, il ne peut être réclamé à l'intéressé(e), à sa famille ou à quiconque un paiement complémentaire.

Si une caution est demandée à l'entrée en établissement, celle-ci ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée (art. R.314-159 du CASF).

L'aide sociale ne prend en aucun cas en charge les éventuels frais de réservation pour la période précédant l'entrée en établissement (art. R.314-149 CASF).

4.3. Conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Dans le cadre de sa procédure d'admission, l'établissement doit donner la priorité aux bénéficiaires de l'aide sociale. En tout état de cause, l'établissement ne peut refuser l'admission d'une personne bénéficiaire de l'aide sociale sauf pour raisons médicales.

ARTICLE 5 : MODALITÉS DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX ET SOUTIENS SOCIAUX AUX FINS DE FACILITER L'ADMISSION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement doit mettre en œuvre les partenariats nécessaires ainsi que les actions d'information, la documentation et les procédures coordonnées afin de faciliter l'admission des bénéficiaires à l'aide sociale. Ce dispositif devra être énoncé dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement. L'organisme gestionnaire tiendra régulièrement informés les services du Département de l'Indre des modifications qui pourront être apportées. Il transmettra également tous les conventionnements conclus dans le cadre de ce dispositif.

ARTICLE 6 : REGLES RELATIVES A LA TARIFICATION DES RESIDENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

La prestation d'aide sociale légale permet la prise en charge par le Département des frais d'hébergement de la personne âgée ne pouvant assumer ces coûts avec l'aide de leurs obligés alimentaires.

La participation financière du Département de l'Indre s'adresse uniquement aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre.

6.1. Règles de calcul

Le montant de la prise en charge par le Département est calculé sur la base des tarifs journaliers hébergement et dépendance GIR 5-6 arrêtés par le Président du Conseil départemental.

Les modalités de calcul de la tarification applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale sont décrites à l'article 4 du titre 2 du CPOM pour la tarification de l'hébergement et à l'article 2 du titre 2 du CPOM pour la tarification de la dépendance.

6.2. Modalités de facturation des tarifs

Les tarifs sont payés à terme à échoir en application de l'article R.314-186 du CASF.

L'établissement est tenu d'informer le Conseil départemental de toute absence dans un délai maximum de 48 heures.

L'établissement, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, facture le jour d'entrée ainsi que chaque jour de présence, sous réserve des dispositions suivantes. Il ne facture pas le jour de sortie. Le jour du décès peut être facturé.

Absences pour hospitalisation : Lorsqu'une personne âgée hébergée est hospitalisée, il est procédé à une diminution du montant du forfait hospitalier sur le prix de journée hébergement de l'établissement au-delà de 72 heures d'absence. Cette minoration est déduite de la participation de l'aide sociale. Ce dispositif s'applique pendant une durée qui ne peut excéder 30 jours consécutifs d'hospitalisation pendant laquelle la place de la personne âgée est conservée par l'établissement. Au terme du délai de 30 jours, aucune facturation ne peut être adressée au Département de l'Indre et la personne âgée retrouve l'intégralité de ses ressources. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour hospitalisation (article R.314-178 du CASF).

Absences volontaires ou pour vacances : Pour les absences de courtes durées égales ou inférieures à 72 heures (samedis, dimanches, jours fériés, autres), le tarif hébergement est facturé lorsque le lever ou le coucher a lieu dans l'établissement. Toute personne âgée hébergée à titre permanent peut s'absenter temporairement pour des vacances dont la durée ne peut excéder 35 jours au cours d'une année civile. À son retour, la personne âgée retrouve sa place ou son logement dans l'établissement. Pendant son absence, l'établissement peut utiliser la chambre en dépannage. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour convenances personnelles à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour (article R.314-178 du CASF).

6.3. Modalités d'encaissement

Pour les établissements accueillant des résidents à titre permanent : le Département encaisse le montant net des ressources du bénéficiaire, et des sommes dues au titre de l'obligation alimentaire, après déduction des charges autorisées et du montant minimum à laisser à disposition du bénéficiaire.

Pour les établissements accueillant des résidents à titre temporaire : le Président du Conseil départemental fixe la part à la charge de l'aide sociale dans la limite du plafond constitué par le tarif hébergement temporaire de l'établissement, multiplié par la durée du séjour dans la limite de 90 jours, renouvelable une fois par période de 12 mois, en tenant compte des ressources de la personne et de celles de ses obligés alimentaires, et de son droit éventuel à l'APA.

Dans le cadre d'un hébergement à titre temporaire, la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires est recouvrée directement par l'établissement. La prestation d'aide sociale est payée au bénéficiaire ou à l'établissement sous réserve de l'accord de la personne.

6.4. Modalités de revalorisation des montants

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance (notamment celui afférent au GIR 5-6) sont fixés et revalorisés selon les modalités prévues dans le CPOM aux articles 4 et 2 du titre 2 et au vu des documents budgétaires et comptables également visés dans ce contrat.

ARTICLE 7 : DUREE, CONCILIATION ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION

7.1 – Durée de la convention

La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale est conclue pour une durée maximale de 5 ans (article L. 342-3-1 du CASF).

7.2 – Renouvellement ou prolongation de la convention

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention peut être renouvelée ou prolongée, en parallèle des négociations pour le renouvellement du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

ARTICLE 8 : RETRAIT DE L'HABILITATION

L'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour l'un des motifs suivants (article L.313-9 du CASF) : évolution des objectifs et des besoins, méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention, disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus, charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

Si l'établissement ne prend les mesures nécessaires pour respecter les dispositions requises comme demandé par le Département, l'habilitation est alors retirée dans un délai de 6 mois pour tous les motifs évoqués, sauf pour celui du non-respect des objectifs et des besoins qui entraîne le retrait de l'habilitation dans un délai d'un an.

L'abrogation de l'arrêté portant habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est dûment notifiée à ce dernier et vaut résiliation de la présente convention d'habilitation.

ARTICLE 9 : CONTENTIEUX

Les contestations susceptibles de s'élever entre le Département de l'Indre et l'établissement au sujet de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sont portées devant le tribunal administratif de Limoges, 2, cours Bugeaud – CS40410 - 87011 LIMOGES Cedex.

Fait en 3 exemplaires
à *Chateauroux*
le *04/04/22*

Le représentant de l'organisme
gestionnaire
Le Directeur,



Monsieur François DEVINEAU

Le Président du Conseil départemental
de l'Indre

Monsieur Marc FLEURET

4. SYNTHÈSE



**SYNTHÈSE
DE L'ÉVALUATION EXTERNE
EHPAD et SSIAD du Centre Hospitalier de Valençay
EP'AGE 36**

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

Introduction

- **11- Démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'établissement : 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'évaluation interne s'est déroulée sur le 2^{ème} semestre 2018 et début 2019. L'EHPAD et le SSIAD ont utilisés deux référentiels différents, chacun adapté à son activité. Les référentiels permettent de distinguer des observations, constats, d'y inscrire le niveau d'atteinte du critère. Un calcul de cotation est réalisé (A/B/C/D). Des éléments de preuves peuvent y être indiqués.

Suite aux groupes de travail, le service qualité a défini une analyse permettant de distinguer les points forts et les axes d'amélioration servant de base au plan d'action élaboré début 2019.

Un rapport définitif a été formalisé puis transmis aux autorités en avril 2019.

Suite à cette démarche d'évaluation interne, le service qualité a formalisé un plan d'actions couvrant la période 2019 à 2023.

Ce plan d'actions a été intégré au PAQ global pour être suivi dans le cadre de la démarche d'amélioration continue, notamment via les revues de processus.

Chaque année, un bilan du PAQ est réalisé et les thématiques prioritaires sont définies.

EHPAD :

Le service qualité a développé un référentiel prenant en compte les RBPP, qui couvre l'ensemble des dimensions d'un EHPAD validé en COPIL Qualité.

Celui-ci traite de 7 thématiques :

- Garantie des droits individuels et collectifs
- Prévention des risques liés à la santé inhérente à la vulnérabilité des résidents
- Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne
- La personnalisation de l'accompagnement (PAP, animation et vie sociale)
- L'accompagnement de la fin de vie

- o Le management de l'établissement
- o La gestion des données du résident

Au total, ce sont 24 thèmes, 72 objectifs et 349 critères qui ont été étudiés.

Un groupe de travail spécifique à l'évaluation interne s'est réuni pour traiter des thématiques, à l'exception de celle sur le management qui a fait l'objet d'un groupe de travail spécifique inter-établissement en octobre 2018.

Le groupe de travail pluri-professionnel était composé des directions, responsables qualité, responsable service accueil et gestion des séjours médecin coordonnateur, psychologue, ergothérapeute, animatrice, cadre de santé, IDE, AS, ASH, AMP, représentant du personnel et des usagers.

Le groupe relatif au management était composé de la Direction, de l'adjointe au directeur, de la cadre supérieure de santé et des responsables technique, restauration, RH et qualité.

SSIAD :

Le référentiel UNASSI a été utilisé par l'établissement. Ce référentiel a été adapté pour les SSIAD uniquement.

Il comporte 7 axes d'évaluation correspondant aux recommandations de l'ANESM :

- La garantie des droits individuels et la participation des usagers
- La prévention des risques
- La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie
- La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions
- Le projet de service et les modalités de mise en œuvre
- Le service dans son environnement
- L'organisation générale du service.

→ I2-Modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'établissement

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) ne font pas l'objet d'une présentation directe aux agents.

Cependant, les RBPP sont diffusées aux agents au travers des outils développés, protocoles et procédures, grilles d'évaluations utilisées.

Les référents (hygiène, nutrition, douleur ...) permettant de diffuser les informations sur les bonnes pratiques au sein des services.

En l'absence de CCG sur le CH de Valençay, il n'existe pas de sessions d'information aux intervenants libéraux afin de diffuser et échanger sur des sujets thématiques en lien avec les bonnes pratiques gériatriques.

Des groupes de travail pluridisciplinaires sont également animés sur plusieurs thématiques incluant les professionnels référents volontaires des différents services.

Une démarche de sensibilisation des agents à la démarche qualité a été réalisée par le service qualité sur les différents établissements composant le groupe EP'AGE 36.

Le référent qualité réalise de manière régulière des quarts d'heure qualité dans les services, afin d'évoquer des sujets d'actualité et de rappeler les règles et procédures en vigueur (FEI, hygiène, etc.).

A/ Conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

→ **A1- Projet d'établissement : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions**

Un projet d'établissement a été formalisé pour l'ensemble des établissements et services rattachés au Groupe EP'AGE 36. Un groupe projet a été mis en place afin de piloter la démarche, appuyé par un cabinet de conseil spécialisé (Evocare).

La démarche conduite en 2019 a permis d'aboutir à un projet d'établissement pour la période 2020-2024. Celui-ci a notamment été validé auprès du Conseil de Surveillance.

Ce projet concerne donc les EHPAD et les SSIAD des Centres Hospitaliers de Valençay, Levroux, de l'EHPAD de Vatan et du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre.

Le contenu du projet d'établissement s'appuie sur la recommandation de l'ANESM puisqu'il comprend :

- o Une partie descriptive de présentation de l'établissement avec l'histoire, les missions, les valeurs, le fonctionnement, les moyens, les principes d'intervention...
- o Une partie analytique (diagnostic stratégique avec analyse de l'activité et analyse de l'environnement),
- o Une partie projective avec des perspectives et axes de progrès découpée en différentes parties (projet médico-soignant, social et managérial, gestion, SI et qualité, animation / vie sociale, architectural).

Les services rattachés aux établissements doivent désormais formaliser un projet de service en déclinaison de ce projet groupe courant d'année 2020. Cette démarche est pilotée par la direction qui a présenté la méthodologie et le calendrier d'élaboration auprès des différents établissements.

Le projet EP'AGE 36 comporte une analyse des besoins du territoire régionale, départementale, complétée par une analyse documentaire afin d'analyser l'activité actuelle (rapports d'activité N-1, anciens projets d'établissement, CR du CVS, ...) et d'une analyse des entretiens réalisés sur chaque site.

Ces analyses sont enrichies par une évaluation des précédents projets d'établissement de chaque site. Pour chaque structure, le bilan précise les objectifs atteints ou non atteints.

Cette analyse permet de s'appuyer sur un diagnostic interne et un diagnostic externe utilisés pour identifier les besoins, attentes, forces et faiblesses (SWOT) afin de définir les orientations stratégiques. L'axe fort du projet EP'AGE 36 s'articule autour de la mise en œuvre d'un pôle gérontologique ouvert sur l'extérieur.

Un groupe projet a été mis en place afin de piloter la démarche de formalisation du projet d'établissement appuyé par un cabinet conseil.

Le projet EP'AGE 36 a été élaboré en associant des professionnels des différents établissements ayant ainsi permis une démarche participative et permettant une représentativité des différents sites.

Tout au long de la démarche, l'établissement a régulièrement communiqué auprès des usagers et professionnels via les instances et lettres d'informations (CVS, lettre d'information usagers notamment).

Un plan de communication prévoit la réalisation d'une information générale auprès des professionnels sur les orientations et axes du projet 2020-2024. Des assemblées générales sont programmées sur les mois de février et mars 2020 sur chacun des établissements du groupe.

Dans ce plan, il est prévu de mettre à disposition le projet sur le logiciel de gestion documentaire ENNOV. Dans le même temps, afin de faciliter l'appropriation du projet par les équipes, les établissements diffuseront une synthèse papier et informatique dans chaque service. En outre, un exemplaire papier du projet sera mis à disposition sur chaque site à destination des résidents et partenaires (bénévoles, ...).

La formalisation du projet contient des fiches actions avec identification de pilotes et d'échéances, ce qui permettra d'en faciliter le pilotage et le suivi. Ces actions sont intégrées dans le Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ). Ainsi, une évaluation annuelle est réalisée notamment dans le cadre des revues de processus.

Les orientations sont pertinentes au regard de l'activité et du fonctionnement des établissements et services. Elles sont notamment axées sur la spécialisation autour de la gériatrie par la construction d'un géronto-pôle départemental.

SSIAD :

La cadre de santé SSIAD et la direction de site ont d'ores et déjà des pistes de réflexion pour le projet de service du SSIAD :

- Liaison entre le domicile et l'EHPAD (type EHPAD à domicile)
- Redynamiser le partenariat avec le SAAD Familles rurales (relancer la convention sur l'année 2021)

L'existence d'un processus dédié au SSIAD facilite la spécificité des objectifs quand à cet accompagnement à domicile.

→ A2- Adaptation entre les missions et les ressources humaines, financières et matérielles mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Le groupe EP'AGE 36 bénéficie d'une direction commune aux 4 établissements : CDGI, CH de Valençay, CH de Levroux et EHPAD de Vatan

Dans ses fonctions, le Directeur Général est secondé par des adjoints en charge de plusieurs missions :

- o Affaires économiques, logistiques, travaux et développement durable
- o Services de soins et hôteliers - Coordination de la gestion des risques associés aux soins
- o Ressources humaines, relations sociales et affaires médicales
- o Stratégie, système d'information, qualité, coopérations et usagers
- o Affaires financières, accueil et gestion des séjours et contrôle de gestion
- o Directions de sites de Valençay, Levroux et Vatan.

Un CODIR est réalisé tous les 15 jours réunissant le directeur général et ses adjoints.

Dans l'architecture actuelle, la direction est éloignée du centre névralgique de l'établissement. En effet, cette dernière n'est pas à proximité des cadres ni des professionnels et résidents autres que ceux du Nahon.

Le CH de Valençay dispose d'une cadre de santé supérieure mutualisée avec le CH de Levroux, de deux cadres de santé dédiés à l'EHPAD et une cadre de santé à mi-temps sur le SSIAD de Valençay (en complément du mi-temps de Levroux).

Trimestriellement, la cadre supérieure de santé et les cadres de santé participent à une réunion avec la Direction des soins du CDGI et les autres cadres de santé du groupe EP'AGE 36.

Une équipe administrative intervient sur l'EHPAD et le SSIAD : un adjoint des cadres en charge des RH ainsi que des agents administratifs dédié aux RH, à l'accueil et gestion des séjours ainsi qu'à l'économat. Ces personnes travaillent avec les fonctions supports telles que la direction des affaires financières, direction des Ressources Humaines, etc. du groupe EP'AGE 36.

Le CH de Valençay dispose de **132.41 ETP** sur 2018, répartis comme suit :

Catégorie de professionnel	ETP autorisés
Direction/Encadrement	4
Personnel médical d'encadrement	2
Autre Direction/encadrement	2
Administration/Gestion	1
Services Généraux	0,5
Restauration	0
Animation	1,5
Paramédical	72,66
Infirmier	15,25
Aide médico-psychologique	0
Aide-soignant	51,47
Psychomotricien	0
Ergothérapeute	1,5
Autre paramédical	4,44
Psychologues	0,85
D-ASH	34,2
Médical	2,79
Médecin coordonnateur	0,7
Autre médical	2,09

Autres fonctions	14,91
TOTAL	132,41

Intervenants

EHPAD

Intervenants	Nombre d'intervenants	Modalités d'intervention (jours d'intervention, sur prescription, etc.)
Médecin traitant libéral	1	Présent le matin sur la structure
Masseur kinésithérapeute	3	3 kinés du même cabinet libéral interviennent sur prescription médicale
Orthophoniste	0	0
Pédicure Podologue	1	Intervention sur demande des résidents/familles, sur prescription médicale
Coiffeur		A la demande, plusieurs coiffeurs peuvent intervenir
Bénévole	Entre 1 et 5	En fonction des disponibilités des bénévoles et des événements proposés dans la structure Association ALAVI, et VMEH
Autres (précisez)		

SSIAD

Intervenants	Nombre d'intervenants	Modalités d'intervention (jours d'intervention, sur prescription, etc.)
Médecin traitant libéral	17	

Capacité

SSIAD

	Capacité autorisée	Capacité installée
Nombre de places :	37	37

EHPAD

	Capacité autorisée	Capacité installée
Hébergement complet	151	151
Hébergement unité Alzheimer	0	0
Accueil de jour	0	0

La gestion financière est assurée par un service dédié, supervisé par la Direction de site et la Direction des Affaires financières, accueil et gestion des séjours.

Celui-ci rédige, entre autres, les documents comptables selon les échéances réglementaires (EPRD, ERRD).

Le PPI est élaboré suite aux demandes remontées par les différents services et établissements.

Un tableau de bord d'analyse financière suivi mensuellement permet d'obtenir les indicateurs de bonne santé financière et budgétaire de l'établissement.

La convention tripartite du CH de Valençay a été signée en 2016. Elle doit évoluer en 2021 en Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Dans cette optique, le Groupe a choisi, en accord avec ses autorités de tarification et de contrôle, d'uniformiser les dates d'évaluations internes, externes et les négociations des CPOM sur les 4 établissements.

L'entrée en vigueur des CPOM est prévue au 1er janvier 2021 après un diagnostic et des négociations sur l'année 2020. Le diagnostic se basera sur des visites sur site par les autorités de tarification ainsi que sur le PAQ de l'évaluation interne et l'abrégé de l'évaluation externe.

Le projet d'établissement du groupe EP'AGE 36 2020-2024 issu d'un diagnostic du territoire s'ancre dans les objectifs du groupe et des tutelles départementales. L'établissement veillera à coordonner les objectifs du projet avec ceux du CPOM.

EHPAD :

L'EHPAD du CH de Valençay dispose de lits sur 2 sites :

- o sur le site principal du CH (4 unités : Garenne, Bellevue, Montebello, Tivoli) ;
- o au sein de l'EHPAD Le Nahon situé face au CH.

Une cadre de santé à temps plein chapeaute les unités d'EHPAD du site principal (ainsi que l'équipe de nuit et le service animation), l'autre cadre de santé à mi-temps supervise le site du Nahon (et le SSR).

L'organisation des équipes a été revue sur le site principal où les équipes sont actuellement « affectées » sur 2 services (Garenne/Bellevue ou Tivoli/Montebello et non plus sur les 4 services ; ce qui a permis de réduire le turn-over dans les services pour les résidents. Une équipe dédiée est affectée au Nahon.

SSIAD :

Le SSIAD du Centre Hospitalier de Valençay est un SSIAD PA dont la coordination est assurée par une cadre de santé à mi-temps (autre mi-temps sur le SSIAD du CH de Levroux).

Le SSIAD du CH de Valençay ne dispose pas d'IDE salariés mais travaille en collaboration avec des cabinets d'IDE libéraux (IDEL).

Les tarifs de actes infirmiers issus de la nomenclature ont augmenté depuis décembre 2019 (réglementairement). Or, la dotation du SSIAD n'a pas été revalorisée. Aussi, les IDEL facturent leurs actes sur la base des nouveaux tarifs sans que le SSIAD ne puissent y répondre sur la durée. La direction a sollicité son ARS à ce sujet, sans obtenir d'aménagement d'ici la signature du CPOM.

→ A3- Adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels

La composition des équipes répond aux besoins des personnes accompagnées. (Cf. constats spécifiques).

Les diplômes sont, le cas échéant, demandés à l'embauche. Les Ressources Humaines sollicitent également un extrait du casier judiciaire n° 2. Il serait opportun de mettre à jour ce casier judiciaire régulièrement (tous les 2 ans par exemple).

EHPAD :

L'établissement dispose d'équipes d'IDE, AS et ASH présentes chaque jour. Certaines ASH sont notamment affectées aux soins (FF AS), d'autres sont exclusivement dédiées sur des tâches hôtelières.

Des temps d'animateurs, psychologue, ergothérapeute, médecin coordonnateur sont également proposés dans l'EHPAD.

L'établissement accompagne les professionnels au développement de compétences spécifiques à la prise en charge des patients âgés et vulnérables (AFGSU, etc.).

Pour l'EHPAD, sur les exercices 2017 et 2018, la répartition des bénéficiaires est la suivante :

	Au 31/12/2018	Au 31/12/2017
Effectif	145	144
Ratio Hommes / Femmes	49 hommes : 33.8 % 96 femmes : 66.2 %	51 hommes : 35.4 % 93 femmes : 64.6 %
Moyenne d'âge	87	87
Répartition par GIR		
% GIR 1	15	15
% GIR 2	56	60
% GIR 3	28	29
% GIR 4	35	27
% GIR 5	6	8
% GIR 6	5	5
Nombre d'admissions	51	70
Nombre de sorties	54	59

Taux d'occupation (en %)	96.08 %	91.64 %
Nombre de journées réalisées	52 957	50 507
Nombre de journées d'hospitalisation	52 957	50 507
GMP <i>(Préciser la date des derniers et avant derniers GMP validés)</i>	GMP de 716.71 : validé le 18/10/2018	GMP de 728.52 : validé le 10/09/2019
PMP <i>(Préciser la date des derniers et avant derniers PMP validés)</i>	PATHOS de 143 validé en 2008	183 validé le 06/11/2013
Origine géographique des Résidents entre 2017 et 2018	51	70
% de résidents provenant de l'arrondissement	60.78%	64.29%
% de résidents provenant du département voisin	23.52%	18.57%
% de résidents provenant d'un autre département	15.69%	17.14%

SSIAD :

Le SSIAD dispose d'une équipe dédiée d'aides-soignantes diplômées. Les soins techniques IDE sont effectués par un cabinet d'IDEL.

Ponctuellement, les aides-soignantes peuvent être sollicitées en renfort sur l'EHPAD lors de besoins de remplacement ou d'absences.

Les aides-soignants bénéficient de matériel afin de sécuriser leurs déplacements à domicile : gants, masques, SHA, sur-chaussures ainsi que le matériel pour la voiture de service (bombe anti-gel, ...).

Pour le SSIAD, sur les exercices 2017 et 2018, la répartition des bénéficiaires est la suivante :

	Au 31/12/2018	Au 31/12/2017
Effectif	35	40
Ratio Hommes / Femmes	Hommes : 39 % Femmes : 61 %	Hommes : 35 % Femmes : 65 %
Moyenne d'âge	Hommes : 85. Femmes : 82.9	Hommes : 86 ans. Femmes : 84 ans
Répartition par GIR		
% GIR 1	9.20%	14.29%
% GIR 2	38.89%	34.92%
% GIR 3	22.22%	14.29%
% GIR 4	29.69%	36.51%
% GIR 5		
% GIR 6		

Nombre d'admissions	23	37
Nombre de sorties	27	30
Taux d'occupation (en %)	94,53	90,94
Nombre de journées réalisées	12 765	12 272
Nombre de journées d'hospitalisation	387	444
GMP (Préciser la date des derniers et avant derniers GMP validés)	GMP de 658,78 (indiqué dans le rapport de gestion)	GMP de 658,62 (indiqué dans le rapport de gestion)
PMP (Préciser la date des derniers et avant derniers PMP validés)	NC	NC
Origine géographique des Résidents	59	68
% de résidents provenant de l'arrondissement	32.20 %	27.94 %
% de résidents provenant du département voisin	67.80 %	72.06 %
% de résidents provenant d'un autre département		

→ **A4- Modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences**

Des organigrammes Direction commune et cellule qualité ont été élaborés. Un organigramme du CH de Valençay a été formalisé et est à jour (cf. diagnostic de situation).

Actuellement, le CH de Valençay dispose d'un Comité Technique d'Etablissement (CTE), d'un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et d'un Conseil de Surveillance ainsi que d'une Commission Médicale d'Etablissement (CME) et d'une Commission des Usagers (CDU).

Chaque professionnel bénéficie d'une fiche de poste disponible via la gestion documentaire. Celle-ci est également remise à chaque nouveau professionnel lors de son embauche.

Les fiches de postes sont identiques sur les différents sites du groupe EP'AGE 36.

Les entretiens de recrutement des IDE, AS et ASH sont assurés par les cadres de santé de l'EHPAD et du SSIAD. Les candidats remplissent une fiche de renseignement préalable à l'embauche.

Ces professionnels ont été formés à la conduite d'entretien et se basent également sur une grille d'appréciation. Les cadres de santé sont d'anciennes IDE/IDEC. Afin de les professionnaliser dans leur poste de cadre, elles ont suivi ou suivent actuellement une formation dédiée.

Chaque nouveau professionnel se voit remettre un livret d'accueil salarié, la charte bientraitance, la présentation de WHOOG, l'organigramme de l'établissement, sa fiche de poste, Un bordereau indiquant les documents remis est signé à ce moment. Dans le même temps, le professionnel fournit plusieurs pièces sollicitées par l'établissement

L'accueil d'un nouvel agent prévoit un temps de présentation et de visite du service. Un temps de doublure est également prévu (de 2 à 3 jours), si cela est envisageable. De la même manière, le nouveau professionnel débute l'après-midi afin de faciliter son intégration.

Le Directeur Adjoint aux RH et les responsables RH dans les établissements réfléchissent à la mise en place d'une journée d'intégration des nouveaux agents afin de les informer sur le groupe, les RPS ainsi que les différents logiciels (ENNOV, ARCADIS, ...).

Le CH de Valençay rencontre des difficultés de recrutement sur le profil aide-soignant. Lors d'une vacance de poste, des recherches sont réalisées en interne et en externe. L'établissement valorise les compétences, par les formations promotionnelles ou VAE, afin de pallier le manque de profil diplômé.

Les entretiens d'évaluation sont réalisés annuellement par les cadres de santé de l'EHPAD et du SSIAD pour les IDE, AS et ASH.

Les cadres de santé du CH de Valençay sont reçus en entretien par la cadre de santé supérieure.

Les entretiens sont réalisés en suivant la trame fournie par « GESFORM ».

Le classement des dossiers des salariés est uniformisé.

Lors des entretiens d'évaluation, les agents transmettent leurs souhaits de formation promotionnelle et individuelle. Dans ce cas, ils doivent compléter leur demande par un devis afin d'évaluer le coût pédagogique et le coût du déplacement.

Les cadres de santé leur proposent également des formations « groupe ». Ces formations sont mutualisées entre les établissements du groupe EP'AGE 36 afin de proposer davantage de sessions et de thèmes à ces professionnels.

Une commission de formation se réunit afin de définir les formations « groupe » à venir et de valider les formations promotionnelles et individuelles des années suivantes.

La construction du plan de formation doit permettre au groupe EP'AGE 36 de bénéficier d'un socle de compétences communes. Ainsi, plusieurs thématiques de formations sont régulièrement dispensées aux équipes comme la nutrition, le bio-nettoyage, la maladie d'Alzheimer, le métier d'IDE référente.

La démarche de GPMC est initiée depuis 2013, intégrée à « Gesform ».

Au regard des difficultés de recrutement sur les postes diplômés, chaque établissement du groupe EP'AGE 36 essaie d'inscrire chaque année 1 à 2 personnes en formation qualifiante.

→ **A5- Dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'établissement et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines**

Le DUERP est formalisé pour l'EHPAD seulement (cf. constats spécifiques).

Des temps de sensibilisation en interne sont réalisés auprès de tous les professionnels. Les cadres sont formés aux bonnes pratiques managériales.

Les professionnels sont associés aux groupes de travail mis en place au sein de l'établissement et des missions de référence existent. L'établissement avait formalisé des fiches missions par type de référence mais fera l'outil afin de disposer d'une fiche mission globale.

Une enquête QVT a été réalisée en 2016 sur les différents établissements composant le groupe EP'AGE 36.

Le service RH souhaite développer des enquêtes de satisfaction de type flash plus régulièrement.

EHPAD :

Le DUERP est formalisé et suivi. Il est catégorisé par responsable d'action (RH, formation, RAQ, IDE Hygiéniste, Accueil et Gestion des Séjours, Responsable Achats, Sécurité, service technique). Celui-ci identifie plusieurs catégories de risques, notamment les risques psycho-sociaux. Des actions de prévention y sont prévues avec mention d'échéances.

SSIAD :

Le SSIAD ne dispose pas de DUERP spécifique ; cela est inscrit au PAQ. Au jour de l'évaluation, les éléments sont intégrés dans le DU général établissement.

- **A6- Données disponibles au sein de l'établissement 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**

Un rapport d'activité annuel, intitulé rapport de gestion, est formalisé pour chaque site permettant de caractériser la spécificité du public accueilli et de décrire les prestations et actions réalisées. Ce rapport de gestion contient notamment un volet médical et un volet animation.

En outre, le logiciel ARCADIS et le dossier informatisé permettent de tracer les ressources mobilisées pour l'accompagnement de chaque personne accueillie.

- **A7- Cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'établissement**

Les objectifs contenus dans les projets personnalisés sont définis en cohérence avec les possibilités de l'établissement. Le travail de réflexion engagé autour des projets personnalisés permettra aux équipes de se focaliser sur quelques objectifs à suivre par résident.

B/ Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

- **B1- 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'établissement à l'évolution de son environnement**

Des conventions de partenariats sont formalisées dans différents domaines afin de développer des partenariats nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des usagers :

- Conventions inter-établissements EP'AGE 36 notamment orientées sur des mutualisations de moyens
- Conventions avec le CH de Châteauroux dans le cadre de la filière gériatrique
- Conventions avec les écoles pour l'accueil d'étudiants, conventions avec les bénévoles (VMEH, ALAVI) et associations intervenants dans le cadre d'activités d'animation (chiens visiteurs, écoles pour réalisation d'échanges intergénérationnels...), conventions avec différents services pour assurer des prestations en lien avec la santé et l'accompagnement des résidents (optique, dentaire...)

L'établissement assure le suivi des partenariats par la formalisation de conventions répertoriées dans un classeur ; un tableau récapitulatif recense les différentes conventions signées en précisant notamment l'objet de la convention et le public concerné, la date de signature, la date d'effet, la durée et les modalités d'évaluation.

Les établissements du groupe EP'AGE 36 sont membres du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT) de l'Indre.

Le groupe est reconnu pour sa spécificité gériatrique et dispose de plusieurs typologies de services : EHPAD, SSIAD, PASA, UHR, accueil de jour, EMG, plateforme de répit, USLD, SSR, lits dédiés aux soins palliatifs.

Les 4 établissements sont impliqués dans la filière gériatrique et développent des projets et des coopérations.

Le Groupe EP'AGE 36 dispose d'un site internet sur lequel est référencé l'offre de services des 4 établissements.

Une plaquette a été élaborée pour promouvoir le groupe EP'AGE.

Chaque service dispose d'un livret d'accueil actualisé. Celui-ci est remis comme support de présentation/communication/information.

EHPAD :

La signalétique externe constitue un axe d'amélioration afin de permettre un meilleur repérage de l'entrée de l'établissement. La signalétique de ville n'est également pas actualisée.

SSIAD :

Le SSIAD a conventionné avec les établissements d'Hospitalisation A Domicile (HAD) de Vierzon et de Châteauroux ; l'ESAD porté par le SSIAD de Châtillon sur Indre ; l'accueil de jour, l'EMG et la plateforme de répit permettant l'organisation de relais selon les besoins.

Les locaux du SSIAD ne sont pas prévus pour recevoir du public ; aussi, il n'y a pas d'affichage spécifique à destination des usagers ni de signalétique spécifique.

→ **B2- Perception de l'établissement par ses partenaires**

Les différents partenaires contactés dans le cadre de l'évaluation externe témoignent de leurs modalités d'intervention ainsi que de la bonne collaboration avec l'EHPAD ou le SSIAD.

→ **B3- Modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'établissement autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions**

Les partenaires n'interviennent pas directement dans la démarche de réalisation des projets personnalisés des personnes accompagnées. Néanmoins, cette démarche se réalise de façon pluridisciplinaire avec le concours des différents professionnels de l'EHPAD ou du SSIAD. La réflexion engagée autour de la démarche du projet personnalisé vise à améliorer l'association de la famille et des tuteurs dans cette démarche notamment par leur sollicitation en amont sur la connaissance de la personne (déjà en place) et en aval sur le retour fait quant au projet personnalisé défini (en cours d'amélioration).

SSIAD :

Les conventions avec les IDEL sont suivies par la cadre de santé du SSIAD qui réunit annuellement les IDEL. En 2020, la prochaine réunion permettra d'évoquer l'évolution de la nomenclature afin d'intégrer et actualiser la convention IDEL. La cadre de santé vérifie la facturation des IDEL.

La cadre de santé du SSIAD assure la coordination avec les partenaires.

→ **B4- Ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments permettant de développer le caractère accueillant**

Des temps festifs permettent annuellement d'accueillir les proches des résidents et bénéficiaires.

EHPAD :

Des sorties sont proposées pour les résidents ; pour ce faire, l'établissement dispose d'un véhicule.

Des échanges intergénérationnels sont proposés avec l'intervention d'écoles au sein des établissements ou encore en lien avec un IME.

Les différentes activités déployées au sein de l'EHPAD permettent aux résidents de maintenir des échanges et liens sociaux.

L'équipe d'animation participe au réseau de l'animation de l'Indre Anim'age 36.

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

→ **C1- Outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'établissement d'élaborer les projets personnalisés**

A partir de l'admission du résident, un recueil de données est réalisé en vue d'établir le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et le plan de soins.

L'organisation mise en œuvre sur les PAP laisse à chaque structure la possibilité de construire son PAP comme elle le souhaite.

La trame des PAP est en cours de refonte afin d'être harmonisée pour le groupe EP'AGE 36. La trame utilisée étant jugée comme axée davantage sur la dimension du soin et des besoins et peu sur le projet de vie à partir des souhaits/envies. Un groupe de travail pluri professionnel (direction de soins, cadres, infirmiers, AS, ergothérapeute, animatrice) a permis la formalisation d'une nouvelle trame. Celle-ci a été testée sur plusieurs services et est en cours d'implémentation dans le logiciel résident lors du 1^{er} trimestre 2020.

Un travail est également en cours sur la refonte du rôle du référent résident avec la formalisation d'un support sous forme de map des différentes missions de celui-ci.

EHPAD :

L'élaboration du PAP permet la participation de l'équipe pluridisciplinaire : renseignements des habitudes de vie et de l'histoire de vie pris par la psychologue lors de l'entrée ; remplissage des éléments de soins par l'équipe IDE/AS ; éléments spécifiques de l'animatrice...

Le PAP était jusqu'alors informatisé sur ARCADIS ; dans l'attente du paramétrage de la nouvelle trame dans le logiciel, les nouveaux PAP se réalisent sur un support papier. Il existe ainsi provisoirement 2 supports et 2 lieux de stockage des PAP.

Le rôle de référent est confié à un binôme IDE / AS ou ASH ou agent de nuit.

SSIAD :

Pour le SSIAD, les AS se positionnent afin d'être identifiées comme référent pour les différents usagers ; cela est repris sur la planification murale dans le service.

→ **C2- Modes de participation des usagers 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**

Dans le cadre de la refonte de la démarche du PAP, un axe de travail est également l'amélioration de la sollicitation et participation des personnes à leur projet.

Le recueil de données réalisé à l'admission se réalise en lien avec la personne accompagnée et sa famille ou les tuteurs. Leur participation se définira en fonction de leur capacité ou non à y être associé et à y participer. L'idée est également d'améliorer l'information des personnes et familles sur la démarche car celles-ci est actuellement peu concrète pour les usagers.

Une réflexion est engagée concernant l'élaboration d'une plaquette à destination des usagers pour les informer de la démarche du projet personnalisé.

SSIAD :

Un axe de travail pour 2020 est la formalisation des PAP pour les usagers du SSIAD pour évoluer vers un projet de vie avec identification et définition d'objectifs.

Au SSIAD, la démarche du PAP démarre dès l'admission par le recueil de l'histoire de vie et des habitudes fait par la cadre de santé. Les AS sont référentes des patients.

→ C3- 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

Le logiciel permet de disposer d'une visualisation par code couleur (vert, orange, rouge) de la validité des projets personnalisés. Ainsi, les équipes pouvaient facilement repérer les PAP à actualiser.

EHPAD :

La réévaluation des PAP est notamment planifiée sur l'année pour permettre une réévaluation annuelle lors des staffs hebdomadaires où 2 à 3 PAP de résidents sont présentés. Cette modalité permet à chacun de s'exprimer sur le projet et d'avoir du recul sur ce qui peut se faire et sur la situation.

Afin d'améliorer le suivi et l'actualisation des PAP, la nouvelle procédure prévoit également de simplifier la démarche en définissant 2 à 3 objectifs par résident et pour redonner du sens à la démarche. Ces objectifs sont définis en équipe lors des staffs assortis des actions à mettre en œuvre.

SSIAD :

Afin d'améliorer le suivi et l'actualisation des PAP, la nouvelle procédure prévoit également de simplifier la démarche en définissant 2 à 3 objectifs par résident et pour redonner du sens à la démarche. Pour le SSIAD, les professionnels proposent les objectifs après un temps d'observation de 15 jours.

→ C4- Modalités permettant aux usagers d'accéder aux informations les concernant

Les différents outils d'accueil et d'information de la loi 2002-2 sont mis en place:

- Livret d'accueil composé de différentes fiches pouvant ainsi faire l'objet d'actualisation spécifique
- Règlement de fonctionnement
- Contrat de séjour pour l'EHPAD ou DIPEC pour le SSIAD.

Ces différents documents font l'objet d'une harmonisation pour les 4 sites du groupe EP'AGE 36.

L'information sur les personnes qualifiées est présente dans le livret d'accueil.

Le projet d'établissement est formalisé (chapitre 5.1 du présent rapport).

L'établissement a mis en place plusieurs modes d'expression et de participation pour les usagers : enquêtes de satisfaction, commission menus et commission animation.

EHPAD :

Les différents outils d'accueil et d'information de la loi 2002-2 sont mis en place :

- Livret d'accueil composé de différentes fiches pouvant ainsi faire l'objet d'actualisation spécifique L'établissement a annexé au livret d'accueil la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Celle-ci est affichée au sein des établissements.
- Règlement de fonctionnement (actualisé en 2017 après avis du CVS, du CTE et validation par le conseil de surveillance).
- Contrat de séjour pour l'EHPAD

SSIAD :

Les différents outils d'accueil et d'information de la loi 2002-2 sont mis en place :

- Livret d'accueil
- Règlement de fonctionnement (adopté en 2019 par la CDU)
- DIPEC. Auparavant, le SSIAD utilisait la terminologie de contrat de soins qui peut encore se retrouver dans certains dossiers usagers. En cas de changement de prestations, un avenant au DIPEC est réalisé.

→ **C5- Prise en compte de la perception de l'établissement et de ses missions par les usagers**

Une enquête de satisfaction permet de recueillir annuellement la perception des usagers concernant l'établissement (cf. constats spécifiques).

Les usagers et familles rencontrés lors de l'évaluation externe ont pu témoigner de leur satisfaction concernant l'établissement.

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée ; un registre est tenu à jour. Une procédure en décrit les modalités de gestion.

EHPAD :

L'EHPAD réalise une enquête de satisfaction en alternant chaque année la cible afin de l'adresser soit aux résidents soit aux familles. La trame du questionnaire a été uniformisée pour les 4 établissements du Groupe. L'établissement réalise un échantillonnage représentatif des différentes résidences et exclut les résidents qui ne sont pas en capacité de répondre.

Le souhait des résidents de participer ou non à l'enquête est respecté. Ainsi, le taux de retour est d'environ 30% permettant une exploitation représentative des résultats. Les résultats sont satisfaisants.

Néanmoins, il n'y a pas d'analyse comparée entre les années ; cela pourrait notamment être fait lors de l'étude 2020. Il n'y a pas d'identification d'actions d'amélioration spécifiques à l'issue de l'analyse de l'enquête. Pour les résidents, l'enquête de 2019 était en cours d'exploitation.

→ **C6- Modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement**

L'établissement dispose d'une CDU qui bénéficie aux établissements médico-sociaux (par exemple, les arrêts de prise en charge en SSIAD sont évoqués en CDU ; les résultats des enquêtes de satisfaction, les plaintes et réclamations des différents services, les travaux relatifs aux droits des usagers ou à la qualité de prise en charge). Les représentants des usagers tiennent des permanences au sein de l'établissement.

Une réunion des familles est organisée annuellement pour le SSIAD et l'EHPAD. Les résultats des enquêtes de satisfaction y sont notamment présentés ainsi que toute information relative au fonctionnement du service.

Ces différents lieux d'expression démontrent que l'établissement sollicite et associe les usagers au fonctionnement de l'établissement.

EHPAD :

L'établissement a formalisé un constat de carence en l'absence de personnes souhaitant se présenter au Conseil de Vie Sociale en 2019. Pour autant, celui-ci fonctionnait informellement puisque des familles et des résidents venaient aux réunions sans pour autant avoir été élus. L'établissement prévoit de réorganiser les élections du CVS en remobilisant les familles et réfléchit à la possibilité d'organiser un inter-CVS en cas de nouvelle carence.

Des commissions prévoient également la participation des résidents (commission animation, commission menus, comité bientraitance). Ces commissions sont à réactiver (commission animation prévue sur le Nahon en février 2020 ; commission restauration stoppée pendant 1 semestre).

SSIAD :

Une enquête de satisfaction est réalisée depuis 2018. Celle de 2019 était en cours d'administration lors de l'évaluation externe.

Pour améliorer la participation des usagers à l'enquête, les AS peuvent accompagner les patients au remplissage de celle-ci ou par exemple demander à imprimer en gros caractères la taille de la police.

La cadre de santé réalise des visites à domicile, ce qui permet également de recueillir les avis des patients et familles sur la prise en charge et l'accompagnement.

D/ Garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

→ D1- Modes d'organisation de l'établissement pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

L'exercice des droits et libertés individuels (L311-3 du CASF) permet/respecte :

- La dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité et le droit à aller et venir librement des résidents,
- Le libre choix et le respect de leurs souhaits,
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé favorisant l'autonomie et l'insertion, adaptés aux besoins des résidents et respectant leur consentement éclairé systématiquement recherché,
- L'accès à toute information ou document relatif à leur prise en charge (possibilité d'accès au dossier)
- L'information sur les droits fondamentaux ainsi que sur les voies de recours à disposition (via le règlement de fonctionnement)
- La participation directe des résidents à la conception et à la mise en œuvre de leur projet d'accompagnement.

Les modalités d'accès au dossier de l'utilisateur sont mentionnées dans le livret d'accueil. Une procédure groupe est formalisée.

Le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées est mis en place et s'intègre dans la procédure de préadmission où l'information est donnée par le bureau « gestion des accueils et séjours » pour l'EHPAD.

Le consentement du résident en EHPAD ou de l'utilisateur en SSIAD est recherché lors de l'admission. La démarche a été traitée et abordée en comité bientraitance. Les professionnels sont attentifs aux refus et veillent à les tracer. Pour les personnes non communicantes, l'observation du comportement et la recherche de l'assentiment sont mis en œuvre.

La liberté de circulation est observée dans les différents lieux de vie en EHPAD.

→ D2- 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

Le groupe EP'AGE 36 a mis en place une politique de bientraitance sur l'ensemble des établissements. A cette fin, divers outils sont mis en place :

- Une charte bientraitance a été élaborée en 2017 et est affichée sur chacun des sites. Cette charte est complétée d'un livret définissant les concepts et valeurs déclinés dans la charte.
- Des formations relatives à la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont régulièrement organisées.
- Des évaluations des pratiques et du parcours résident sont organisés régulièrement.

Un comité éthique et bientraitance a été mis en place au niveau du Groupe afin de traiter des problématiques et réflexions éthiques rencontrées. Ce groupe de réflexion est pluridisciplinaire et inter-établissements permettant ainsi le partage d'expériences et la réflexion partagée.

Une procédure de repérage et de prévention des risques de non-bientraitance a été formalisée. Cette procédure datant de 2014 pourrait faire l'objet d'une actualisation afin de réviser son contenu.

La gestion des risques a priori est organisée par la réalisation d'analyses de risques par processus et a posteriori par le traitement et le suivi des FEI.

Cette organisation est structurée et déployée dans chacun des établissements du Groupe. L'analyse de ces événements permet de faire évoluer les cartographies de risques existantes.

Des formations au circuit de signalement des FEI sur le logiciel ENNOV sont mises en place. Le DARI a fait l'objet d'une révision le 15 janvier 2020.

Les événements indésirables sont saisis de façon informatique par les agents via le logiciel ENNOV.

Les fiches d'évènement indésirable (FEI) sont réceptionnées par le service qualité qui redirige, le cas échéant, la demande vers la personne pouvant apporter une réponse.

Une fois par mois chaque secteur reçoit les fiches qui les concernent, analysent et traitent les événements.

Eventuellement, selon la situation, l'évènement indésirable fait l'objet d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX) afin d'en analyser les causes.

Un Groupe d'Examen des Evènements Indésirables (GEXEIN) statue sur les actions à mettre en œuvre.

Des comptes rendus de GEXEIN sont formalisés et un bilan des FEI est réalisé, notamment dans le rapport de gestion du CH de Valençay.

Tout au long des visites et des entretiens sur site, les évaluateurs ont pu apprécier les pratiques bienveillantes des professionnels auprès des personnes accompagnées.

Le principe en vigueur au sein de l'établissement est le vouvoiement. En cas de souhait de tutoiement, celui-ci doit être tracé dans le DPI.

Les professionnels rencontrés lors de l'évaluation externe se disent soutenus et écoutés par leur encadrement. En effet, l'encadrement se rend disponible pour échanger sur les différentes problématiques rencontrées dans le quotidien.

Une réelle entraide est développée au sein des équipes de l'établissement. Ainsi, lors des remplacements, les cadres de santé peuvent compter sur des professionnels, identifiés sur la plateforme WHOOG et qui acceptent de venir remplacer rapidement les professionnels absents.

Les dispositifs de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles mis en place participent à l'amélioration continue des métiers et compétences.

Les cadres de santé accompagnent les équipes sur les démarches de soins, sur le positionnement professionnel par de nombreux temps de formation et de sensibilisation

notamment lors des transmissions. Le tutorat d'un nouveau salarié est parfois difficile ainsi un nouveau salarié peut rester pendant 1 mois sur le même service.

Les professionnels peuvent exercer des fonctions de référence ; chaque résidence et site a ainsi désigné des référents sur diverses thématiques (nutrition, douleur, bientraitance...) ; les professionnels participent ainsi aux comités, groupes ou instances inter-établissements (inter-CLUD, comité bientraitance...).

Les psychologues peuvent intervenir en cas de besoin et en fonction des situations auprès des équipes mais pour un établissement pour lequel elles ne sont pas référentes. Elles interviennent également sur des temps de sensibilisation pour renforcer les connaissances des équipes sur des thèmes spécifiques (lien soignant-soigné, troubles du comportement...) ou sur des temps de formation (DPC Alzheimer par exemple, lien avec les familles...). Cet accompagnement est réalisé en EHPAD et les agents du SSIAD peuvent y participer.

EHPAD :

De par la difficulté de recrutement d'AS, l'établissement déploie notamment une politique d'accompagnement et de formation des ASH afin de professionnaliser les agents au contact des résidents. Par exemple, EP'AGE 36 est porteur d'un programme DPC soins palliatifs en lien avec le CODESPA et l'Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs (EADSP) ou propose des programmes DPC sur les gestes et postures, la nutrition...

SSIAD :

Les formations proposées aux professionnels du SSIAD sont en cohérence avec les besoins d'accompagnement et les risques spécifiques du service : AFSGU, sécurité routière, douleur/soins palliatifs, manutention/gestes et postures, Alzheimer...

- **D3- Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'établissement ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de la personne ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels**

L'établissement et le service sont autorisés pour un nombre de lits ou places fixés par arrêté. Ils ne peuvent accueillir au-delà de leur capacité.

L'EHPAD et le SSIAD ont tous deux informatisés leurs dossiers patients. Ils utilisent un logiciel différent chacun : ARCADIS pour l'EHPAD et APOZEME pour le SSIAD (cf. constats spécifiques).

Un COPIL SI est mis en place et se réunit 2 fois par an. Une sous-commission spécifique au Dossier Patient Informatisé (DPI) 3 fois par an afin de gérer l'utilisation du logiciel ARCADIS.

Les logiciels de paie, comptabilité, d'admission et soins sont développés par les mêmes éditeurs (Berger Levrault) assurant leur interopérabilité.

La gestion documentaire est informatisée sous ENNOV pour le CH de Valençay. La direction commune a pour projet d'uniformiser cette gestion documentaire en n'utilisant qu'un seul

logiciel. La réflexion d'une gestion électronique documentaire (GED) commune est portée au niveau du GHT.

Le groupe EP'AGE 36 a informatisé les Fiches d'Evènements Indésirables (FEI) qui sont saisies directement par le logiciel de gestion documentaire. Les bons de travaux sont également informatisés sur le CH de Valençay.

La démarche de conformité au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est en cours avec la formalisation du registre de traitement prévu pour 2020.

Chaque professionnel souhaitant avoir accès au logiciel du groupe doit avoir des codes d'accès gérés par le service informatique. Une charte informatique a été formalisée et doit être signée par toute personne utilisant les outils informatiques du groupe.

L'établissement a déployé les logiciels ARCADIS (EHPAD) et APOZEME (SSIAD) pour l'informatisation du dossier de l'usager. L'ensemble des professionnels trace leurs transmissions et interventions sur le logiciel.

L'ensemble des risques inhérents à la prise en charge des résidents fait l'objet d'une formalisation (chutes, dénutrition, douleurs, escarres...) et font l'objet d'évaluations au moyen d'échelles d'évaluation adaptées intégrées au DPI.

EHPAD :

Les professionnels de l'EHPAD ont accès au logiciel ARCADIS qui centralise l'ensemble des informations relatives à l'accompagnement personnalisé des résidents (projet personnalisé d'accompagnement, plan de soins, animations, sorties, etc.).

Une commission d'admission se réunit hebdomadairement pour statuer sur les demandes d'admission et de transferts inter-EHPAD sur EP'AGE 36 le cas échéant. Celle-ci est composée du médecin coordonnateur, des cadres de santé EHPAD, du service Accueil et gestion des séjours, de l'assistante sociale et de la secrétaire du service médical SSR.

Préalablement à la commission, le médecin coordonnateur ou la cadre de santé recueille un maximum d'informations auprès des partenaires (médecins traitants, médecins et IDE hospitaliers, assistantes sociales, familles) afin de vérifier la bonne orientation de la personne âgée. Des visites peuvent être organisées.

Le consentement de la personne est systématiquement recherché, y compris lorsque la demande provient de la famille.

Le service AGS permet de recevoir les usagers de 9h à 17h sans interruption.

L'EHPAD prend en compte les principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement et notamment :

- Concernant la douleur : identification de référents, inter-CLUD, évaluation par des échelles adaptées traçabilité dans le DPI, formation, recours à l'EMSP, protocoles...
- Concernant les escarres : évaluation du risque d'escarres par l'échelle NORTON, réalisation d'une enquête de prévalence annuelle, matériel de positionnement, pansements adaptés, protocoles, suivi des plaies
- Concernant la dénutrition : suivi mensuel du poids après une évaluation systématique à l'admission de l'IMC, inter-CLAN, équipe diététique, formation DPC nutrition.
- Concernant les troubles du comportement : évaluation par le biais d'échelles adaptées, intervention des psychologues

- Concernant les chutes : déclaration des chutes sur le DPI, ergothérapeutes, ...
- Concernant le risque infectieux : EOH, EPP, formalisation des protocoles, inter-CLIN, évaluation du DARI et suivi du PAQ
- Concernant la iatrogénie médicamenteuse : le médecin coordonnateur de l'établissement a développé la dynamique MAMI (Maintenir l'Autonomie en Maîtrisant l'Autonomie). Dans ce cadre, une vigilance est portée sur les prescriptions médicales des médecins traitants. Cette dynamique pourrait faire l'objet d'une présentation lors de la réalisation d'une prochaine commission de coordination gériatrique (CCG).

Les ergothérapeutes sont disponibles pour les équipes et les sensibilisent à l'utilisation des fauteuils et adaptables. Elles formalisent des bilans intégrés au logiciel ARCADIS. Un bilan annuel est réalisé.

L'établissement a été retenu pour la mise en place d'un parcours activité soins seniors (PASS) suite à un AAP ARS sur la prévention.

Les professionnels disposent des ressources matérielles nécessaires et suffisantes.

L'ensemble des unités disposent d'un système d'appel malade fonctionnel.

Dans le cadre de la signature du CPOM et de la préparation de la coupe PATHOS, le médecin coordonnateur a bénéficié d'une formation afin de réaliser le codage. Il serait intéressant de développer les Evaluations Gérontologiques Standardisées (EGS) mises en place sur les EHPAD de Levroux et de Vatan, afin de suivre plus régulièrement l'évolution des besoins en soins de l'EHPAD de Valençay. En effet, actuellement, le profil est coté est l'entrée et lors des évaluations PATHOS officielles.

La prescription des médicaments est informatisée sur ARCADIS. L'établissement dispose d'une PUI qui prépare et livre hebdomadairement les piluliers pour les 3 services d'EHPAD du nouveau bâtiment ainsi que pour le pavillon du Nahon. Bien que la prescription soit informatisée, la traçabilité de la distribution est réalisée sur papier.

Les contentions et restrictions de libertés font l'objet d'une prescription médicale et d'une surveillance concernant les bénéficiaires et les risques discutée en équipe en vue de réévaluer ou non le besoin.

Des temps de transmission sont prévus à chaque changement de poste. Ils se réalisent dans des lieux dédiés et adaptés. Ces temps de transmission sont également l'occasion pour les cadres de santé de transmettre des informations d'ordre général, notamment sur l'actualisation des protocoles, comptes rendus d'instances...

Depuis avril 2019, des staffs hebdomadaires permettent à l'équipe pluridisciplinaire d'échanger sur les situations des résidents. Ce temps de staff est apprécié des équipes.

La continuité IDE la nuit est assurée par 1 IDE de nuit basée notamment au SSR mais qui peut se rendre sur les unités d'EHPAD en cas de besoin.

Chaque jour, un médecin libéral vient au sein des unités. L'IDE peut le contacter si besoin pour les urgences avant 9h. Le médecin du SSR a une activité libérale et peut intervenir en tant que médecin traitant des résidents d'EHPAD.

Sont également mises en place des astreintes administratives et techniques pour la nuit et le week-end.

Le DLU est édité depuis le logiciel ARCADIS.

SSIAD :

Les professionnels du SSIAD ont accès au logiciel Apozème qui centralise l'ensemble des informations relatives à l'accompagnement personnalisé des bénéficiaires à domicile (projet personnalisé d'accompagnement, plan de soins (avec prescription du médecin informatisée), transmissions, etc.).

Concernant le SSIAD, la liste d'attente est gérée sur APOZEME et suivie par la cadre de santé du SSIAD. Des points réguliers sont réalisés sur les demandes d'admission. La cadre de santé réalise une visite d'admission afin d'évaluer les besoins. Pour ce faire, une fiche d'évaluation de prise en charge en SSIAD a été créée afin d'aboutir à un score afin de valider l'orientation SSIAD et de présenter le score sur des critères objectifs aux partenaires. Lors de la visite d'admission, le recueil des habitudes de vie est réalisé ainsi qu'une fiche de liaison laissée dans le dossier domicile pour être donnée en cas d'hospitalisation.

Au cours de la prise en charge, la cadre de santé réalise des visites de suivi. Ces visites ont été mises en place afin d'être planifiées annuellement ; un tableau de suivi permet d'en assurer la bonne réalisation. Des transmissions et un paragraphe de synthèse sont réalisés dans APOZEME à l'issue de chaque visite de suivi.

L'ensemble des risques inhérents à la prise en charge des personnes âgées fait l'objet d'une formalisation (chutes, dénutrition, douleurs, escarres...) et font l'objet d'évaluations au moyen d'échelles d'évaluation adaptées.

- Concernant la douleur : identification de référents, évaluation initiale par des échelles adaptées (réalisée pendant les 3 premiers jours de prise en charge), formation, recours à l'EADSP, ...
- Concernant les escarres : évaluation du risque d'escarres par l'échelle NORTON (évaluation initiale + évaluation tous les 6 mois).
- Concernant la dénutrition : Le SSIAD a le projet d'achat d'une chaine de pesée (réflexion issue du groupe de coordination gériatrique).
- Concernant les chutes : l'équipe teste la grille d'évaluation des facteurs de prédisposition à la chute (outil utilisé sur l'EHPAD de Vatan)

Les professionnels disposent des ressources matérielles nécessaires et suffisantes. Au SSIAD, les professionnels disposent de véhicules de service garés dans le parking de l'établissement.

Les aides-soignants réalisent des transmissions quotidiennement au départ et au retour de tournée par un passage systématique au bureau. Des réunions de service sont organisées tous les 1 à 2 mois, des comptes rendus sont formalisés

Au SSIAD, 4 tournées sont organisées la semaine et 2 à 3 le weekend pour permettre de répondre aux besoins des usagers. Le départ des tournées a lieu vers 7h15 depuis le SSIAD jusqu'à 13h30 où les AS reviennent au SSIAD pour réaliser les transmissions. Les tournées sont paramétrées dans APOZEME ainsi que les plannings de roulement.

De plus, les professionnels disposent de smartphones depuis 2018 permettant le pointage à domicile, la traçabilité des soins effectués.

Les professionnels utilisent les transmissions ciblées. Le paramétrage des cibles a été revu pour s'adapter à l'activité du SSIAD. Chaque fin de mois, les professionnels clôturent les cibles Un axe de travail pour 2020 est la structuration des transmissions orales et écrites.

Un classeur de liaison a été travaillé pour les SAAD et SSIAD ; une convention SPASAD a été signée cependant il n'y a pas eu de financement spécifique pour la mise en place. Le cadre de santé a prévu d'aller présenter le classeur de liaison au SAAD Famille Rurale afin de redynamiser le partenariat et rendre effectif la mise en place du classeur.

Des fiches de surveillance sont mises en place pour le suivi des risques spécifiques identifiés ; ces fiches intègrent le dossier domicile.

5. PRIORISATION DES ACTIONS D'AMELIORATIONS

Les priorités des préconisations et propositions ont été définies sur une échelle de 1 à 3 :

<p>Priorité 1 (Préconisations)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Réorganiser les élections de CVS après avoir réalisé les actions de communication auprès des familles → Poursuivre le travail débuté sur la généralisation des PAP en impliquant les personnes accompagnées après la formalisation des objectifs : présenter la synthèse du PAP aux personnes en leur expliquant le contenu, remettre pour signature la synthèse du PAP aux personnes afin d'en faire un réel avenant au contrat de séjour ou DIPEC. → Mettre en place une commission de coordination gériatrique présidée par le médecin coordonnateur à destination des intervenants de santé libéraux ou organiser. Eventuellement, pour les établissements disposant d'une CME, envisager la possibilité d'organiser d'au moins une réunion par an dédiée à l'EHPAD et aux bonnes pratiques gériatriques. Définir les objectifs de cette commission et formaliser un ordre du jour type Veiller à la réunir 2 fois par an S'appuyer pour sa mise en place sur la fiche repère ANESM/HAS dédiée.
<p>Priorité 2 (Propositions)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Mettre en œuvre les actions d'amélioration définies : plan de communication à destination des professionnels, déclinaison du projet d'établissement en projets de service → Renouveler l'enquête QVT auprès des salariés : tous les 4 ans sous le format réalisé en 2016, tous les 2 ans sous le format d'enquête flash. → Poursuivre l'appropriation de la GED par les équipes par de la sensibilisation → Poursuivre la sensibilisation sur la déclaration des EI → Réactiver les commissions animation et commissions restauration intégrant la participation d'usagers → Réfléchir à la mise en place d'une formation des membres de CVS afin de les accompagner dans leur rôle → Actualiser la procédure de repérage et de prévention des risques de non-bienveillance au regard des dernières formations et bonnes pratiques → Alléger le DIPC en faisant le lien avec les éléments du RF et du LA ainsi que le recueil de données → Réfléchir au renforcement de l'équipe de nuit notamment en raison des contraintes architecturales pour la sécurisation des accès et sécurité sur le bâtiment la nuit → Former les aides-soignants aux écrits professionnels afin d'optimiser les transmissions et l'élaboration des PAP → Solliciter le médecin coordonnateur des EHPAD de Levroux et de Vatan afin d'initier la démarche des EGS au sein de l'EHPAD de Valençay dans l'objectif d'optimiser le suivi des besoins en soins des résidents et la généralisation des PAP

Fiches actions CPOM EHPAD du Centre Hospitalier de VALENCAY (2022-2026)

Fiches actions

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement.....	2
1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance.....	4
1-3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale	6
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification.....	8
2-1 bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion.....	10
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports.....	12
2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services....	14
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs...	16
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé.....	19
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	21
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS.....	24
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile.....	26
3-6 Consolider la couverture départementale en accueil de jour	28
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	31
4-1 bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents	34
4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins buccodentaires	36
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes.....	39
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	41
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	43
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables	45
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	47
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	49
4-9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage.....	51
4-10 Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA).....	53
4-11 Maitrise du risque infectieux	55
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences.....	57
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	62
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants.....	63
6-2 Couverture du besoin en UHR dans le nord du département.....	65
6-3 Proposer des alternatives à la PEC de nuit des troubles du comportement au domicile	68
6-4 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel	69

Fiche Action N°1.1

Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement

Personne référente : Coordination des soins

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au Schéma gérontologique départemental 2017-2022

Outils de la loi 2002-2 ; projet de soins ; projet personnalisé ; projet d'animation ; projet d'établissement

Nécessité de poursuivre et de maintenir la généralisation du projet personnalisé d'accompagnement

Elaborer un projet de vie spécifique pour la prise en charge des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer

Description de l'action :

Au sein des établissements EP'AGE 36, la démarche d'élaboration des PAP a été déployée progressivement depuis plusieurs années et les professionnels s'impliquent dans une approche pluridisciplinaire. En revanche, il reste à entreprendre les actions listées ci-dessous :

- Diffuser le protocole définissant la conduite à tenir pour l'élaboration du PAP afin d'harmoniser les modalités et bonnes pratiques sur EP'AGE 36
- Activer le nouveau paramétrage du PAP dans le dossier « Arcadis », après avoir organisé une action de sensibilisation/information auprès des équipes
- Renforcer et formaliser le rôle du référent résident
- Communiquer sur les missions du référent auprès des équipes, résidents et familles
- Intégrer le résident et/ou ses proches, représentant légal dans la réalisation du PAP et développer la co-construction jusqu'à l'étape de la contractualisation du PAP
- Disposer d'évaluations gériatriques pour chaque résident
- Développer et programmer dans les organisations de travail un temps d'échange pluridisciplinaire pour l'élaboration et la réactualisation des PAP
- Suivre, évaluer et réactualiser les projets d'accompagnement personnalisés
- Inscrire au plan de formation une formation dédiée « PAP » à destination des équipes soignantes, notamment AS, ASH, IDE, cadre de santé, etc.

Identification des acteurs à mobiliser :

Médecins traitants et/ou médecins coordonnateurs

Cadres de santé

Coordinateur des soins

Equipes soignantes et paramédicales

Psychologues

Animatrices

Résidents et/ou représentants légaux, familles

Moyens nécessaires :

- Temps de médecin coordonnateur (à moyens constants)
- Taux d'encadrement en adéquation avec les besoins de la prise en charge et les recommandations EHESP à 0.80, soit 5,00 ETP d'IDE supplémentaires (293 837 € inscrits en mesures nouvelles au BP 2021) (et d'AS supplémentaires (Cf ETP demandés dans fiche action n°4-9 « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage ») Le Centre Hospitalier de Valençay affiche aujourd'hui un taux d'encadrement pour le soin de 0,47 par résident en EHPAD.
- Formation des équipes soignantes au PAP
- Refonte du dossier DPI « Arcadis »

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026			
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action
Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident	2019 : 0 % 2020 : 0 %	2019 : 0 2020 : 0			
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	2019 :54% 2020 : 13,09%				
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)	Non				
Taux d'agents soignants formés au PAP					

Points de vigilance :**Bonnes pratiques à promouvoir :**

Développer les actions de formation sur la thématique du « PAP » pour les ASH, AS, cadre de santé et IDE
Maintien et/ou développement des staffs pluridisciplinaires

Commentaires sur le constat de résultat :

Difficulté à atteindre une cible de 100% de taux de signature, au regard de la population accueillie

Fiche Action N°1.2

Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance

Personnes référentes : Cadres de santé

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action n° 19 du Schéma gériatrique départemental 2017-2022 : Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance :

- anticiper les situations de crise et d'urgence ;
- favoriser l'expression des choix de la personne.

Modalités :

- faire connaître à tous, les différents dispositifs et leurs caractéristiques ;
- réaliser des supports d'information claires et accessibles à tous pour informer le public des droits de protection et de représentation apportés par la loi ASV ;
- former le personnel des ESMS...

Description de l'action :

S'assurer de la mise à disposition systématique des formulaires de directives anticipées et de désignation de la personne de confiance.

1. Elaborer un dossier support, commun aux 4 établissements du groupe, comportant plusieurs documents pour :
 - Outiller les professionnels de santé (communication, information, recueil)
 - Poursuivre la communication auprès des résidents et de leur famille
 - Aider au recueil des directives anticipées auprès des résidents
2. Poursuivre les formations sur les thématiques prise en charge de la douleur, soins palliatifs
3. Généraliser la pratique de staffs pluridisciplinaires en EHPAD en associant l'EADSP 36 dans les situations complexes de soins palliatifs
4. Intégrer les familles dans le processus décisionnel et la prise en charge en soins palliatifs
5. Suivre les indicateurs

Identification des acteurs à mobiliser :

Solliciter les équipes de liaison douleur et soins palliatifs de chaque établissement et l'Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs (pour l'élaboration de documents adaptés, participation aux staffs pluridisciplinaires).

Mettre en place un groupe de travail : référents droit du patient/résident, référents soins palliatifs, EADSP 36.

Moyens nécessaires :

Formation du personnel

Outil de recueil des indicateurs

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées	5.90%		
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance	21.66%		

Points de vigilance :

Difficultés à aborder la question des directives anticipées à l'entrée en EHPAD.

Proportion importante de résidents entrants dans l'incapacité de donner leurs directives anticipées ou de désigner une personne de confiance.

Bonnes pratiques à promouvoir :

Existence d'un inter CLUD dont les actions sont déployées sur le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Structuration des équipes de liaison douleur et soins palliatifs dans chaque établissement.

Collaboration avec le CODESPA.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement n°1-3**Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents****1-3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale**

Personne référente : Cadre de santé en charge de l'équipe d'animation

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

L'EHPAD, structure médico-sociale, constitue un lieu de vie dont la finalité est la meilleure qualité de vie pour chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient son autonomie et ses pathologies.

L'animation sert à donner de la vie et regroupe des activités organisées, individuelles et/ou collectives qui se veulent récréatives et culturelles. Elle vise une réponse aux attentes et besoins des personnes âgées, en vue du maintien, du développement de leur vie relationnelle, sociale et culturelle, en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé.

Au sein du CH de Valençay, l'animation sociale repose sur des professionnels formés et impliqués (animateurs, AS et ASH), dont les interventions se répartissent entre les différents services. En revanche, le nombre d'ETP en animateurs ne permettent pas de répondre pleinement à l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'animations adapté et répondant aux attentes de l'ensemble des résidents.

Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale nécessite en outre de disposer de moyens supplémentaires.

Description de l'action :

- Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au cœur des projets de services
- Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au sein du projet d'accompagnement personnalisé
- Recenser et analyser les souhaits des résidents lors du recueil des habitudes de vie et tout au long du séjour
- Recenser et analyser les souhaits des professionnels pour développer et varier les animations
- Organiser la communication et la coordination des actions de vie sociale dans le service (équipe d'animation et soignantes)
- Définir des activités d'animation en cohérence avec l'état des lieux
- Déployer des outils de communication (Familéo : journal familial et institutionnel destiné aux résidents, point d'accès internet, etc)

Identification des acteurs à mobiliser :

Les animateurs

Les cadres de santé

Les équipes soignantes

Le coordinateur des soins

Moyens nécessaires :

Temps d'animateurs (cf : 0.5 ETP demandé dans la fiche action 3.5 « Mieux ancrer la vie des établissements dans la vie civile »)

Ordinateur

Abonnement Familéo

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
% de PAP intégrant l'animation et la vie sociale			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

- Recueillir les attentes en matière d'activités individuelles et collectives
- Diversifier et adapter les activités proposées au regard des attentes et des profils des personnes accueillies (résidents atteints de MND,...)
- Poursuivre l'ouverture sur la cité
- Développer la communication avec la famille
- Renforcer la dimension sociale du PAP

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°2.1

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification

Personnes référentes : Direction des affaires financières du groupe EP'AGE 36 et Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au Schéma gérontologique départemental 2017-2022

Efficiences de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire.

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...

Veiller à la qualité des prestations offertes : accompagner la mise en conformité des ESMS aux cahiers des charges publiés depuis décembre 2015.

Description de l'action :

- Automatiser les extractions et le traitement des données des ressources humaines (rémunérations, effectifs, carrière des agents) afin de produire les différents tableaux de bord de gestion et de fiabiliser les résultats communiqués
- Fiabiliser les données du tableau de bord de la performance ANAP, en maintenant la dynamique de remplissage coordonnée par la Direction des affaires financières, auprès des directions de site et des directions fonctionnelles du groupe EP'AGE36
- Veiller à la complétude et la fiabilisation des données budgétaires et financières dématérialisées transmises aux autorités de tarification (EPRD, PGFP, ERRD, EPCP, ERCP...), en poursuivant les travaux menés par la cellule financière du groupe

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction générale

Direction des affaires financières et du contrôle de gestion

Directions de site

Direction des affaires économiques, logistiques et des travaux

Direction de la stratégie, du système d'information, de la qualité et des coopérations

Direction des ressources humaines

Moyens nécessaires :

Optimisation du logiciel de gestion des ressources humaines et formations

Mettre en place une fonction contrôle de gestion sur le groupe EP'AGE 36 (cf : ETP déjà demandé dans la fiche action n° 2-1 bis « Mettre en place la fonction de contrôle de gestion »)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Données tableau de bord ANAP complétées à 100%	92%		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement n° 2-1 bis

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion

Personne Référente : Direction des affaires financières du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

La direction générale et les différents niveaux de pilotage du groupe EP'AGE 36 ont besoin de toutes les informations nécessaires à une meilleure gouvernance du groupe, mais aussi pour une amélioration de sa performance.

Cela passe par :

- le développement d'une approche par indicateurs par la mise en place et l'optimisation d'outils de gestion communs en cohérence avec la stratégie d'EP'AGE 36 ;
- la conception et la mise en œuvre des méthodes et outils permettant d'analyser et de garantir l'utilisation efficiente des ressources de l'établissement ;
- c'est aussi conseiller les décideurs au regard du développement des activités ;
- le développement d'une comptabilité analytique par secteur et sur certaines lignes budgétaires.

Description de l'action :

- Formaliser les missions et décrire les activités de la fonction contrôle de gestion du groupe EP'AGE 36
- Elaborer un programme d'actions de la fonction contrôle de gestion
- Introduire et généraliser une culture de contrôle de gestion auprès des professionnels du groupe
- Intégrer le financement d'un temps contrôleur de gestion dans le budget base zéro (2022) des CPOM EHPAD et SSIAD des établissements du groupe, selon une répartition mutualisée par budget/section tarifaire
- Définir les missions, les activités, les compétences requises et les aptitudes du contrôleur de gestion
- Rédiger la fiche de poste "contrôleur de gestion" du groupe EP'AGE 36
- Réaliser le recrutement du contrôleur de gestion, rattaché à la direction des affaires financières et du contrôle de gestion
- Planifier et déployer le programme de contrôle de gestion sur l'ensemble des établissements du groupe
- Insérer dans le projet de service *Finances, Accueil et Gestion des Séjours*, les objectifs et actions propres à la fonction contrôle de gestion

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction générale - Direction des ressources humaines - Direction des affaires financières, accueil et gestion des séjours et du contrôle de gestion

Direction de la prévention et du développement social, Agence Régionale de Santé

Moyens nécessaires :

Partage des réseaux (serveurs partagés), centralisation des tableaux de bord de gestion sur l'ensemble des établissements

Equipement informatique du contrôleur de gestion

Financement du poste du contrôleur de gestion selon une répartition mutualisée par budget/section tarifaire de l'ensemble des établissements du groupe EP'AGE 36 : 1,00 ETP pour le groupe EP'AGE soit 0,11 ETP pour l'EHPAD du Centre Hospitalier de Valencay

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

[Calendrier prévisionnel](#) : 01/01/2022 au 31/12/2026

[Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir](#) :

[Commentaires sur le Constat de résultat](#) :

Fiche Action N°2.2

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports

Personnes référentes : Direction générale, Direction stratégie/coopérations et Direction achats du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au Schéma gérontologique départemental 2017-2022

Efficacité de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire.

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...

Formaliser davantage voire diversifier les coopérations inter établissements et/ou services.

Description de l'action :

Le groupe EP'AGE 36, en direction commune, a déjà mutualisé les fonctions supports des 4 établissements du groupe.

Ainsi, les fonctions services économiques et logistiques, travaux, ressources humaines, informatique, qualité, finance, accueil et gestion des séjours sont pilotées par des directions fonctionnelles communes à tous les établissements, qui travaillent à l'harmonisation des bonnes pratiques, des indicateurs suivis, des méthodes de travail et à la coopération entre les établissements.

Par ailleurs les établissements du groupe EP'AGE 36 sont des établissements parties au GHT de l'Indre, et sont donc acteurs de la mutualisation des fonctions achats et SI au sein de ce GHT. Ils sont également adhérents au GCS Centre Val de Loire et au GIP e-santé, ce qui permet d'améliorer l'efficacité des achats réalisés.

Les établissements du groupe animent également des réunions départementales EHPAD qui permettent la mise en commun d'informations, de bonnes pratiques, et la coopération inter établissement.

Le groupe EP'AGE a donc atteint une certaine maturité sur la question des coopérations, et souhaite maintenir cette dynamique, en se réinterrogeant régulièrement sur les nouvelles opportunités de mutualisation des fonctions supports. En 2021, le groupe EP'AGE engage une réflexion sur la restauration par la réalisation d'une étude de faisabilité commune aux trois cuisines du groupe pour définir des stratégies de mutualisation éventuelles.

De la même façon, un groupe de travail a été constitué pour favoriser les fonctionnements partagés entre les trois PUI du groupe. La PUI du CH Valençay et celle du CH Levroux sont déjà dirigées par le même pharmacien, ce qui favorise l'harmonisation des procédures et des méthodes de travail. L'idée est de continuer à harmoniser les pratiques sur tout le groupe et de développer la sécurisation du circuit du médicament, notamment en entamant la réflexion sur une automatisation de certaines préparations (piluliers) sur une ou plusieurs PUI.

Identification des acteurs à mobiliser : Groupe EP'AGE36, GHT de l'Indre, réseau des EHPAD du département

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Existence de conventions de coopération inter établissements	oui		
Existence de procédure et protocoles communs aux établissements du groupe	oui		
Favoriser les fonctionnements partagés entre les 3 cuisines du groupe EP'AGE 36	Projet lancé en 2022		
Favoriser les fonctionnements partagés entre les 3 PUI du groupe EP'AGE 36	Projet lancé en 2022		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°2.3

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services

Personnes référentes : Direction générale, Direction des coopérations, DRH du groupe EP'AGE 36 et Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Contenu du diagnostic PRS2 :

Fiche action n° 31 du schéma gérontologique départemental 2017 -2022 :

Formaliser davantage voire diversifier les coopérations inter établissements et/ou services

- rationaliser et maîtriser les dépenses

- adapter les organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires

Modalités :

- accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation des coûts

- s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services). La mutualisation devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts

- aider au recrutement de personnel via la mutualisation

- échange de compétences

Description de l'action :

Renforcement des coopérations/mutualisations internes au groupe EP'AGE 36 :

- Poursuivre les coopérations et mutualisations dans le cadre de la direction commune EP'AGE36
- Consolider les inter-instances de la direction commune et créer une commission des médecins coordonnateurs
- Formaliser une politique de recrutement inter établissements dans le cadre de la promotion professionnelle et créer une bourse des emplois internes
- Définir la politique de mobilité interne (établissement) et externe (groupe EP'AGE 36)
- Identifier et former un réseau de référents et d'experts sur des thèmes identifiés

Renforcement des coopérations/mutualisations externes au groupe EP'AGE 36 :

- Continuer à répondre aux appels à projets/candidatures en collaboration avec d'autres établissements du département
- Renforcer les partenariats avec les établissements disposant d'un plateau technique (mettre à jour les conventions dans le cadre du GHT)
- Signer des conventions de collaboration avec les services de maintien à domicile (SAAD et SSIAD) du territoire ressort
- Maintenir et développer les coopérations avec le réseau départemental des EHPAD :
 - ↳ Envisager notamment la création d'une structure de coopération permettant de mutualiser certains moyens nécessaires difficiles à mettre en œuvre dans chaque établissement (temps partiels, difficultés de recrutement) ;
 - ↳ Formaliser une conférence départementale des EHPAD, sur la base d'une charte, et composée des directions, des coordinations de soins et des médecins coordonnateurs, dans la prolongation des rencontres et des colloques initiés depuis plusieurs années. Au-delà du lieu d'échange sur la gouvernance et le fonctionnement des établissements, la conférence pourrait également être un interlocuteur privilégié pour les partenaires comme par exemple l'ARS et le Conseil Départemental.
 - ↳ Créer un comité d'éthique et de bientraitance intégrant tous les EHPAD qui le souhaitent, afin de partager les situations et les réflexions, pour aller plus loin dans les actions, pour être plus juste dans les décisions. Cette instance pourrait présenter un appui non négligeable pour les établissements qui n'en disposent pas.

Identification des acteurs à mobiliser :

Equipe de direction

Moyens nécessaires :

- Plan de formation mutualisé
- MAJ de la convention de direction commune et convention de mise à disposition de personnel
- Instances communes
- Conventions de coopérations

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de conventions signées			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°3.1

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs

Personnes référentes : Coordination des soins et médecin coordonnateur

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé

Objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire

Objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale

Objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Description de l'action :

La démarche palliative en EHPAD est structurée et commune à tous les établissements d'EP'AGE 36.

Elle est pilotée par l'INTERCLUD qui traite les différentes politiques de lutte contre la douleur, de prise en charge de la fin de vie et de prise en charge palliative, et qui sont relayées au sein des services par les Equipes de Liaison Douleurs et Soins Palliatifs, composées par des référents soignants.

Cette démarche s'appuie sur une politique de formation professionnelle et des actions de formation qui sont déployées depuis plusieurs années.

Par ailleurs, depuis 2015, le CH de Valençay s'associe au CDGI qui contribue au développement de la formation sur la démarche palliative dans les EHPAD du département, en portant la formation DPC dispensée par le CODESPA

Encourager, renforcer et développer les partenariats les équipes de soins palliatifs

1. Poursuivre le déploiement de la démarche palliative en EHPAD
2. Continuer la formation du personnel en soins palliatifs dispensée par le CODESPA (cible : 50% du personnel formé) et transmettre cet apport à l'équipe par des retours de formation
3. Développer dans le plan de formation des actions de formation sur les approches non médicamenteuses
4. Former les médecins coordonnateurs, IDE, AS, psychologue, cadre de santé au DU Soins Palliatifs
5. Formaliser un staff soins palliatifs (fréquence à définir) en fonction des besoins
6. Sensibiliser régulièrement les équipes aux soins palliatifs (2 fois par an)
7. Développer le partenariat et/ou les interventions de l'EADSP 36 (médecin traitant, médecins coordonnateurs, équipes soignantes, ...) : débriefings et analyses de situations, PEC, ...
8. Maintenir l'implication des cadres de santé dans la démarche institutionnelle relative aux soins palliatifs
9. Développer la participation des bénévoles dans l'accompagnement de fin de vie (ALAVI, ...)
10. Engager une réflexion relative à un projet spécifique « soins palliatifs » pour personnaliser la prise en charge = questionnement, vision et projet global (implication des familles, accompagnement, ...)
11. Diversifier les approches non médicamenteuses dans la PEC
12. Pérenniser et dynamiser le pilotage des soins palliatifs dans les services, en lien avec l'INTERCLUD et la politique EP'AGE 36

Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD

1. Evaluer et mettre à jour la convention de partenariat entre la structure d'hospitalisation à domicile et les EHPAD gérés par le Centre Hospitalier de Valençay (conditions générales, procédures, outils, ...)
2. Communiquer auprès des équipes de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Valençay sur les critères d'inclusion et sur les conditions d'intervention de l'HAD
3. Communiquer auprès des résidents et familles sur les possibilités/conditions de PEC HAD (intégrer une information dans les documents institutionnels, ...)

Identification des acteurs à mobiliser :

- Médecin coordonnateur
- Coordinateur des soins
- Direction des ressources humaines
- Cadres de santé
- Direction des coopérations
- Direction de site

Moyens nécessaires :

- Temps de médecin coordonnateur (à moyens constants)
- Budget formation
- Temps de coordination des soins (cf : fiche action n° 4-10 « projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA) »)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Existence de protocole/convention de coopération inter établissements	CONVENTION, GIP, GCS, GHT		
Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD/an	Pas disponible		
Nombre d'interventions de l'HAD / an	Pas disponible		
Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	Oui		
Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée et réévaluation	Pas disponible		

Convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)	Equipe mobile de soins palliatifs - Equipe mobile gériatrique		
Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP			
Nombre d'intervention de l'EADSP	Pas disponible		
Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs	8		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.2

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé

Personne référente : Direction du système d'information

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale

Objectif PRS n° 29 développer l'usage de outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé

Objectif PRS n° 31 développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients

Description de l'action :

Dossier Médical Partagé :

- Finaliser le protocole définissant les règles d'alimentation des DMP à destination des services de soins (objectif de 100 % de DMP alimentés)

Télémédecine :

- Organiser une veille sur le référencement des spécialistes externes et des référents experts internes et diffuser un annuaire interne
- Relancer la communication sur la télémédecine auprès des équipes médicales et paramédicales
- Poursuivre les travaux avec les CPTS pour l'organisation des téléconsultations

Via Trajectoire :

- Mettre à jour les fiches d'identité des établissements dans Via Trajectoire
- Poursuivre la communication sur l'outil auprès des professionnels de l'établissement et solliciter un accompagnement par le GIP e-Santé pour les utilisateurs
- Faciliter l'utilisation de l'outil pour les adresseurs potentiels et auprès des usagers (livret d'accueil, site internet...)

Messagerie sécurisée :

Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée : Les échanges entre praticiens hospitaliers et professionnels de santé extérieurs à l'établissement demandent à être renforcés, notamment en permettant d'intégrer la MSSanté au DUI de l'établissement.

Outils de coordination des parcours :

- S'inscrire dans les travaux de déploiement de la plateforme e-Parcours et plus généralement dans les politiques nationales et régionales de déploiement des systèmes d'information
- Poursuivre les travaux au sein du GHT afin de disposer de logiciels interopérables sur le territoire

Identification des acteurs à mobiliser :

- Direction
- Service AGS

- Coordinateur des soins
- Equipe médicale et paramédicale
- GIP Centre-Val de Loire e-Santé
- COPIL Schéma Directeur Système d'Information du GHT
- Coordonnateurs des CPTS

Moyens nécessaires :

Equipe informatique (RSSI et DPO)

Réunions sur le SDSI et sur le DMP au niveau du GHT

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux de résidents avec un DMP	0%		
Si télémédecine : nombre télé-expertise et/ou téléconsultations réalisées / an	Pas disponible		
Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	Non Suivi		
% de résidents admis par via trajectoire	Non Suivi		
Taux de professionnels disposant d'une MSS			
Existence d'une messagerie sécurisée	Oui		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Remplissage du DMP pour nos résidents par les services hospitaliers

Absence de correspondants médicaux pour les consultations de télémédecine

Adressage sur Via Trajectoire

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.3

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée

Personnes référentes : Coordination des soins, Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les Personnes Agées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Description de l'action :

- Communiquer sur le protocole des entrées directes dans les services d'hospitalisation, sans passage aux urgences (travaux de filière gériatrique),
- Poursuivre la formation des agents sur les appels d'urgence
- S'inscrire dans le dispositif départemental d'IDE d'astreinte,

ou à défaut:

- Mettre en place une équipe de nuit mutualisée entre le Centre Hospitalier de Valençay, le Centre Hospitalier de Levroux et l'EHPAD de Vatan : 3,00 ETP d'IDE mutualisés soit 1,00 ETP à créer sur le Centre Hospitalier de Valençay. Ce pool pourrait être itinérant sur les 3 établissements. Chaque établissement pourrait alors bénéficier de temps de présence d'IDE de nuit, sur site.

Ces IDE auraient pour mission :

- De prendre en charge les situations d'urgence la nuit soit en présentiel, soit en conseil téléphonique
- De proposer des temps de formation aux équipes de nuit,
- Faire le lien avec les cadres de santé et les équipes de jour
- Veiller au suivi et au bon fonctionnement du matériel d'urgence.

Identification des acteurs à mobiliser :

Directrice de site,

Médecins coordonnateurs,

Coordinateur des soins,

Cadres de santé

Partenaires extérieurs

Moyens nécessaires :

Les astreintes de nuit seraient mises en place à effectifs constants. Ce qui impliquerait une rémunération desdites astreintes.

OU

A défaut, IDE mutualisés :

Il sera nécessaire de recruter 3,00 ETP d'IDE mutualisés sur 3 établissements soit 1,00 ETP sur le Centre Hospitalier de Valençay, pour pérenniser le projet et respecter les conditions du cahier des charge (« Un temps de repos minimal le lendemain de l'astreinte de nuit sera obligatoirement prévu en cas d'intervention »).

Nécessite un véhicule.

Demande ETP d'AS : permettant d'avoir 1 aide-soignant de nuit sur chaque service d'EHPAD. (Cf : ETP déjà demandés dans la fiche action établissement n° 4-9 « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage »)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Coopération inter établissement	CONVENTION, GIP, GCS, GHT		
Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	Pas disponible		
Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement			
Nombre d'interventions de l'IDE			
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit			
Nombre d'interventions IDE classées par motifs			
Convention avec un service de gérontopsy			
Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	Oui		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Astreinte IDE de nuit :

Ressources IDE (sur la base du volontariat)

Coordination avec le dispositif départemental des IDE d'astreinte

A défaut, IDE mutualisées :

Ressources IDE, difficultés de recrutement

Nécessité de former les IDE sur les circuits patients et mettre en place des stages aux urgences et à la régulation SAMU.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.4

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS

Personnes référentes : Service communication, Direction générale et Direction stratégique du groupe Ep'Age36 + Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action n° 14 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ESMS) dans l'Indre :

- faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du Département ;
- permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS.

Modalités :

- application de la réglementation sur le socle des prestations ;
- diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ;
- utilisation des différents supports à disposition : livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniors36.

Description de l'action, Identification des acteurs à mobiliser et Indicateurs cible à atteindre :

Mettre en place les actions mises en exergue dans le projet d'établissement 2020-2025, le compte qualité, les évaluations internes et externes et le PAQ communication 2020.

ACTIONS	LIVRABLE/INDICATEURS
Développer la communication sur les réseaux sociaux	Communications formalisées sur l'outil retenu
Organiser des journées évènements	Articles de presse + lettre d'infos Nombre de participants
Améliorer et mettre à jour le site internet	Sites internet à jour, audit annuel, refonte de la conception des sites effectuée, Nombre de pages vue, Géolocalisation par session de visite pour connaître la provenance géographique des visiteurs.
Développer la communication extérieure via les média locaux sur l'évolution et la modernisation du patrimoine immobilier	100% des évènements couverts par un article dans la presse locale
Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information grand public dans les cabinets des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux.	Nombre d'articles de presse Nombre de flyers diffusés
Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information destinés aux professionnels libéraux	
Créer un flyer spécifique sur l'hébergement temporaire à diffuser dans les services sociaux, cabinets médicaux, associations d'aide à domicile, etc. Communiquer sur la création de chambres relais (plan de communication : presse, flyer).	

Création d'un flyer EHPAD par établissement intégrant la présentation générale des services (CHL/CHV/VAT)	
Dématérialisation des articles de presse	Nombre de lettres d'information
Communiquer sur la réponse aux appels à projets et sur les financements obtenus	
Dans le cadre du parcours patient :Rendre le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et autres supports d'information approprié à la population accueillie ou susceptible d'être accueillie (ex: Créer des supports en gros caractères pour palier une déficience visuelle)	SSR, EHPAD, SSIAD, USLD, EMG, Accueil de jour, etc.: livrets d'accueil, règlements de fonctionnement et contrats de séjour adaptés et diffusés en cas de déficience visuelle 1 contact = 1 livret d'accueil remis, les autres documents sur demande expresse

Moyens nécessaires :

Financement d'un chargé de communication à hauteur de 1,00 ETP pour le groupe EP'AGE 36 soit 0,11 ETP sur le Centre Hospitalier de Valençay, afin d'assurer les missions listées ci-dessus.

Le chargé de communication serait également chargé de mettre en place l'ensemble des actions de communication visant à mieux communiquer avec les familles, les usagers, le personnel, les professionnels libéraux, services sociaux, partenaires, etc.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Indicateurs mentionnés dans le tableau ci-dessus.			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.5

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile

Personnes référentes : Coordination des soins, Cadre de santé chargé(e) de la coordination de l'animation

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 15 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile (en facilitant les interventions des bénévoles en leur sein)

- permettre à la personne âgée dépendantes accueillie en établissement de conserver un lien social ;
- développer la communication ;
- faciliter les relations résident/famille/établissement.

Modalités :

- veiller à la mise en place et au fonctionnement du CVS;
- proposer d'autres modes de participation ;
- inciter les bénévoles à suivre des formations ;
- faire vivre la charte du bénévolat ;
- inciter les établissements à organiser des réunions d'information régulière en direction des familles.

Description de l'action :

Les différentes activités déployées au sein des EHPAD permettent aux résidents de maintenir des échanges et des liens sociaux. L'animation en EHPAD est une fonction essentielle qui participe au projet de vie individualisé.

- *Intégrer l'animation au projet de vie individualisé*

Favoriser l'implication des résidents dans les activités en tenant compte du vécu et des capacités

Associer les animatrices dans l'élaboration des PAP

Dynamiser la commission d'animation dans laquelle les résidents sont invités à participer

- *Coordonner les activités d'animation avec les soignants et les bénévoles*

Définir la politique commune d'animation

Organiser le partage des ressources afin de capitaliser les pratiques et supports :

Développer les actions des bénévoles

- *Continuer à innover en matière d'animation*

Rechercher des partenariats

Développer des activités en interne ou en externe en lien avec les animaux

Faciliter l'accès au multimédias pour les résidents

- *Ouvrir davantage les établissements vers l'extérieur*

Proposer certaines activités aux personnes extérieures

Poursuivre les rencontres intergénérationnelles

Renforcer le rôle des usagers et de leurs familles dans la vie sociale de l'établissement

Identification des acteurs à mobiliser :

Animateurs

Cadres responsables de l'animation

Bénévoles

Partenaires

Moyens nécessaires :

Financer 0,50 ETP d'animateur supplémentaire pour atteindre un ratio d'environ 1,00 ETP pour 80 lits: la globalisation actuelle du temps d'animateurs ne permet pas de proposer des animations quotidiennes, ni a minima 5 jours/semaine dans chaque service : soit un besoin identifié de 2,00 ETP pour 151 lits.

Tablettes adaptées pour Skype, mail...

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents			
Nombre de réunions réalisées avec les familles			
Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PVI)			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Adaptation des fonctionnements aux crises sanitaires.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.6

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-6 Consolider la couverture départementale en accueil de jour

Personne référente : Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 30 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Consolider la couverture départementale en accueil de jour :

- permettre un projet durable de maintien à domicile ;
- préparer à une entrée en EHPAD.

Modalités :

- développer la capacité d'AJ en créant quelques places au sein des établissements dans le cadre du projet de service, des unités spécifiques ;
- favoriser la fréquentation du service, en acceptant un fonctionnement plus souple possible ;
- inciter les établissements à mettre en place une organisation des transports adaptées aux besoins des personnes à accueilli ;
- assurer une information sur l'existence et le fonctionnement du service auprès d'un large public de façon régulière ;
- organiser des journées "portes ouvertes".

- s'inscrit dans le projet d'établissement 2020-2025

- proposer une alternative à l'hébergement permanent

Description de l'action :

Dans le cadre du groupe EP'AGE 36, les Centres Hospitaliers de Valençay et Levroux et l'EHPAD de Vatan vont rédiger des projets d'ouverture d'accueils de jour et répondront aux appels à projets de l'ARS. Les établissements autorisés se chargeront ensuite de réaliser : les recrutements, les aménagements, les travaux nécessaires à la concrétisation des projets.

L'accueil de jour permettrait de prendre en charge pour une période d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine, des personnes en perte d'autonomie, et notamment atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée ou d'une autre maladie neurodégénérative, vivant à domicile.

Le Centre Hospitalier de Valençay proposerait un service d'accueil de jour au plus proche du bassin de vie des usagers et des patients

En effet, actuellement 6 services d'accueil de jour couvrent le département sur les secteurs de Châteauroux (16 places), Issoudun (10 places), La Châtre (8 places), Le Blanc (6 places) et Pellevoisin (6 places).

Ainsi, le secteur de Valençay se retrouve éloigné des structures existantes.

L'implantation d'un service d'accueil de jour au Nord du département permettrait de répondre à tous les besoins du territoire.

Aussi le Centre Hospitalier de Valençay mettrait à disposition un service de proximité de six places, à moins d'une demi-heure du domicile des usagers du territoire.

Les prises en charge du SSIAD de Valençay, ainsi que les partenariats développés avec les SAAD de l'ADMR et de familles rurales permettront d'alimenter la file active des services d'accueil de jour du Centre Hospitalier de Valençay.

Identification des acteurs à mobiliser :

Les professionnels de l'établissement : Coordinateur des soins, cadre de santé, médecin coordonnateur, IDE, AS, ASH, animatrice, ergothérapeute, psychologue, ASG, etc.

- Les professionnels libéraux : médecins traitants, infirmiers, S.S.I.A.D, services d'aide à domicile, assistantes sociales, ESA, etc.
- Les aidants familiaux intervenant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ou présentant des troubles du comportement ;
- Les professionnels des structures telles que : l'équipe mobile gériatrique, la plateforme de répit, les services hospitaliers, DAC 36, France Alzheimer, etc.

Pour le C.H. de Valençay, il est envisagé d'implanter le service au rez-de-chaussée du bâtiment Le Nahon.

Moyens nécessaires :

Pour le CH de Valençay :

Réalisation de travaux : un tel projet nécessite l'aménagement de locaux : entrée indépendante, salle à manger, office, salle d'activités cuisine et activités manuelles, seconde salle d'activité, vestiaire, espace soins (bureau - salle de soins), espace détente, salle de bains avec sanitaires, local ménage-linge sale, local stockage, jardin.

Aménagement de l'espace et achat d'équipements nécessaires (matériels et mobiliers)

Achat d'un minibus dédié au transport des bénéficiaires de l'accueil de jour.

Moyens humains :

Le temps en personnel requis correspond à minima à 4,00 ETP.

Besoin d'3,50 ETP d'ASG

Besoin d'0,20 ETP de psychologue

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Cette opération ne peut se faire qu'après validation et autorisation par les autorités.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de personnes suivies en accueil de jour au cours de l'année	0		
Nombre de journées « portes ouvertes » réalisées	0		
Nombre de réunions d'information réalisées sur le territoire	0		
Nombre de contacts avec les collectivités locales, les professionnels de santé...	0		
Nombre de partenariats et de conventions avec les SAAD	2 partenariats (ADMR et familles rurales)		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°4.1

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neurodégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident

Personnes référentes : Médecin coordonnateur, Coordination des soins et Psychologue

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail
 Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie ; Développer le recours à l'évaluation gériatrique en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télémédecine, consultations avancées ; Développer le recours à l'expertise géronto-psychiatrique, favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif...

Description de l'action :

Les syndromes démentiels prennent une place de plus en plus importante chez les personnes âgées. La maladie d'Alzheimer (ou pathologies apparentées) est devenue le principal motif d'institutionnalisation. La prise en charge de ces pathologies démentielles nécessite un personnel formé et spécialisé. L'attitude du personnel de l'équipe joue un rôle fondamental dans la prise en charge de résidents déments. En effet, les soins et l'accompagnement au quotidien peuvent être vécu comme intrusifs, ou au contraire comme bénéfiques. Une attitude d'écoute, d'empathie, et une grande observation permettent d'atténuer les troubles émotionnels. Un accueil en Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) constitue une alternative, permettant de contribuer également au maintien ou à la réhabilitation des capacités des résidents d'EHPAD, ayant des troubles modérés.

1 – Éclairer la prise en charge des résidents par un **partage et une transmission des connaissances cliniques et diagnostiques** des troubles neuro-dégénératifs et des symptômes géronto-psychiatriques. Cela vise un repérage, une compréhension et donc un accompagnement pluridisciplinaire réfléchi, adapté et bienveillant de la personne âgée accueillie en établissement de santé.

2 – **Réaliser des réunions cliniques** régulières auprès des équipes pluridisciplinaires par une proposition d'échange et d'écoute à propos des difficultés rencontrées dans la prise en charge des résidents atteints de MND et/ou présentant des troubles du comportement. Cette proposition de soutien des équipes a pour but d'éviter un épuisement, une perte du désir et du sens porté aux soins et à l'accompagnement prodigués auprès de la personne âgée et permet la pérennité des connaissances transmises en point 1 (ci-dessus).

3 - **Créer un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés :**

Ce PASA permettrait de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, tout en ayant une approche non médicamenteuse et de satisfaire les besoins de la population du bassin de vie de Valençay.

Ce PASA accueillerait, en journée, 12 résidents de l'établissement auxquels seraient proposés des ateliers thérapeutiques animés par une équipe pluridisciplinaire formée à l'accompagnement de la maladie.

L'équipe pluridisciplinaire aurait pour missions de :

- prévenir l'apparition des troubles du comportement dans un environnement convivial ;
- permettre la déambulation des personnes dans un cadre sécurisé ;
- favoriser le maintien de l'autonomie et des capacités des résidents.

Identification des acteurs à mobiliser :

- Les professionnels de l'établissement : médecin coordonnateur, infirmiers, coordinateur des soins, cadres de santé, psychologue, ergothérapeute ou psychomotricien, ASG, etc.
- Les professionnels (médecin traitant, médecin coordonnateur, cadre de santé, psychologue, IDE, AS, ASH, etc.) amenés à dépister et signaler la nécessité d'un accueil en PASA et intervenant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ayant fait l'objet d'un diagnostic et présentant des troubles modérés du comportement.

Moyens nécessaires :

Pour l'EHPAD : Financer 0,20 ETP supplémentaire de psychologue afin d'assurer l'ensemble des missions.

1 – Temps de médecin coordonnateur (à moyens constants), de psychologues et infirmiers (cf : fiche action n° 1.1 « généraliser le projet d'accompagnement personnalisé ») pour se réunir, échanger, mettre en commun et réaliser des supports permettant la transmission de leurs connaissances complémentaires
+ Temps de sensibilisation auprès des équipes dans les cinq unités du CH de Valençay.

2 – Temps de cadre de santé (cf : ETP déjà demandé dans la fiche action établissement n° 4-9 « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage ») et de psychologues pour proposer et mettre en place les réunions cliniques au sein des cinq unités du CH de Valençay (minimum : 2h30/mois = 0h30/mois/unité EHPAD).

3 - Pour le PASA, financer le besoin estimé à :

- 4,00 ETP d'ASG
- 0,50 ETP d'ergothérapeute ou de psychomotricien

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Étape 1 : Se Réunir pour construire les supports de sensibilisation (dernier trimestre 2022)

Étape 2 : Établir le calendrier prévisionnel des sensibilisations avec les cadres de santé (décembre 2022)

Étape 3 : Réaliser les sensibilisations auprès des agents sur l'ensemble de l'EHPAD (année 2023)

Étape 4 : Assurer la pérennité des connaissances grâce aux réunions cliniques (à partir de janvier 2023)

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	Non renseigné		
Nombre d'ASG en ETP	Non concerné		
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	Non renseigné		
Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	Non renseigné		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

- Ration d'encadrement soignant
- Être vigilant quant au potentiel épuisement des équipes soignantes
- Avoir des repères, des connaissances théoriques et cliniques permettant une meilleure compréhension des troubles liés à l'âge, des troubles psychiatriques et de la logique sous-jacente,
- Être à l'écoute de la parole de la personne âgée, de ce qu'elle éprouve et exprime vis-à-vis de ses troubles et de ses symptômes afin de la situer au cœur des soins et de la prise en charge pluridisciplinaire,
- Être attentif aux demandes, désirs, angoisses exprimés par le résident, notamment par l'expression non-verbale, et adapter à partir de cela notre accompagnement,
- Être vigilant à ne pas réduire la personne âgée à son symptôme, à sa maladie et à ses troubles, en retraçant son histoire de vie, ses expériences vécues grâce à l'écoute de ce qu'elle / ou ses proches a à en dire et, ainsi, respecter sa dignité avec bienveillance,
- Requestionner et réfléchir à l'aménagement des lieux de résidence, à la mise en place de stimuli visuels et sonores pour soutenir la mémoire des résidents souffrant de troubles cognitifs, mettre en place des repères temporo-spatiaux clairs et ritualisés pour aider à préserver leur autonomie dans les temps quotidiens et dans leurs déplacements.

La création d'un PASA et son financement sont soumis à validation et autorisation des autorités.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement n° 4-1 bis

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents

Personne référente : psychologue

Date de création : 01/01/2021

Description de l'action :

Augmenter le temps de psychologue pour assurer l'ensemble des missions qui relève de sa compétence.

1 – Missions liées à la **prise en charge psychologique des résidents et de leur famille** :

- Recueillir le consentement de la personne âgée à son admission en EHPAD et s'assurer de son consentement tout au long de son accompagnement,
- Réaliser les Projets d'Accompagnement Personnalisés permettant le recensement des besoins, désirs et demandes du résident et ainsi de le resituer au cœur de la prise en charge pluridisciplinaire,
- Proposer et effectuer des suivis psychologiques individuels réguliers des résidents sur un long terme,
- Réaliser des évaluations thymiques et cognitives auprès des résidents afin d'aiguiller la pratique des équipes de soin
- Mettre en place des ateliers thérapeutiques adaptés aux besoins des résidents : ateliers mémoire de simulation cognitive et sociale, sensoriels, art-thérapie, musicothérapie, etc.,
- Participer aux réflexions pluridisciplinaires quant à la prise en soin des résidents ayant des troubles psychiatriques et/ou troubles du comportement, mettre en lien et faire appel, si nécessaire, aux équipes psychiatriques gériatriques, équipes mobiles de gériatrie, services UHR, UCC, USLD, etc.
- Accompagner les familles des résidents en proposant un accompagnement psychologique (entretiens d'entrée, individuels, groupes de parole)

2 – Missions liées à la **prévention** :

- Réaliser des temps de sensibilisations et de formations auprès des équipes de soins,
- Participer aux réunions pluridisciplinaires liées à la prise en soin des résidents (transmissions quotidiennes, STAFF, réunions EADSP, etc.),
- Proposer et mettre en place des temps d'analyse de pratique en faisant appel à un psychologue extérieur à l'institution, des réunions cliniques interdisciplinaires et des groupes de parole pour les équipes soignantes et d'accompagnement,
- Participer aux réunions institutionnelles de réflexion, d'échange et de discussion (CDU, Commissions des Admissions, Comité de bientraitance et de Réflexion Éthique, RETEX, etc.) pour partager une approche transversale, éthique et analytique,
- Garantir le temps FIR – Formation Information Recherche (comme précisé dans le *Décret 91-129 du 31 janvier 1991* portant sur le statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière et faisant partie du Code Déontologique des Psychologues) pour une actualisation, un questionnement et un partage des connaissances cliniques et diagnostiques que nécessitent l'ensemble des élaborations et actions du psychologue,
- Pouvoir bénéficier de temps de supervision, d'Intervision ou d'analyse de pratiques pour éclairer nos accompagnements divers et variés.

Moyens nécessaires :

Actuellement, le temps de psychologue au Centre Hospitalier de Valençay est 0.70 ETP pour 151 résidents.

Afin de garantir la réalisation de l'ensemble des missions précisées sur cette fiche action, il est nécessaire d'étendre le temps de présence de psychologue à 1,00 ETP pour 100 résidents sur EP'AGE 36.

Soit pour le Centre Hospitalier de Valençay, 0,80 ETP supplémentaire de psychologue pour porter le total à 1,50 ETP de psychologue pour 151 lits.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section dépendance doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.2

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins bucco-dentaires

Personne référente : Coordination des soins

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention

Objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie

Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...)

Développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.

Description de l'action :

Prévention de la dénutrition :

1. Maintenir le suivi des indicateurs nutritionnels par l'équipe de diététique du groupe EP'AGE 36.
2. Renforcer l'implication des référents nutrition :
 - a. Dans le fonctionnement des équipes opérationnelles nutrition,
 - b. Les relations entre les unités d'EHPAD et les services restauration.
 - c. La collaboration avec les diététiciennes dans le recueil des indicateurs de suivi nutritionnels
3. Maintenir les actions de l'InterCLAN au niveau des services d'EHPAD.
4. Soutenir la collaboration entre les diététiciennes et les services restauration : outil de suivi de la qualité des repas et de la satisfaction des usagers.
5. Maintenir les actions contribuant à la réduction du temps de jeun (collation nocturne, petit déjeuner en chambre)
6. Poursuivre le travail engagé sur l'amélioration de la qualité des repas :
 - a. Cycle de menus
 - b. Révision des fiches techniques
 - c. Adaptation des textures
 - d. Evolution de nouvelles propositions d'alimentation : texture tendre, maladies neurodégénératives, menu plus, manger main
7. Elaborer un livret informatif à destination des médecins intervenant sur l'ensemble des établissements du groupe EP'AGE 36 :
 - a. Alimentation thérapeutique proposée pouvant être prescrite
 - b. Textures proposées
 - c. Compléments nutritionnels oraux disponibles dans les différents établissements

Amélioration des soins bucco dentaires :

1. Maintenir le partenariat avec le cabinet dentaire situé au sein du pôle de santé (accessible PMR) pour établir des bilans bucco-dentaires systématiques pour les résidents entrants.
2. Si possible, mettre en place des interventions du dentiste au chevet du résident.
3. Sensibiliser les équipes soignantes : de l'évaluation du besoin à la réalisation du soin, formation action portée par les IDE au sein des structures.

4. Réaliser des soins buccodentaires systématiquement en fonction des besoins des résidents (moyens supplémentaires nécessaires).
5. Contrôler le suivi des soins d'hygiène buccodentaire (intégration dans les plans de soins AS et traçabilité).

Identification des acteurs à mobiliser :

ARS, dentistes libéraux, médecins coordonnateurs, résidents, familles, Coordinateur des soins, cadre de santé, infirmiers(ères), aides-soignants(tes), diététicienne, conseillère hôtelière, responsable restauration et personnel cuisine.

Moyens nécessaires :

Cabinet dentaire engagé dans la démarche

Formation des personnels

Formation du personnel de soins

Formation du personnel de cuisine sur les nouvelles propositions d'alimentation

Financer 1,00 ETP supplémentaire de cuisinier (ouvrier principal) pour mettre en place le manger main sur le Centre Hospitalier de Valençay,

Financer du temps partagé de conseillère hôtelière mutualisé sur Centre Hospitalier de Valençay/ Centre Hospitalier de Levroux/EHPAD de Vatan (cf : 0,40 ETP (CHV) déjà demandé dans la fiche action établissement n° 4-9 « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage »)

Financer 0,20 ETP de diététicienne supplémentaire pour arriver à 1,00 ETP pour Centre Hospitalier de Valençay/ Centre Hospitalier de Levroux/EHPAD de Vatan

Augmentation du temps d'AS (cf : fiche action établissement n° 4-9 « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage »)

Matériel adapté (plateforme de pesée, matériel ergonomique...)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026			
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours		Fin d'Action	
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	Oui				
Nombre de résidents dénutris	49				
Surveillance de la courbe de poids	Oui				
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	81%				
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	Non réalisée en 2020				
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	non				
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	8%				

Difficulté de recrutement de personnel qualifié en restauration

Formation technique des agents de cuisine sur les spécificités de la population âgée

Bonnes pratiques à promouvoir :

Existence d'un coordonnateur restauration sur le groupe EP'AGE 36

Suivi rigoureux des indicateurs de dénutrition

Protocole, prise en charge et suivi des escarres existant et efficient

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.3

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes

Personnes référentes : Médecin coordonnateur, Cadres de santé et Ergothérapeute

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques de chute

Description de l'action :

- Elaborer et diffuser un protocole intégrant la prévention des chutes (+ prise en charge et suivi).
- Systématiser l'évaluation du risque de chute à l'entrée en EHPAD : intervention de l'ergothérapeute auprès de chaque nouveau résident entrant et/ou sensibilisation des équipes soignantes aux outils d'évaluation du risque.
- Proposer des aménagements adaptés en fonction des risques de chute, individuels mais aussi collectifs dans le cadre des projets de restructuration des locaux.
- Intégrer les indicateurs de suivi des chutes dans le suivi des indicateurs de soins.
- Procéder à une analyse des chutes en équipe pluridisciplinaire lors de l'élaboration ou de l'actualisation du PAP ou lors d'une modification du nombre de chute pour un résident.
- Maintenir une information régulière des proches et des familles sur ce risque, les chutes éventuelles et leur prise en charge.
- Développer les ateliers d'activités physiques adaptées.
- Repérer les résidents forts chuteurs pour proposer des alternatives à la contention lorsque c'est possible.
- Améliorer le ratio soignant/résident pour permettre un accompagnement des résidents à risque de qualité.
- Tracer systématiquement le suivi des prescriptions de contention et leur réévaluation.

Identification des acteurs à mobiliser :

Ergothérapeute,
 Médecin coordonnateur,
 Services techniques,
 Équipe soignante,
 Familles,
 Résidents,
 Coordinateur des soins,

Moyens nécessaires :

Financer 0,20 ETP d'APA (activité physique adaptée) sur le Centre Hospitalier de Valençay pour atteindre 1,00 ETP d'APA sur le groupe EP'AGE 36

Temps d'ergothérapeute (à moyens constants),

Financement d'ETP d'Aide-soignant (cf : fiche action établissement n° 4-9 « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage »).

Financement matériel de manutention des résidents et renouvellement des dispositifs de contention

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Protocole de prévention de chutes	Non		
Nombre de chutes prises en charge	419		
Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	0,48%		
Nombre de chuteurs à répétition	51 résidents ont chuté plus de 3 fois		
Protocole de contention	Oui		
Taux de résidents avec contention prescrite	4.5%		
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	Non renseigné		

113 résidents ont chuté en 2020, sur 212 résidents : Soit 53 %.

Points de vigilance :

Recrutement des ergothérapeutes

Démographie médicale (prescription et réévaluation des contentions)

Renouvellement du matériel

Bonnes pratiques à promouvoir :

Evaluation du risque de chute (EGS : CH de Levroux et EHPAD de Vatan)

Intervention des ergothérapeutes dans les services d'EHPAD : Levroux, Valençay, CDGI

EPP contention

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.4

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament

Personnes référentes : Pharmaciens

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 24 réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments

Objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse

Description de l'action :

- Mettre en place un double contrôle des piluliers
- Déployer la conciliation médicamenteuse
- Reconditionner l'ensemble des médicaments en présentation non unitaire ainsi que l'ensemble des fractions de doses
- Déployer les protocoles médicamenteux anticipés et les protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers
- Mettre en place des formations sur la sécurisation du circuit du médicament à destination des nouveaux arrivants
- Mettre en place des formations annuelles à destination des IDE sur la sécurisation du circuit du médicament
- Sensibiliser les agents sur le risque d'erreur lié aux interruptions de tâches et créer des groupes de travail afin de mettre en place un plan d'action spécifique
- Formaliser la liste des médicaments inappropriés chez le sujet âgé et mettre en place des actions afin de sensibiliser les prescripteurs à ce sujet
- Sécuriser le stockage des médicaments et dispositifs médicaux (dispositifs de stockage adaptés, climatisation)
- Promouvoir les déclarations de pharmaco et matériovigilance
- Favoriser la participation de différents professionnels de santé aux comités techniques de l'OMEDIT Centre-Val-de-Loire
- Sensibiliser les prescripteurs sur la juste prescription des antibiotiques (actions de sensibilisation, livret de bon usage des antibiotiques, EPP bon usage des antibiotiques et enquête de prévalence annuelle des antibiotiques, suivi des consommations et des résistances)
- Augmenter le nombre de CREX en lien avec la PECM
- Déployer les actions d'informations/formations des patients/résidents (fiches d'informations, actions de sensibilisation, éducation thérapeutique)

Identification des acteurs à mobiliser :

Pharmaciens, IDE, PPH, RSMQ, Médecins coordonnateurs, CDS, Coordinateur des soins et DSI

Moyens nécessaires :

- Temps dédié de Responsable du système de management de la qualité RSMQ (0,50 ETP pour EP'AGE 36) soit 0,06 ETP pour le Centre Hospitalier de Valençay
- Temps supplémentaire IDE (cf : ETP déjà demandés dans la fiche action n° 1.1 « généraliser le projet personnalisé d'accompagnement »)
- Temps de médecin coordonnateur (à moyens constants)
- Temps supplémentaire de pharmacien 0,20 ETP + 0,05 ETP de remplacement
- Temps supplémentaire de Préparateur en pharmacie Hospitalière (0,50 ETP)
- Achat d'un automate de reconditionnement des formes orales sèches permettant la préparation des doses à administrer
- Climatiser les pièces de stockage des médicaments et dispositifs médicaux

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026			
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	20				
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)	24				
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés	Non Pas disponible	Pas disponible			
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	Oui				
Présence d'un protocole circuit du médicament	Oui				
L'autodiagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	Oui				
Nombre d'écarts	Pas disponible				

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°4.5

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe

Personnes référentes : Equipe Opérationnelle d'Hygiène et Médecin Coordonnateur

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur

Objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins

Axe F du Schéma départemental - L'adaptation du règlement départemental d'aide sociale

Description de l'action :

- Poursuivre la sensibilisation annuelle de l'ensemble des agents de l'établissement et des patients/résidents à la vaccination antigrippale ; le recensement annuel des patients/résidents et des agents volontaires ; la mise à disposition gratuite du vaccin contre la grippe aux agents ; l'organisation de la vaccination des agents directement sur le lieu de travail ; la promotion annuelle de la campagne de vaccination (action portée par la direction, la direction des soins et l'équipe d'hygiène)
- Diffuser le protocole d'organisation de la vaccination antigrippale dans l'établissement
- Réaliser au moins une enquête de prévalence portant sur la grippe saisonnière tous les 3 ans
- Surveiller et communiquer les taux de vaccination antigrippale agents et patients/résidents aux services et différentes instances
- Mettre en place un kit d'urgence délivré par la pharmacie lors de chaque séance de vaccination.

Identification des acteurs à mobiliser :

IDE hygiénistes, praticien hospitalier hygiéniste, médecins coordonnateurs, cadres de santé, coordinateur des soins, IDE, direction, etc.

Moyens nécessaires :

- Temps dédié de praticien hospitalier hygiéniste : (référént vaccination, organisation et coordination de la campagne annuelle, suivi et communication des taux de vaccination, organisation et coordination des actions d'amélioration) (cf : ETP demandés dans la Fiche action établissement n° 4-11 « Maîtrise du risque infectieux)
- Temps d'IDE hygiéniste (cf : ETP demandés dans la Fiche action établissement n° 4-11 « Maîtrise du risque infectieux)
- Temps d'IDE pour la vaccination agent (injection et surveillance) (cf : fiche action 1.1 « Généraliser le projet d'accompagnement personnalisé »).
- Temps de médecin coordonnateur (à moyens constants)
- Temps médecin santé au travail

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle (2020)	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux de résidents vaccinés contre la grippe	90,15 %		
Taux de personnel vaccinés contre la grippe	27,30 %		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Points de vigilance :

- Nécessité de réaliser des sensibilisations annuelles en présentiel dans chaque EHPAD
- Nécessité de varier les modalités de sensibilisation d'année en année afin de ne pas lasser les agents.
- Nécessité d'utiliser des outils pédagogiques interactifs afin d'avoir un impact plus important.
- Nécessité de mettre en place des actions de sensibilisation auprès des patients/résidents qui en ont les capacités cognitives.
- Nécessité de pouvoir contrebalancer les différentes idées reçues concernant les vaccins.
- Absence médecin santé au travail pour suivi des vaccinations des agents

Bonnes pratiques à promouvoir :

- Promouvoir l'information sur la maladie et sur la vaccination antigrippale.
- Promouvoir les actions de prévention de la maladie (port du masque, hygiène des mains).
- Informer sur les bienfaits de la vaccination : présente un bénéfice individuel et induit une immunité collective, intérêt de vacciner les soignants pour protéger les collègues et les patients /résidents.
- Apporter des connaissances approfondies de l'efficacité de la vaccination et de la contagiosité de la grippe (questions /réponses sur les différentes idées reçues sur la vaccination antigrippale)

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.6

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables

Personne référente : Responsable qualité

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur

Objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins

Description de l'action :

Mieux identifier les EIG et les EIGAS et inciter à leur déclaration pour améliorer leur analyse.

Identification des acteurs à mobiliser :

- Coordination des soins et de la gestion des risques
- Equipe d'encadrement
- Equipe soignante
- Cellule qualité Ep'Age36

Moyens nécessaires :

- Temps d'analyse et de formation
- Création ou révision de documents spécifiques
- Modification du process de circuit des FSEI dans les GED

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	Existante mais à réviser	Validation en COPIL Qualité de septembre 2022 et communication sur le flash info qualité	31/12/2022
Protocole de déclaration des EIG	Protocole de déclaration des EI à réviser pour préciser davantage le processus concernant les EIG	Préparation en cellule qualité + Validation en COPIL Qualité de septembre 2022 et communication sur le flash info qualité	31/12/2022

Re-sensibilisation de l'ensemble du personnel	1 fois par an lors de la semaine sécurité patient	Publication trimestrielle dans le flash info qualité du nombre d'EI/EIG/EIGAS déclarés Formation des nouveaux arrivants et sensibilisation lors de la semaine sécurité patient	31/12/2026
Suivi du nombre d'EIG déclarés	1	Augmentation du nombre de déclaration	31/12/2026
Communication du bilan annuel	1	Rapport de gestion/CDU/ CVS/ InterCME	31/12/2026
Répertoire l'ensemble des personnels formés au CREX et les inclure dans les réunions	Non connaissance de l'ensemble des personnes formées	Intégrer l'ensemble des personnes	31/12/2026
Nombre de RETEX formalisés	4	1 au minimum par EIG ou EIGAS	31/12/2026

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Nombre de FSEI déclarées, nombre de CREX réalisés, Nombre d'EIG déclarés.

Sous-déclaration des EI rendant difficile l'identification des EIG.

Promouvoir la gestion des risques au sein des services.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.7

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD

Personnes référentes : Direction de site et service Accueil et Gestion des Séjours

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 20 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD :

- formaliser la procédure d'admission au sein des EHPAD (recherche de consentement, délai de rétractation, personne de confiance, modalités de transfert des résidents) ;
- informer le grand public des droits et obligations des résidents en EHPAD.

Modalités :

- information et formation des professionnels sanitaires et sociaux de l'accompagnement des personnes âgées ;
- mise à jour des différents documents au sein des EHPAD ;
- utilisation des outils existants (dossier d'admission Cerfa, déclaration de la personne de confiance...) et protocolisation dans le strict respect du cadre juridique de l'utilisation des outils numériques de fluidification des "parcours" via trajectoire

Constat :

Dans les faits, les possibilités de recueillir le consentement effectif de la personne et de s'assurer des conditions d'un libre choix sont complexes à mettre en œuvre puisque l'entrée en établissement a souvent lieu en urgence, sans préparation. Aussi, la demande émane fréquemment des proches familiaux, ou des professionnels si la personne âgée est isolée. Cette dernière a souvent des troubles cognitifs ajoutant une difficulté à sa participation au recueil du consentement.

Le consentement libre et éclairé du résident est basé sur le droit à une information claire, compréhensible et adaptée à ses besoins. Afin de limiter une prise de décision entravée par le manque d'information du résident, Il convient de parfaire les modalités d'information établies au regard des documents obligatoires présentant les droits et libertés, le fonctionnement de la structure d'accueil, les prestations proposées ainsi que la tarification et aides sociales possibles.

Description de l'action :

- Développer l'utilisation de Via-Trajectoire
- Optimiser le fonctionnement de la commission d'admission
- Actualiser, communiquer et s'assurer de l'application de la procédure de recherche de consentement
- S'assurer de la remise du livret d'accueil et de son explication systématique auprès du résident et/ou de son représentant légal
- Désigner un référent pour l'accompagnement des professionnels dans le cadre de la recherche du consentement, le suivi et la gestion des problématiques relatives à la présentation des informations sur les droits du résident : personne de confiance, directives anticipées...
- Développer l'accompagnement administratif des familles/résidents (demande d'aide sociale, demande de mesure de protection, etc.)

Identification des acteurs à mobiliser :

Médecin coordonnateur, coordinateur des soins, cadre de santé, IDE, psychologue, service accueil et gestion des séjours.

Moyens nécessaires :

Financer 1,00 ETP supplémentaire d'adjoint administratif mutualisé sur le groupe EP'AGE 36 soit 0,13 ETP sur le Centre Hospitalier de Valençay

Procédures actualisées

Documents d'admission (Cerfa, formulaire de consentement, livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, etc.).

Veille juridique

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Points de vigilance :

Nombreux résidents dans l'incapacité de donner un consentement éclairé

Difficultés d'utilisation de la plateforme Via trajectoire par les usagers

Absence d'unité pour personne vieillissante à profil psychiatrique

Bonnes pratiques à promouvoir :

Réflexion à mener en équipe pluridisciplinaire (processus parcours du patient)

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.8

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS

Personne référente : Président(e) du comité éthique et de bientraitance du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 28 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS :

- veiller à la bientraitance ;
- sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance ;
- insister sur l'importance de l'accompagnement et de la relation humaine dans l'accueil des personnes.

Modalités :

- accompagner les personnels en mettant en place des formations, en veillant à maintenir en adéquation leur tâche et leur qualification ;
- veiller à ce que les CPOM et les projets d'établissement et de service contiennent cette dimension qualitative de l'accompagnement et de la prise en charge ;
- évaluer régulièrement les établissements en leur demandant les actions mises en place pour améliorer la qualité de la prise en charge ;
- vérifier que le droit des résidents et des usagers sont bien respectés.

Description de l'action :

- Pérenniser le Comité en poursuivant l'implication des différents membres, comme acteurs dans le déploiement de la démarche éthique et de bientraitance
- Communiquer autour des travaux du comité éthique et de bientraitance : y compris conduites à tenir et procédures à destination des personnels non soignants et des représentants des usagers »
- Organiser une formation commune à la consolidation des compétences des référents
- Formaliser et transmettre des lettres de missions et feuilles de route pour les référents
- Organiser le tutorat sur l'apprentissage des pratiques en bientraitance au recrutement
- Evaluer et généraliser les bonnes pratiques via le comité éthique bientraitance

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction et encadrement de proximité
 Coordinateur des soins,
 Référents et membres du comité
 Représentants des familles et des usagers

Moyens nécessaires :

Politique d'établissement
 Réunions et si besoin, avis consultatif d'experts
 Formations : démarche éthique, bientraitance

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année			
Nombre de réunions d'information sur la bientraitance			
Rythme des réunions du comité bientraitance	3 réunions/année		

Points de vigilance :

Réseau d'experts à conforter

Bonnes pratiques à promouvoir :

Identification et signalement de situation de non bientraitance

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement n° 4-9

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage

Personnes référentes : Direction de site et Coordination des soins

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Les résidents en EHPAD, pour la plupart poly pathologiques, nécessitent un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne pour suppléer partiellement ou totalement la perte d'autonomie. La PEC requiert par ailleurs, de mobiliser des connaissances en gériatrie (MND, fin de vie, ...)

Or, les effectifs AS attribués par les autorités de tutelles s'avèrent insuffisants et ne permettent pas d'assurer l'ensemble des soins aux résidents. Les établissements du groupe EP'AGE 36, comme beaucoup d'EHPAD, sont confrontés à cette problématique et se trouvent dans l'obligation d'affecter les ASH aux soins afin de compenser le manque d'effectifs AS.

Les ASH assurent par conséquent la fonction d'AS, au détriment toutefois de la qualité des prestations hôtelières et du bio nettoyage dans les résidences.

Description de l'action :

- Mettre en adéquation les moyens AS au regard des besoins de la prise en charge en EHPAD : Obtenir un ratio AS suffisant pour assurer la PEC du résident et ainsi recentrer les ASH sur les missions qui leur sont dévolues, en application de la réglementation
- Engager une réflexion afin de faire évoluer les organisations de travail, avec la mise en place/ la généralisation d'une équipe hôtelière, ayant pour mission de fournir des prestations hôtelières de qualité dans chaque résidence d'EP'AGE 36 (hôtellerie, restauration, lingerie, bio nettoyage, ...)
- Définir et formaliser l'organisation de travail pour chaque service
- Redéployer le temps de travail des ASH après analyse des besoins organisationnels de chaque service
- Elaborer les fiches de poste (agent hôtelier, conseillère hôtelière)
- Identifier et prévoir les moyens nécessaires en équipement, en formations, ...
- Mettre en œuvre la nouvelle organisation
- Evaluer le dispositif et mettre en place les actions d'amélioration

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction générale

Direction de site

Direction des ressources humaines, des relations sociales et de affaires médicales

Direction des finances

Direction des soins et des prestations hôtelières/ Coordinateur des soins,

Direction des affaires économiques, logistiques, des travaux et du développement durable

Autorités de tarification : ARS et Conseil départemental

Cadres de santé

Equipe Opérationnelle d'Hygiène

Moyens nécessaires :**Moyens humains :**

- 1,00 ETP de cadre de santé
- 0,40 ETP de conseillère hôtelière (soit 1,00 ETP mutualisé sur Centre Hospitalier de Valençay/Centre Hospitalier de Levroux/EHPAD de Vatan)
- 30,00 ETP d'AS (pour atteindre le ratio de 0.80 préconisé par l'EHESP) (ETP déjà demandés en mesures nouvelles au BP 2021 : 9,00 ETP sur la section dépendance pour 442 464 € et 21,00 ETP sur la section soin pour 1 032 415 €).

Des moyens matériels :

- Outil numérique (Investissement dans un logiciel de traçabilité du bio nettoyage, ...)
- Équipement : nettoyeur vapeur, auto-laveuse, ...

Formation

Pour garantir une prestation hôtelière de qualité (hôtellerie, restauration, linge, bio nettoyage, ...)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Ratio AS/ASH	1,27 (soit 1 AS pour 1,27 ASH)		
Taux d'encadrement soignant	0,47		

Points de vigilance :

Adaptation des fonctionnements aux crises sanitaires

Moyens humains et matériel indispensables à la fiche action

Bonnes pratiques à promouvoir :

Suivi EOH (hygiène de l'environnement, prévention des risques légionnelles et aspergillaire, HACCP, ...)

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement n° 4-10

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes
4-10 Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA)

Personnes référentes : Direction RH du groupe EP'AGE 36 et coordination des soins

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

- Plan de renforcement de l'accès territorial aux soins (Priorité 1, point 8)
- Stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022) (Axe 4) Stratégie de transformation du système de santé

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé crée l'article L.4301-1 du Code de la santé publique et introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux. La pratique avancée permet ainsi à des IDE d'exercer des missions élargies, dont les différents textes réglementaires spécifient et encadrent l'exercice de l'IPA à présent.

La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

Au regard de la démographie médicale dans le département de l'Indre et afin d'anticiper l'évolution de celle-ci, le déploiement et de développement des pratiques avancées constituent un axe du projet d'établissement 2020/2025 pour les établissements du groupe EP'AGE 36.

La pratique avancée vise à répondre aux nouveaux enjeux d'un système de santé en pleine mutation. La démarche est engagée pour un des établissements du groupe (CDGI), avec l'inscription d'une IDE en formation IPA à partir de septembre 2021.

Description de l'action :

- Identifier le besoin fonctionnel en pratique avancée pour l'établissement
- Intégrer la formation IPA au plan de formation
- Construire le projet professionnel avec l'agent
- Organiser le départ en formation IPA à but d'acquisition de compétences (domaine d'intervention : prévention et polyopathologies chroniques stabilisées, santé mentale)
- Mener une réflexion et définir le cadre d'intervention de l'IPA (conditions et modalités d'exercice, collaboration entre professionnels, liens hiérarchiques et liens fonctionnels ...)
- Rédiger la fiche de poste
- Intégrer l'IPA dans le fonctionnement de l'établissement
- Communiquer auprès des résidents et des familles sur le dispositif
- Mettre en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre médecins et IPA
- Articuler les pratiques du médecin traitant et celles de l'IPA pour pallier l'insuffisance de temps médical

Identification des acteurs à mobiliser :

- Différentes directions
- Médecins coordonnateurs et médecins libéraux
- Groupe de travail interne à l'établissement afin de formaliser le cadre d'intervention
- ARS

Moyens nécessaires :

Moyens humains supplémentaires : 3 ETP mutualisés sur les CHL/CHL/Vatan **soit création d'1,00 ETP d'IPA pour le Centre Hospitalier de Valenciennes**

Moyens financiers : financement de la formation, remplacement de l'IDE en formation d'IPA (2 ans).

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre d'IDE formées aux pratiques avancées	0		
Nombre de résidents suivi dans le cadre de la pratique avancée			
Nombre et nature des prescriptions réalisées			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Adaptation et suivi du fonctionnement

Evaluation du dispositif

Nouveau métier

Moyens humains et financiers indispensables à la fiche action

Commentaires sur le constat de résultat :

Hospitalisations évitées

Fiche Action Etablissement n° 4-11

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes
4-11 Maitrise du risque infectieux

Personnes référentes : Praticien Hospitalier en Hygiène du groupe EP'AGE 36 et IDEH

Date de création : 01/01/2022

Description de l'action :

- Poursuivre la politique de sensibilisation à la vaccination (grippe, COVID-19, rougeole, etc.) auprès des résidents et des agents en organisant des sensibilisations annuelles dans chaque unité ;
- Développer les formations et les sensibilisations en hygiène à destination de l'ensemble des agents de l'établissement mais aussi des résidents ;
- Suivre et gérer les épidémies (mise en place des précautions adaptées, organisation des dépistages, suivi des cas, déclaration des cas) ;
- Suivre le bon usage des antibiotiques (promouvoir le bon usage des antibiotiques, validation pharmaceutique des prescriptions, audits réguliers, formations des prescripteurs, etc...) ;
- Apporter l'expertise en hygiène dans la gestion du réseau d'eau (dont prévention du risque légionnelle), du circuit des déchets, du circuit du linge et pour la gestion des travaux ;
- Accompagner le suivi et la gestion des AES ;
- Participer aux enquêtes annuelles (consommation des antibiotiques et suivi des résistances, bactériémies, consommation de solution hydro-alcoolique) ;
- Répondre aux indicateurs annuels du bilan LIN ;
- Participer à la rédaction des carnets sanitaires et classeurs HACCP ;
- Superviser la réalisation des contrôles microbiologiques des surfaces (cuisines, salles de soins, offices, etc...) ;
- Réaliser annuellement des audits de pratiques ;
- Réactualiser annuellement le DARI ;
- Participer aux inter-CLIN, inter-CAI ;
- Participer aux réunions régionales du RHC-CPIAS ;
- Participer aux réunions de la cellule hygiène du GHT ;
- Compléter et réactualiser l'ensemble de la gestion documentaire en lien avec le risque infectieux.

Identification des acteurs à mobiliser : EOH (IDE et PH hygiéniste), direction des soins (coordinateur des soins), médecins coordonnateurs, cadres de santé, IDER, référents en hygiène dans les services de soins et responsables de services logistiques.

Moyens supplémentaires nécessaires :

- **1,00 ETP de Praticien en Hygiène Hospitalière pour le groupe EP'AGE 36 (soit 0,11 ETP pour le Centre Hospitalier de Valençay)**
- **2,00 ETP supplémentaires IDE Hygiéniste pour le groupe EP'AGE 36 (soit 0.22 ETP pour le Centre Hospitalier de Valençay)**

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Consommation annuelle en antibiotiques (en DDJ/1000 JH)	40		
Nombre d'HDM /24h/résident EHPAD	4,25		

Points de vigilance :

- Nécessité de réaliser des sensibilisations régulières en présentiel dans chaque service (= temps dédié important)
- Nécessité de se déplacer dans chaque service pour la gestion de chaque cas (meilleure évaluation des actions à mettre en place en fonction de l'architecture, meilleure communication avec les agents) = temps dédié important
- Nécessité de se déplacer dans chaque service afin de présenter les nouveaux protocoles (meilleure compréhension et implication de la part des soignants)
- Nécessité de varier les modalités de sensibilisation d'année en année afin de ne pas lasser les agents
- Nécessité d'utiliser des outils pédagogiques interactifs afin d'avoir un impact plus important
- Nécessité de mettre en place des actions de sensibilisation auprès des patients/résidents qui en ont les capacités cognitives

Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°5.1

Axe 5 : Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences

Personne référente : Direction des ressources humaines du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques

Objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie : structurer et développer les dispositifs de formation

Description de l'action :**Bilan de la politique sociale**

Le bilan de la politique sociale a été effectué dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement 2020-2025.

N°	Axe stratégique	N°	Objectif	CDGI	CHV	CHL	EHPAD VATAN	
1	Développer une culture de projet de vie	2	Renforcer les compétences et connaissances des professionnels dans l'élaboration du projet de vie et du projet de soins	X	X	X	X	⊕
2	Continuer le déploiement de la GPMC	1	Valoriser les compétences internes	X	X	X	X	⊕
3	Continuer à améliorer la qualité de vie au travail	1	Faire évoluer les organisations	X	X	X	X	⊖
		2	Répondre aux exigences en matière de santé au travail	X	X	X	X	⊖
4	Poursuivre la coordination entre les établissements de la direction commune et développer une culture commune	1	Professionaliser et spécialiser les secteurs RH	X	X	X	X	⊕
		2	Partager les compétences et valoriser les expertises	X	X	X	X	⊕
		3	Mettre en place une politique de recrutement commune	X	X	X	X	⊖

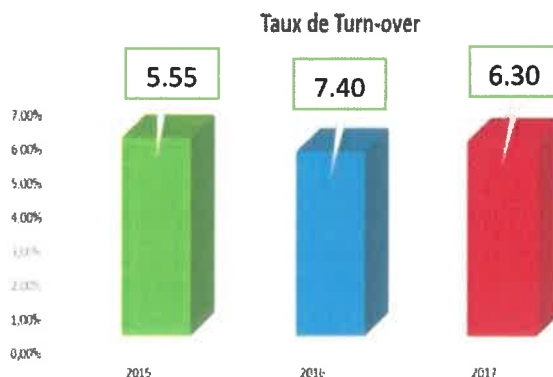
Une politique sociale commune au service de l'évolution des besoins des bénéficiaires accueillis.

- Développement des compétences
- Gestion prévisionnelle des métiers et de compétences
- Qualité de vie au travail
- Coordination de la compétence commune au sein d'une culture commune

La politique sociale, aux indicateurs favorables, mérite d'être renforcée sur la base d'orientations identifiées par les acteurs de terrain.

L'adéquation des ressources à l'activité

- ❖ Le CH de Valençay possède une position basse quant à son taux d'encadrement des lits médico-sociaux lorsqu'on le compare à des établissements de même type.
- ❖ Le benchmark porte sur 8 établissements gériatriques publics et ESPIC. Le CH de Valençay est identifié en rouge :
- ❖ Malgré un ratio d'encadrement assez nettement inférieur à la moyenne de la base de comparaison, le CH de Valençay possède un taux de turnover plutôt faible :



Rappel du projet social et managérial du projet d'établissement 2020/2025

Elément constitutif du projet d'établissement, le projet social et managérial est le reflet de la politique sociale du groupe EP'AGE 36.

Elaboré en concertation avec les représentants des personnels, il permet à l'établissement de définir sa politique de développement social qui vise à assurer l'adaptation des personnels aux évolutions engagées par le nouveau projet médico-soignant et à maintenir une forte dynamique et une cohésion plus grande au sein des équipes.

Pour mener à bien les changements engagés, les établissements ont besoin de s'appuyer sur leurs « ressources humaines » et sur leurs richesses : l'investissement, le professionnalisme et la motivation des acteurs qui assurent au quotidien la prise en charge des usagers et le bon fonctionnement des Institutions.

Le projet social et managérial tient compte de l'histoire et des problématiques propres aux établissements et s'efforce de concilier, autant que faire se peut, l'intérêt de l'Institution et celui des agents qui y travaillent.

Au sein d'un projet global centré notamment sur la compétence et la volonté d'adaptation des métiers aux évolutions des prises en charge, le projet social et managérial souhaite bâtir les fondations d'une politique qui permettra à tous les agents de trouver un intérêt aussi bien professionnel que personnel à l'exercice de leur métier, dans des conditions de travail améliorées, dans le respect de leurs droits et avec la garantie du respect des valeurs qui ont fait leur engagement.

Ainsi, le projet social et managérial mettra en œuvre les outils et méthodes de gestion des ressources humaines permettant l'affectation des bons professionnels au bon endroit, au bon moment. La mise en œuvre d'un plan de formation respectant la réglementation et les bonnes pratiques a pour objectif de participer au mouvement de progrès général tourné vers l'excellence de la prise en charge.

L'unification des pratiques RH entre les établissements du groupe et la mise en place d'une véritable politique managériale, donnant à l'encadrement de proximité des leviers maîtrisés et contrôlés dans l'organisation des équipes de soins, doivent permettre l'épanouissement professionnel et le renforcement de la qualité de vie au travail.

Bien entendu, un programme spécifique dédié à la prévention des risques professionnels et des accidents du travail complétera ces axes. Il passera aussi bien par de l'investissement en matériel que par un dialogue permanent avec les représentants du personnel ainsi que par l'application de modèles organisationnels et hiérarchiques novateurs.

Le projet social et managérial se veut donc global et non pas ciblé, et souhaite développer une politique de ressources humaines plutôt que déployer un simple plan d'actions. L'établissement souhaite que chaque professionnel puisse

participer au développement de son établissement tout en étant acteur de sa carrière, de sa réussite professionnelle et de la solidarité nécessaire entre les membres des équipes.

Objectifs/actions:

Les objectifs et actions suivants, certains en lien avec les lignes directrices de gestion, sont extraits du projet social et managérial :

- Maintenir les acquis et l'autonomie des résidents par le recrutement de compétence en activité physique adaptée
- Développer les pratiques avancées en lien avec la réduction des hospitalisations évitables
- Tendre vers l'augmentation du temps médical salarié en remplacement du temps médical défaillant
- Renforcer le temps médical partagé
- Garantir la coordination des actions dans le cadre du plan de formation
- Renforcer le rôle de l'encadrement de proximité notamment dans la diffusion des compétences acquises en formation,
- Fidéliser les personnels en favorisant l'accès à la promotion professionnelle,
- Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelles en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service,
- Garantir une planification conforme aux organisations définies,
- Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail,
- Partager les compétences et valoriser les expertises,
- Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi.

GPMC (politique de recrutement, stratégie d'accompagnement des parcours de professionnalisation, ...)

La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), démarche intégrée dans le volet RH du projet d'établissement, se traduit concrètement d'une part à travers les entretiens annuels d'évaluation sur GESFORM (côté courant de la GPMC), et d'autre part dans sa partie prévisionnelle notamment au regard de réflexions portant, entre autres, sur les anticipations de départs d'agents et la gestion des compétences « rares ».

La GPMC est aujourd'hui un support incontournable à la mise en œuvre du projet d'établissement : pouvoir apporter au projet les moyens et évolutions nécessaires à son développement, fournir à l'établissement les compétences dont il aura besoin demain, prendre en compte les besoins et attentes des personnels...

Valoriser les compétences internes :

- Former des infirmiers en pratiques avancées
- Constituer un réseau d de référents et d'experts sur des thèmes identifiés
- Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelle en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service
- Améliorer le ratio AS/ASH pour atteindre 70% d'AS
- Définir et négocier une politique de mobilité interne et externe (groupe EP'AGE 36)
- Organiser les modalités de "transfert de compétences" en cas de formation spécifique
- Favoriser l'accès à la promotion professionnelle notamment sur les métiers rares
- Anticiper les départs afin d'avoir moins de difficultés pour les recrutements

Continuer à améliorer la qualité de vie au travail (cf. processus et politique QVT)

La qualité de vie au travail des personnels est une préoccupation indispensable, depuis peu reconnue comme priorité nationale. Né au sein du monde anglo-saxon dans les années 1970, ce concept répond à des ruptures profondes dans l'emploi, mais aussi dans le travail et le rapport au travail. Notre secteur n'échappe pas au processus : intensification en termes de rythme et de charge, réorganisations...

Développer la qualité de vie au travail, c'est être attentif à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de parcours professionnel offertes à chacun et à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Concept transversal, la qualité de vie au travail impacte nécessairement la politique de GRH. Le volet managérial, le guide de la mobilité ou encore une politique de maintien en emploi des travailleurs en situation de handicap font l'objet d'une attention toute particulière.

L'absence de service de médecine de santé au travail, depuis la résiliation des contrats des établissements du groupe EP'AGE 36 par l'AIMSMT, est pénalisant pour l'obligation réglementaire dans ce domaine et préjudiciable pour la QVT des agents, puisqu'aucune prévention ni suivi réel ne sont possibles au regard de leur santé. Là aussi la démographie médicale déficitaire est un frein important. Un projet de service de médecine de santé au travail a été déposé par les établissements du GHT auprès de l'ARS, mais est resté sans réponse à ce jour. En attendant une solution globale pour le territoire, il serait opportun de mettre en place au moins un IDE spécialisé mutualisé pour les 4 établissements du groupe EP'AGE 36.

- Garantir une planification conforme aux organisations définies
- Partager les compétences et valoriser les expertises
- Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail
- Renforcer le développement de la culture gériatrique pour les personnels soignants notamment par la connaissance croisée des métiers
- Harmoniser le positionnement des cadres
- Positionner l'IDE dans l'équipe soignante
- Organiser les changements de service ou d'équipe de soins à une fréquence définie en privilégiant le volontariat.
- Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi
- Mettre en œuvre le plan égalité professionnelle
- Répondre aux exigences en matière de santé au travail

Identification des acteurs à mobiliser :

- Direction des Ressources Humaines, des Relations Sociales et des Affaires Médicales
- Direction de site
- Coordination des soins
- Service RH
- Cadres, responsables de services
- Médecins

Moyens nécessaires :

0,80 ETP supplémentaire d'adjoint administratif au service des Ressources Humaines (partie EHPAD)

1,00 ETP d'IDE de médecine de santé au travail mutualisé sur le groupe EP'AGE 36 au prorata du nombre d'agents (soit 0,11 ETP sur l'EHPAD du Centre Hospitalier de Valençay).

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation 2019	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux d'absentéisme	10.97 %		
Taux d'absentéisme courte durée	0,48 %		
Taux d'accident du travail	0,72 %		
Taux d'ETP vacants au 31/12	1.9 %		
Taux de rotation des personnels	6.25 %		
Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	4.76 %		
Ratio d'encadrement global (IDE/AS/ASH rémunérés par rapport au nombre de lits)	0,51		
Nombre de points GIR par AS	3717 points/AS		
Ratio d'encadrement AS/ASH rémunérés par rapport au nombre de lits	0,459		
Ratio d'encadrement IDE par rapport au nombre de lits	0.05		
Taux de remplacement du personnel	8.78 %		
Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	Oui		
Plan de formation : O/N	Oui		
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS	2		
Organisation comprenant un pool de remplacement	Non		
Nombre de formations qualifiantes	4		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°5.2

Axe 5 : Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

Personne référente : Direction des Ressources Humaines du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 27 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines :

- aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines ;
- mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme...

Modalités :

- formation du personnel ;
- mise en place de bilans sociaux et analyse de ces documents ;
- élaboration de différents tableaux de bord.

Description de l'action :

Mise en place du Rapport Social Unique décret de novembre 2020.

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction des ressources humaines des relations sociales et des affaires Médicales et Service RH.

Moyens nécessaires :

Augmentation du temps dédié au service des Ressources Humaines (cf : 0,80 ETP déjà demandé sur la fiche action n° 5.1 « Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences »).

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2022	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Rapport Social Unique	0		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°6.1

Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)

6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants

Personnes référentes : Direction des affaires économiques, logistiques, des travaux et du développement durable + Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 29 du schéma gériatrique départemental 2017-2022 : Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants :

- mettre aux normes de sécurité et de confort les établissements existants ;
- offrir à la population accueillie des locaux permettant de leur assurer une prise en charge en adéquation avec leurs besoins évolutifs.

Modalités :

- poursuivre l'effort de restructuration et d'adaptation du bâti ;
- retenir les projets de restructuration intégrant les réponses aux besoins des PAD et plus particulièrement dépendantes psychiques.

Description de l'action :

L'adaptation et la modernisation des établissements existants doit permettre de répondre à plusieurs objectifs :

- Restructurer les services d'EHPAD qui ne répondent pas aux normes de confort hôtelier et de prise en charge actuelles (manque de locaux de stockage ou de soins...)
- Adapter les locaux à l'évolution des pathologies des résidents accueillis (PASA, accueil de jour)
- Moderniser et mettre aux normes les bâtiments des services supports pour assurer une meilleure qualité de prestations (SSIAD, administration)
- Mettre aux normes les bâtiments des services d'EHPAD pour assurer une meilleure accessibilité et sécurité
- Améliorer les performances énergétiques des bâtiments

Identification des acteurs à mobiliser :

ARS, Conseil départemental, direction des travaux, Coordinateur des soins, direction des finances, services techniques, AMO, direction générale et de site.

Moyens nécessaires :

Financements à hauteur des travaux prévus

Subvention état département

Subvention PAI/Ségur

Financement complémentaires par le biais d'appel à projets

Les investissements ne pourront être intégrés dans le PPI qu'après la transmission d'un dossier, d'un examen détaillé de leur impact et d'une validation par les autorités de tarification.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Bâtiment Le Nahon(1994)			
Rénover l'EHPAD Le Nahon (façades, huisseries, réfection des sols, peinture des chambres, des circulations, et des salons, chaudières)			
Mise aux normes accessibilité : changement des huisseries intérieures: sas d'entrée, portes, salles de bains	Démarrage des travaux 2021		
Mise aux normes sécurité: Ligne de vie, centrale sécurité incendie, appels-malades, Pompe chloration			
Adaptation des locaux de Dino pour accueillir le SSIAD et les services administratifs	Démarrage des travaux 2021-2022		
Pour connaître la liste exhaustive des indicateurs : se référer au PPI			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Associer les équipes et les usagers dans les choix architecturaux (mise en place de comité de pilotage sur tous les projets associant des agents)

Faire des choix d'équipements et de matériaux durables

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement n° 6-2**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6-2 Couverture du besoin en UHR dans le nord du département**

Personne référente : Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Le nord du département de l'Indre n'est pas doté en UHR. Le département dispose de 2 UHR : 17 lits au sein de l'USLD du CDGI à Châteauroux et 14 lits au sein de l'EHPAD du centre hospitalier de La Châtre.

L'UHR la plus proche de la ville de Valençay est située à 35 kilomètres et se trouve en dehors du bassin de population du pays de Valençay en Berry.

L'offre régionale, 8 UHR en EHPAD et 9 UHR en USLD, est insuffisante. **Faute d'UHR de proximité et de places disponibles sur les UHR de Châteauroux et La Châtre, la population du Pays de Valençay en Berry se trouve démunie face à un besoin d'entrée en UHR.**

La création d'une UHR sur la ville de Valençay permettrait :

- de limiter les flux de populations
- une prise en charge de proximité des patients, des familles et des aidants
- un maillage équilibré du territoire de l'Indre en prenant en compte les spécificités départementales et locales du Pays de Valençay en Berry.

Ce projet s'inscrit dans le projet médico-soignant partagé du GHT ; Filière : prise en charge des troubles cognitifs de la personne âgée ; Axe 4 : renforcer l'organisation de l'offre de soin pour les personnes souffrant de troubles cognitifs sur le territoire.

La démographie des professionnels médicaux et paramédicaux devient insuffisante. Il y a nécessité de consolider les dispositifs et services notamment pour accompagner les personnes en perte d'autonomie. (Extrait du diagnostic local de santé du pays de valençay en Berry).

L'indice de vieillissement est plus élevé dans le pays de Valençay en Berry qu'au niveau départemental, régional et national. Au vu des indicateurs démographiques (vieillesse de la population du territoire de santé), la demande de soins relative aux troubles cognitifs de l'adulte va vraisemblablement augmenter.

Le schéma gérontologique départemental 2017-2022 met en exergue le vieillissement et une dépendance importante des populations accueillies en EHPAD. Les données statistiques du Centre Hospitalier de Valençay étayent ces constats.

Description de l'action :

L'objectif est d'implanter une Unité d'hébergement renforcée (UHR) au niveau rez-de-jardin du CH de Valençay dans le service « La Garenne ». Ce service de 28 lits serait ainsi divisé en deux secteurs distincts : 14 des 28 lits d'EHPAD seraient ainsi transformés en lits d'UHR.

La conception architecturale actuelle permet de répondre aux exigences de prise en charge de cette population, puisque cette unité sécurisée ouverte en 2016 dispose, dorénavant et déjà, de locaux adaptés ne nécessitant pas de travaux importants.

Il suffit de cloisonner la salle de restaurant, sans autres travaux complémentaires.

L'UHR aura pour mission de prendre en charge des personnes diagnostiquées pour une maladie d'Alzheimer ou apparentée, présentant des troubles du comportement sévères dits productifs évalués à partir de la grille NPIES : idées délirantes, hallucinations, agitation/ agressivité, exaltation de l'humeur/ euphorie, désinhibition, irritabilité/instabilité de l'humeur, comportement moteur aberrant.

La file active de l'UHR de Valençay sera alimentée par des personnes âgées en provenance de leur domicile et majoritairement des résidents en provenance d'autres établissements.

Identification des acteurs à mobiliser :

Les professionnels intervenant auprès de personnes présentant des troubles du comportement sévères peuvent être amenés à dépister et signaler la nécessité d'une entrée en structure adaptée :

Les professionnels libéraux : médecins, infirmiers, services d'aide à domicile, assistantes sociales, ESA, etc.

Les professionnels intervenant dans des structures telles que : EHPAD, accueil de jour, équipe mobile gériatrique, services hospitaliers, SSR, etc.

Les professionnels de l'UHR : direction des soins, cadre de santé, Médecin coordonnateur, IDE, AS, ASH, responsable technique etc.

Moyens nécessaires :

Moyens humains : Effectif dédié à l'UHR en ETP (y compris les remplacements des congés et RTT).

Personnel	Effectif en ETP	ETP par redéploiement	ETP complémentaire par création
Médecin	0.10	0.10	
Infirmier	1.5	0.5	1
Psychomotricien	0.35		0.35
Ergothérapeute	0.20	0.2	
Aide-soignant (*)	4.20	4.20	
Assistant de soins en gériologie	4.5		4.5
Psychologue	0.10	0.10	
ASH	2.27	2.27	
TOTAUX	13.22	7.37	5.85

(*) Les agents qui seront affectés à l'Unité d'Hébergement Renforcée bénéficieront d'une formation d'ASG.

Moyens financiers :

Effectif complémentaire dédié à l'UHR en masse salariale (y compris les remplacements des congés et RTT).

Personnel	ETP par création	Rémunération moyenne estimée en € par poste	ETP par création en masse salariale
Infirmier	1	45 000	45 000
Psychomotricien	0.35	43 000	15000
Assistant de soins en gériologie	4.5	40 000	180 000
TOTAUX	5.85		240 000

Nb : Les Compléments de traitement Indiciaire SEGUR ainsi que la prime grand âge n'ont pas été intégré dans les estimations

Travaux : Eriger une cloison pour scinder la salle de restaurant en deux. Montant prévisionnel : 1 000 €

Prévisions Budgétaires :

Un dossier de candidature pour la création d'une UHR en EHPAD a été déposé en février 2018 auprès de l'ARS. Celui-ci présente le projet de manière détaillée et notamment un budget prévisionnel à hauteur de 740 344 € en dépenses et en recettes.

Nb : Les Compléments de traitement Indiciaire SEGUR ainsi que la prime grand âge n'ont pas été intégré dans les estimations.

Projet qui reste à définir (fonctionnement, organisation, financement...) et qui doit faire l'objet d'une validation et d'une autorisation par les autorités.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

A compter de la date d'autorisation d'ouverture de l'UHR, un délai de trois mois sera nécessaire pour mener à bien l'ensemble des actions principales listées ci-dessous et ainsi permettre l'ouverture effective de l'unité dans des conditions optimales:

- Procéder aux recrutements des professionnels suivants : 1,00 IDE, 0,35 ETP de psychomotricien et 4,50 ETP d'ASG ;
- Préparer le redéploiement des professionnels déjà en poste sur site ;
- Préparer les équipes au changement et à la réorganisation ;
- Commander puis réceptionner les équipements et fournitures nécessaires ;
- Procéder au cloisonnement de la salle de restaurant

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Autorisation d'ouverture de l'UHR par l'ARS		Non autorisée		
Accueil des résidents en UHR		Non autorisée		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement n° 6-3**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6-3 Proposer des alternatives à la PEC de nuit des troubles du comportement au domicile**

Personnes référentes : Direction de la stratégie du groupe EP'AGE 36 + Direction de site + coordination des soins + médecin coordonnateur

Date de création : 01/01/2022

Description de l'action :

Aujourd'hui, il existe de nombreuses possibilités d'accueil en journée, permettant de soulager les aidants de personnes atteintes de maladies cognitives. La période nocturne est souvent source de confusion pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. C'est une situation particulièrement éprouvante pour les proches aidants. C'est pourquoi, les établissements du Groupe EP'AGE36 souhaitent développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.

Cette alternative à un hébergement classique permet aux aidants de disposer de périodes de répit visant à prévenir des situations d'isolement ou d'épuisement et prolonger ainsi le maintien à domicile de la personne âgée.

Identification des acteurs à mobiliser :

L'accueil sera réalisé par des assistants de soins en gérontologie (ASG) intervenant successivement de 16 h 30 à 23 h 30 et de 23 h 30 à 9 h 30.

Moyens nécessaires :

L'accueil de nuit offre aux personnes âgées une prise en charge comprenant le transport domicile-EHPAD, la restauration (dîner, petit déjeuner), une surveillance de nuit, une aide à la toilette du matin et à la prise des repas avec des ASG.

Diverses activités seraient proposées aux bénéficiaires, selon leurs besoins et leurs souhaits.

Les modalités de déploiement du projet restent à détailler et les moyens nécessaires à identifier.

Projet qui reste à définir (fonctionnement, organisation, financement...) et qui doit faire l'objet d'une validation et d'une autorisation par les autorités.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action Etablissement n°6-4**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6-4 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel**

Personnes référentes : Direction de la stratégie et des coopérations du groupe EP'AGE 36 + Coordination des soins + Médecin coordonnateur+ direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Les mesures de maintien à domicile sont largement favorisées dans le département ; la limite étant en lien avec la charge de soins, conséquence de la dépendance, ou avec les troubles du comportement aboutissant à une mise en danger de la personne.

Cependant, les personnes âgées souhaitent de plus en plus continuer à vivre à domicile, tout en bénéficiant d'aides adaptées à leurs besoins. Ce constat a notamment été accentué avec la crise sanitaire. Par ailleurs, ce maintien à domicile peut avoir un intérêt thérapeutique pour une personne ayant des troubles cognitifs : les troubles évolueraient moins vite en cas de maintien à domicile (puisqu'il n'y aurait pas de perte de repère).

Le territoire est également bien équipé en matière de lits d'EHPAD « classiques » (le Schéma Gérontologique Départemental 2017-2022 décompte 2 781 places d'EHPAD habilitées à l'aide sociale et 438 non habilitées).

Le groupe EP'AGE 36 possède notamment 965 lits d'EHPAD, 10 places d'accueil de jour, 20 places d'hébergement temporaire, 3 SSIAD, une plateforme de répit pour les aidants et une Équipe Mobile Gériatrique. Ce projet d'EHPAD à domicile permettrait au groupe de poursuivre sa diversification et l'ouverture sur l'extérieur de son offre institutionnalisée afin de proposer des réponses inclusives.

Description de l'action :

Objectif : créer une porte d'entrée unique pour toutes les prestations que l'on peut trouver dans un EHPAD et constituer un centre de ressources territorial.

Par transformation de l'offre existante (lits d'hébergement permanent), les établissements du groupe EP'AGE 36 envisagent donc de créer des places d'EHPAD à domicile (nombre de places et répartition géographique encore à définir).

Des prestations identiques à celles proposées au sein de l'établissement en matière d'hébergement, de dépendance et de soins et ce, en fonction des besoins identifiés pour la personne, seraient proposées aux résidents à domicile, 24h/24 et 7 jours/7.

Ce projet permettrait de :

- Proposer une alternative à l'hébergement permanent en EHPAD pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées en situation de dépendance ;
- Décloisonner l'EHPAD et le domicile (mutualiser les compétences gériatriques, transition progressive en amont de l'entrée en établissement) par transformation de l'offre existante ;
- Accompagner les personnes âgées dépendantes et coordonner leur parcours gériatrique ;
- Diversifier l'offre existante par une alternative innovante ;
- Soulager les aidants ;
- Conserver un lien social et constituer un parcours de vie.

Identification des acteurs à mobiliser :

Réactivation du groupe projet interne à l'établissement (médecins coordonnateurs, direction de la stratégie, directions de site, Coordinateur des soins, coordinatrices des SSIAD).

- ARS et Conseil départemental

Le projet vise également à décloisonner les services relevant du sanitaire et du médico-social. L'établissement support veillera à décrire l'articulation de l'EHPAD à domicile avec son environnement et les partenariats qu'il envisage, notamment avec :

- Le secteur sanitaire (gériatrie, psychiatrie, SSR et HAD, le cas échéant), et en particulier les conditions de transfert ou d'admission en cas d'urgence
- Le secteur libéral, dont médecin traitant et IDE libérales
- Équipe soins palliatifs
- Les structures médico-sociales et sociales (SSIAD, SAD)
- Les réseaux existants sur le territoire

Moyens nécessaires :

- Budget de fonctionnement
- Équipe pluridisciplinaire dédiée
- Plan de formation spécifique
- Outils informatiques adaptés (dossier patient, usage d'outils numériques permettant la coordination et la continuité des parcours de santé, recours à la téléconsultation...)

Projet qui reste à définir (fonctionnement, organisation, financement...) et qui doit faire l'objet d'une validation et d'une autorisation par les autorités.

Calendrier prévisionnel: 01/01/2022 au 31/12/2026

Étape 1 : Elaboration du projet par le COPIL interne (2022)

Étape 2 : Présentation du projet aux autorités compétentes (1^{er} trimestre 2023)

Étape 3 : Ajustement du projet et formalisation des partenariats extérieurs (1^{er} semestre 2023)

Étape 4 : Recrutement du personnel (1^{er} semestre 2023)

Étape 5 : Déploiement du service et communication (2nd semestre 2023)

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

- Stabilité de l'équipe pluridisciplinaire
- Interlocuteur unique chargé de la coordination (gestionnaire-référent)
- Accueil d'urgence et accueil de nuit à prévoir

Commentaires sur le Constat de résultat :



**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
La Roseraie
situé à 14 bis, rue Abel Bonnet – 36210 CHABRIS
N° FINESS : 36 000 2174
2022-2026**

Entre,

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

Le Département de l'Indre,
Dénommé le Département

Adresse : Place de la Victoire et des Alliés – CS20639
Code postal : 36020
Commune : CHATEAUROUX CEDEX

représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental de l'Indre,

L'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire,
Dénommée l'ARS

Adresse : Cité Coligny, 131 rue du Faubourg Bannier
Code postal : 45 044
Commune : ORLEANS CEDEX

représentée par Monsieur Laurent HABERT, Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire,

Et d'autre part :

L'association « Maison de Retraite de Chabris »
Dénommée l'Organisme gestionnaire
pour l'activité EHPAD

Adresse : 14 bis, rue Abel Bonnet
Code postal : 36210
Commune : CHABRIS

représentée par Madame Isabelle LAKHFIF, en qualité de Directrice de l'EHPAD « La Roseraie », personne habilitée par le Conseil d'Administration 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	3
TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat.....	4
Article 2 : Objectifs du CPOM.....	7
TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT	9
Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP	9
Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance	9
Article 3 : Forfait soins.....	11
Article 4 : Tarification de l'hébergement.....	13
Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans	16
Article 6 : Investissements pluriannuels.....	16
Article 7 : Modalités d'affectation des résultats.....	17
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	17
Article 1 : Suivi et évaluation du contrat.....	17
Article 2 : Traitement des litiges	20
Article 3 : Révision et Résiliation du contrat.....	20
Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	21
Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans	21
Article 6 : Renouvellement du contrat.....	21
Article 7 : Evaluation	21
TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM.....	22
• Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé.....	22
• Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire	22
• Annexe 3 - Suivi annuel des objectifs fixés	22
• Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)	22
• Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	22
• Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....	22
• Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM).....	23
• Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat	23
• Annexe 9 - Fiches actions.....	23

Visas et références juridiques

- Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment les articles L312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;
 - Vu** le Code de la Santé Publique ;
 - Vu** le Code de la Sécurité Sociale ;
 - Vu** le Code Général des Collectivités Territoriales ;
 - Vu** la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
 - Vu** le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur HABERT Laurent en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;
 - Vu** la délibération n° CD_20210701_001 relative à l'élection du Président du Conseil départemental ;
 - Vu** le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
 - Vu** le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
 - Vu** le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
 - Vu** le décret N°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
 - Vu** l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
 - Vu** l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 22 mars 2018, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental de l'Indre ;
 - Vu** la circulaire N° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;
 - Vu** l'instruction ministérielle n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de l'Agence Régionale de Santé ;
 - Vu** le Programme régional de santé deuxième génération 2018- 2022 de l'ARS Centre - Val de Loire ;
 - Vu** le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de l'ARS Centre - Val de Loire ;
 - Vu** le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017 ;
 - Vu** l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA 36-0313 et n° 2018-D-2886 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « La Roseraie » à Chabris, géré par l'association « Maison de Retraite de Chabris » à Chabris, d'une capacité totale de 64 places ;
- Considérant** la convention tripartite signée entre le Président du Conseil général, le Directeur Général de l'ARS Centre et le représentant de l'établissement, en date du 28 novembre 2016.

Il a été conclu ce qui suit :

TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Département de l'Indre et l'association « Maison de Retraite de Chabris » gestionnaire de l'EHPAD « La Roseraie » à Chabris, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Présentation de l'Organisme gestionnaire :

Nom du gestionnaire (entité juridique)	Maison de retraite de Chabris
N° FINESS (EJ)	360000517
Président	M. Christian FRANQUELIN
Adresse	14 bis, rue Abel Bonnet – 36210 CHABRIS
Téléphone	02.54.00.40.00
E-mail	mdr.chabris@wanadoo.fr
Statut juridique	Etablissement médico-social privé associatif – Association loi 1901

Les modalités d'organisation de l'entité juridique :

Pilotage par l'association maison de retraite de Chabris.

L'organigramme de l'entité juridique (fonctionnel et comprenant les ETP) :

Voir organigrammes transmis.

Activités de l'entité juridique :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et Nom de l'établissement ou service	Date de dernier renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge	36	EHPAD La Roseraie à Chabris	03/01/2017	64	64
Handicap					
Protection de l'enfance					
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire					
Publics spécifiques					
Autre activité non soumise à autorisation					

Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir le forfait global de soins :

ESMS ou personne morale signataire destiné à percevoir le forfait global de soins PA	EHPAD La Roseraie à Chabris
Caisse pivot de rattachement	CPAM de l'Indre

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

Nom de l'établissement	EHPAD La Roseraie à Chabris
N° FINESS (ET)	360002174
Directeur	Madame Isabelle LAHFIF
Adresse	14 bis, rue Abel Bonnet - 36210 CHABRIS
Téléphone	02.54.00.40.00
E-mail	mdr.chabris@wanadoo.fr
Statut juridique	EHPAD autonome association loi de 1901
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	CDI sous convention collective CCN 51
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarif partiel sans PUI
Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) sous réserve de l'approbation par les autorités de tarification * Sous réserve de l'accord préalable des autorités de tarification	

*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

Capacités de l'établissement et habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Capacités totales de l'établissement EHPAD La Roseraie à Chabris			
Activité	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont habilitée à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	62	62	62
Dont unité sécurisée	13	13	13
Hébergement temporaire (HT) médicalisé	2	2	2
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Accueil de jour (AJ)			
TOTAL	64	64	64

L'EHPAD La Roseraie à Chabris est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Ce CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 du CASF, entre l'Organisme gestionnaire et le Conseil départemental dans les modalités et conditions prévues en annexe 6. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation correspond à la capacité de l'EHPAD, à savoir 62 lits d'hébergement permanent et 2 lits d'hébergement temporaire.

La participation financière départementale à l'EHPAD pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre, est stipulée dans l'annexe 6 précitée et le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de l'Indre.

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

Convention avec la V.M.E.H (Visite des Malades en Etablissement Hospitaliers) Maisons de retraites	01/01/2010
Conventions de partenariats avec des bénévoles intervenant au sein de note EHPAD	01/01/2010
Adhésion au réseau indrien de Médecin d'Urgence	20/09/2012
Convention avec la commune de Chabris pour la Médiathèque municipale de Chabris	01/10/2012
Convention relative aux modalités de coopération avec le Centre Hospitalier de la Châtre	07/11/2012
Convention avec la Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Indre : Disponibilité pour formation des sapeurs-pompiers volontaires	01/11/2013
Convention avec la Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Indre : Disponibilité de sapeurs-pompiers volontaires	01/11/2013
Convention de partenariat avec une structure d'Hospitalisation à Domicile - HAD du Berry	05/12/2013
Convention relative aux modalités de coopération avec l'équipe mobile Gériatrique du centre Départemental Gériatrique de l'Indre	01/01/2014
Convention par la Mairie de Chabris de mise à disposition d'un véhicule communal	01/12/2014
Convention de mise à disposition de terrains communaux de la ville de Chabris	01/12/2014
Attestation de la mairie de Chabris de mise à disposition de locaux communaux en cas d'évacuation de l'EHPAD la Roseraie	17/03/2014
Convention avec COLCHIQUES pour la collecte des Déchets d'Activites des Soins à Risques Infectueux	23/03/2015
Convention relative aux prestations de socio-esthéticienne de l'UDAF de l'Indre	27/11/2015
Convention avec le Centre Hospitalier de Romorantin	30/12/2015
Convention de partenariat avec une structure d'Hospitalisation à Domicile - HAD 41	01/01/2016
Convention constitutive du Réseau de soins palliatifs en région Centre Val de Loire	12/09/2017
Convention avec Cente Hospitalier de VIERZON	02/10/2017
Convention avec la DAC 36	échanges en cours - contact 26/07/21

Article 2 : Objectifs du CPOM

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat sur la base du diagnostic partagé (annexe 1).

Diagnostic partagé

Elaboré au cours de l'année 2021, le diagnostic partagé a permis de mettre en évidence les points forts, les points d'amélioration et les pistes d'actions à partir :

- ✓ d'un bilan des objectifs de la précédente convention tripartite, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe ainsi que du projet d'établissement ;

Cette démarche a permis de déterminer conjointement les objectifs et d'élaborer les fiches-actions jointes au présent CPOM.

Engagements des co-contractants

Les parties s'engagent dans une démarche de maintien et d'amélioration continue de la qualité, en conformité avec la réglementation ainsi que les principes, et les droits élémentaires de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Elles s'engagent également à faire en sorte que la qualité de prise en charge repose sur une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet de service, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, et également dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées.

Les objectifs du présent contrat s'appuient notamment sur :

- ✓ les axes fondamentaux inscrits dans les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017.

L'Organisme gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs du présent CPOM. Les objectifs et les délais de réalisation sont énoncés dans des fiches-actions dédiées annexées au présent CPOM (Cf. annexe 9).

Les axes retenus dans le présent CPOM sont les suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Expression et participation individuelle et collective des résidents	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement 1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; Transformation, regroupement d'établissements renforcement de l'efficacité de gestion Opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopération Développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification 2-2 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes Développement de nouvelles prestations Partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs 3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé 3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée 3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS 3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile 3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents Démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro-Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident 4-2 Améliorer la prévention et la dénutrition, des soins buccodentaires et auditifs et des escarres 4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes 4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament 4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe 4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables 4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD 4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail	5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines
Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)	

TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT

En préalable, il est rappelé que les moyens dédiés du contrat s'inscrivent dans un calendrier budgétaire défini comme suit par le CASF :

- ✓ **Au plus tard le 31 octobre** de l'année qui précède l'exercice concerné, transmission aux autorités de tarification compétentes de l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours. Pour les établissements publics autonomes, transmission à l'ARS des délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité ;
- ✓ Notification des produits de tarification par les autorités de tarification ;
- ✓ **30 jours après la notification des ressources la plus tardive et au plus tard le 30 juin de l'année n**, transmission aux autorités de tarification du cadre normalisé de l'EPRD complet et ses annexes via un dépôt sur la plateforme EPRD de la CNSA ;
- ✓ **Dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt sur la plateforme import EPRD**, validation/rejet du cadre normalisé de l'EPRD complet et ses annexes par les autorités de tarification.

Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (Gir Moyen Pondéré : GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré : PMP) servent de base de calcul pour les forfaits dépendance et soins. Elles sont réalisées de façon simultanée par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Elles sont basées sur la plus récente des évaluations et, au plus tard, le 30 juin de l'année qui précède la conclusion du présent contrat, ainsi qu'au cours de la troisième année (articles R. 314-170 et suivants du CASF).

Le GMP et PMP de l'établissement couvert par le CPOM en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et Nom de PESMS	GMP	Validé le	PMP	Validé le	GMPS (PMPx2.59)+GMP
36 0002 174	500 - EHPAD	708	03/04/2017	187	20/04/2017	1 192,33

Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance

Dépenses couvertes par le forfait global relatif à la dépendance (article R. 314-176 du CASF)

La part du forfait global relatif à la dépendance ne peut couvrir que les charges suivantes :

- ✓ Les fournitures pour l'incontinence ;
- ✓ Les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement,
- ✓ Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- ✓ Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux, dans les conditions prévues au présent article et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, concurremment avec les produits relatifs aux soins,
- ✓ Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- ✓ Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Modalités de calcul du forfait global relatif à la dépendance (articles R.314-172 et suivants du CASF)

Le Forfait Global Dépendance (FGD) de l'hébergement permanent (HP), correspond à l'équation tarifaire suivante :

$$\text{FGD} = \left[\frac{\text{niveau de perte d'autonomie}}{\text{nombre de personnes hébergées}} \times \text{capacité autorisée} \times \text{point GIR départemental} \right] + \text{financements complémentaires}$$

La répartition des résidents par niveau de GIR et la valorisation en points (1 040 points pour un GIR 1 ou 2, 660 points pour un GIR 3 ou 4 et 280 points pour un GIR 5 ou 6) permet de déterminer le **niveau de perte d'autonomie** de l'établissement.

La **valeur du point GIR départemental** est calculée en divisant le total des forfaits globaux dépendance de l'année N-1 de l'ensemble de tous les établissements du département par le total des points de la dernière évaluation du niveau de perte d'autonomie de ces établissements.

Le résultat de cette équation constitue le **niveau de ressource cible**, appelé forfait global dépendance cible.

Le résultat de cette équation est ensuite modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la **capacité de places autorisées et financées**. Toutefois, la décision d'appliquer la modulation au forfait dépendance revient au Département, autorité de tarification compétente.

Des modifications du forfait global relatif à la dépendance peuvent être envisagées pour tout projet nouveau en adéquation avec les orientations du schéma départemental gériatrique, dans le périmètre de l'autorisation, et sous réserve d'une validation et d'une autorisation préalable. Ce type de modification fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Dispositif transitoire de convergence

La réglementation a posé une période transitoire de 2017 à 2023 afin d'amener progressivement (au rythme de 1/7^{ème} par an) l'établissement vers le forfait global dépendance cible sur les bases du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Durant cette période, le forfait global dépendance de l'année « n » est calculé de manière dérogatoire en prenant en compte, entre autres, le forfait global dépendance n-1 et le taux d'évolution annuel arrêté par le Président du Conseil départemental.

Calcul des tarifs journaliers dépendance

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont calculés de la manière suivante :

$$\text{tarif GIR 1-2} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 (\text{nb de jours d'ouverture})} \times 1\,040$$

$$\text{tarif GIR 3-4} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 (\text{nb de jours d'ouverture})} \times 660$$

$$\text{tarif GIR 5-6} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 (\text{nb de jours d'ouverture})} \times 280$$

* nb de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents

Financement du forfait global dépendance

- Le Département de l'Indre finance le forfait global dépendance, déduction faite de :
- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de l'Indre au titre du tarif journalier GIR 5 et 6 ;
 - ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'APA au titre des ressources, recouvrée par l'établissement d'accueil ;
 - ✓ la participation des résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA ;
 - ✓ la participation des résidents qui ont conservé leur domicile de secours dans un autre département ;
 - ✓ la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

A noter que pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident ou pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, - à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour-, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

Pour calculer la part du financement du Département de l'Indre, l'établissement doit fournir, dans l'annexe 4 « activité » de l'arrêté du 27 décembre 2016, la répartition prévisionnelle des résidents par GIR et le nombre de résidents dont le domicile de secours n'est pas dans l'Indre. Ce **document doit être rempli de façon sincère**. Le Département vérifiera la véracité de ces données sur la base des notifications des bénéficiaires de l'APA.

Le gestionnaire de l'établissement se doit d'être vigilant d'une part sur le maintien de son activité et d'autre part sur les droits à l'APA de ses résidents.

Article 3 : Forfait soins

Modalités de calcul du forfait soins

Le forfait global relatif aux soins de l'hébergement permanent (HP) est égal à la somme des éléments suivants (article R314-159 du CASF) :

- ✓ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R314-162 du CASF prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées au point 4/1/1-2. La formule de calcul est la suivante :

valeur du point de l'option tarifaire x GMPS x capacité

La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

- ✓ des financements complémentaires mentionnés à l'article R.314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils peuvent couvrir les dépenses :
 - des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
 - du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
 - des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;
 - des actions de prévention ;
 - des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;

- des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;
- les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R314-159 du CASF est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R 314-160 du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

La dotation soins des autres dispositifs (HT, AJ, PASA, UHR, PFR, autre) est égale à la dotation soins reconductible de ces dispositifs à laquelle est appliqué le taux d'actualisation comme défini ci-dessous. Ces montants viennent s'ajouter à la dotation soins de l'HP pour former la dotation globale de soins de l'établissement.

Evolution annuelle de la dotation soins

Actualisation de la dotation soins :

La dotation soin du CPOM sera actualisée dans la limite des crédits alloués annuellement à l'ARS Centre-Val de Loire. A ce titre, l'ARS appliquera un taux d'actualisation des budgets par ESMS en fonction des directives d'actualisations de la CNSA et du taux d'actualisation de la Dotation Régionale Limitative et du respect de la politique de convergence intra-régionale, tels qu'indiqués dans le Rapport annuel d'Orientation Budgétaire.

Crédits non reconductibles :

Les EHPAD pourront être éligibles à l'attribution de crédits non reconductibles (CNR) selon les besoins recensés et les possibilités de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'attribution des CNR donne lieu à un fléchage précis par l'ARS Centre-Val de Loire qui fait l'objet d'un suivi annuel. L'établissement doit transmettre avec l'ERRD au 30/04/N+1 le tableau de suivi des CNR.

Possibilités de modification de la dotation soins :

- ✓ Projets autorisés en cours de réalisation et inscrits au PRIAC au cours de leur année de mise en œuvre ;
- ✓ Les projets nouveaux proposés, de part et d'autre, en réponse aux besoins exprimés sur le territoire de santé de l'Indre, dans le respect de la réglementation du régime des autorisations en vigueur et sous réserve d'un accord de financement des moyens nécessaires ;
- ✓ Tout projet nouveau, dans le périmètre de l'autorisation, sous réserve d'une concertation préalable et d'un accord de financement des moyens nécessaires.

Ce type de modification fera l'objet d'un avenant au CPOM.

Financements soins pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM

- *Hébergement permanent :*

Forfait global de soins :

FINESS ET	Nom de l'ESMS	Option tarifaire	Valeur de point 2021	GMPS	Capacité de l'HP	Résultat de l'équation tarifaire = dotation plafond = cible 2021	Base reconductible soins au 01/01/2021 avant actualisation et résorption	Ecart à la dotation plafond au 01/01/2021
360002174	EHPAD « La Roseraie »	Partiel	10,48	1 192,33	62	774 728,34	751 333,18	23 395,16

Financements complémentaires :

FINESS ET	Montant de financement complémentaire non reconductible pour le CPOM	Fléchage
360002174	64 861 €	Formation ASG

- Dotation globale au 1^{er} janvier 2021 comprenant l'ensemble des dispositifs :

FINESS ET	HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Dotation globale
360002174	751 333,18	25 338,21					776 671,39

Le montant de la dotation globale indiqué dans le tableau ci-dessus ne tient pas compte ni du taux d'actualisation qui sera appliqué en année N, ni d'une possible revalorisation de la valeur du point, ni des possibles CNR qui pourraient être attribués. Une décision de tarification sera notifiée chaque année par l'ARS Centre-Val de Loire et tiendra compte de l'ensemble de ces éléments.

Article 4 : Tarification de l'hébergement

Cadre général

L'EHPAD est habilité à l'aide sociale départementale. La tarification de l'hébergement permanent et de l'hébergement temporaire relève donc exclusivement de la compétence du Président du Conseil départemental de l'Indre pour les seuls résidents bénéficiaires de l'aide sociale (article L. 314-2 I-3e du CASF).

Dans le cadre de l'habilitation totale, une part de la capacité est tarifée hors tarification à l'aide sociale pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L.342-3-1 du CASF et suivants et D.342-1 et suivants du CASF), en application des modalités prévues au CPOM et à la convention d'aide sociale (annexe 6).

L'établissement peut ainsi choisir de retenir pour l'ensemble des résidents le tarif arrêté par le Président du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'établir un tarif spécifique pour les résidents à titre payant sur délibération du Conseil d'administration. Dans ce cas, il devra appliquer les dispositions indiquées ci-dessous.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le Département prend en charge le coût journalier d'hébergement comprenant :

- ✓ le ou les tarif(s) journalier(s) afférent(s) à l'hébergement correspondant au **socle de prestations**, à savoir :
 - les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;

- les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage y compris celles relatives au blanchissage du linge personnel des résidents, et de nettoyage à l'extérieur concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
 - les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
 - les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;
- ✓ le tarif journalier afférent à la dépendance en GIR 5-6 (ticket modérateur).

Pour **les résidents non bénéficiaires à l'aide sociale** (à titre payant), le prix des prestations à l'hébergement relève de la compétence de l'Organisme gestionnaire de l'établissement (article L. 342-1 et suivants du CASF).

Types de prestations d'hébergement

Les prestations offertes doivent prévoir :

- dans tous les cas un "socle de prestations" comprenant des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage du linge hôtelier et d'animation de la vie sociale (annexe 2-3-1 du CASF) ;
- pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale du Département de l'Indre, les prestations de blanchissage du linge du résident.

Elles peuvent prévoir en supplément du « socle des prestations », d'autres prestations d'hébergement librement acceptées et acquittées par les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Modalités de fixation du ou des tarif(s) pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour la première année du CPOM : (année 2022 qui sera l'année de base zéro)

Dans le cadre de la procédure contradictoire de la première année du CPOM, l'Organisme gestionnaire transmettra au Département au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 ses **propositions** budgétaires et leurs annexes pour la section hébergement. Si le Département demande des compléments, ils devront être transmis au plus tard dans un délai de quinze jours à la suite de la demande.

Parallèlement, le Département procédera à une **démarche dite « vérité des coûts, des prestations »** sur la base du compte administratif des années n-2, n-3 et n-4 et du dernier budget prévisionnel alloué.

Une **rencontre budgétaire** entre les deux parties est ensuite organisée pour valider les propositions budgétaires de l'année n (année base zéro) sur la base de cette double analyse. A l'issue de cette rencontre, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement retenu est notifié à l'établissement par voie postale et/ou voie électronique.

L'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception pour faire connaître son éventuel désaccord en motivant de manière circonstanciée les raisons qui rendent impossible, selon lui, le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir. A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés ci-dessus, l'établissement est réputé avoir approuvé la version proposée par l'autorité de tarification.

Le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de soixante ans et plus¹, est calculé de la manière suivante :

Montants des charges et recettes prévisionnelles de la section = hébergement arrêtés par groupes par le département
activité prévisionnelle de l'exercice

¹ Le tarif appliqué aux résidents âgés de moins de 60 ans est précisé à l'article 5.

Ce tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'Organisme gestionnaire (article R. 314-182 du CASF) afin de tenir compte notamment :

- ✓ du nombre de lits par chambre ;
- ✓ des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- ✓ de la localisation et du confort de la chambre ;
- ✓ de l'accueil temporaire ;
- ✓ de l'accueil de jour ;
- ✓ des coûts liés à la prise en charge des personnes sous protection.

Conditions d'actualisation et de revalorisation des tarifs pour les années suivantes :

Le Département arrête chaque année un taux directeur prévu à l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF. Ce taux ne constitue ni un droit, ni un maximum mais un indicateur. Il s'applique, selon les dispositions des articles L. 313-8 et R 314-40 CASF, sur les dépenses hors charges financières, dotations aux amortissements et éventuellement des indemnités de départ en retraite prises en compte au réel.

Le Département reste attaché au **principe d'une concertation annuelle**. Afin de préparer la rencontre annuelle entre le Département et l'Organisme gestionnaire, ce dernier devra fournir, au plus tard, pour le 31 octobre les documents suivants :

- ✓ Un rapport détaillé et justifié laissant apparaître ses besoins, ses problématiques et l'état de ses demandes ;
- ✓ Une étude financière d'impact et des surcoûts ;
- ✓ Des documents justificatifs.

Cette rencontre permettra de débattre, selon les orientations du Département :

- ✓ Des modalités de fonctionnement de l'établissement ;
- ✓ Des impacts financiers sur la tarification dans le cadre du CPOM ;
- ✓ De l'évolution de la réalisation du Projet Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- ✓ Du projet d'établissement.

A l'issue de cette démarche, le Département pourra soit :

- ✓ appliquer le taux directeur ainsi que la prise en compte des charges financières, des dotations aux amortissements et, éventuellement, des indemnités de départ en retraite ;
- ✓ prendre en compte, en totalité ou partiellement, les demandes spécifiques exprimées et ainsi amender l'évolution du tarif hébergement retenu en année N - 1. Le tarif ainsi établi pour l'année N est arrêté par le Président du Conseil départemental tandis que le tarif libre, si l'établissement décide d'appliquer cette procédure, est fixé par délibération du Conseil d'administration de l'établissement.

Modalités de fixation des prix pour les résidents à titre payant et leur variation

Si l'établissement décide d'appliquer le principe d'une liberté de tarification pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, et en application de l'article L. 342-3 du CASF, le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour passé préalablement à l'admission entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. Ce contrat détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur. Une annexe contractuelle au contrat de séjour décrit l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement, qu'elles relèvent ou non du socle de prestations. Toute modification tarifaire ou de prestation fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

L'ensemble des tarifs doivent être établis et approuvés par le Conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, être communiqués aux résidents ou à leurs représentants légaux et portés à la connaissance du Président du Conseil départemental et du public.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé au 1^{er} janvier de chaque année par arrêté interministériel en application des articles L. 342-3 et D. 342-5 du CASF.

Si l'établissement est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), les prestations correspondant au calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables sont régies par la convention conclue au titre de l'APL. Elles n'évoluent donc pas en fonction de cet arrêté.

Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans

- Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est équivalent (article R.314-188 du CASF) :
- ✓ au tarif moyen journalier afférent à l'hébergement ;
 - ✓ auquel est ajouté la part de forfait global relatif à la dépendance obtenu en divisant ce dernier par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l'établissement.

Ce tarif est affecté aux charges d'hébergement, sur la base du tarif journalier moyen à l'hébergement, et pour le solde, à la couverture des charges de dépendance.

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est arrêté par le Président du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale (ou si le principe de libre tarification est appliqué), le Conseil d'administration de l'établissement fixe par délibération le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Pour l'ensemble des résidents, la part de forfait global relatif à la dépendance est arrêtée par le Président du Conseil départemental.

L'évolution du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement est basé sur celle de la tarification de l'hébergement. Quant à celle du forfait relatif à la dépendance, elle relève des dispositions citées précédemment (article 2 du titre 2).

Article 6 : Investissements pluriannuels

L'ensemble des investissements prévus pendant la période effective du CPOM fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé, pour « l'année de base zéro » du CPOM, par l'ARS et/ou le Département selon leurs compétences respectives.

Le PPI annexé au présent CPOM (annexe 5) est composé d'un état des investissements pour les cinq années du CPOM avec leur date de réalisation, les modes et les durées d'amortissement, le plan pluriannuel de financement actualisé détaillé, le tableau des emprunts et le tableau des surcoûts par section tarifaire.

Le PPI intègre :

- ✓ les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements/charges financières... valorisés dans le tableau des surcoûts par section tarifaire) ;
- ✓ des projets supplémentaires d'investissement (sécurité/mise aux normes/opération de travaux : réhabilitation, restructuration, construction/projet d'établissement...).

Les accords de l'ARS et/ou du Département pourront faire l'objet d'un avenant au contrat en tant que de besoin.

Dans le cadre du passage en Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD), le gestionnaire devra faire apparaître dans les documents à transmettre simultanément à l'ARS et au Département, les impacts des investissements prévus au PPI notamment à travers le tableau de financement par section tarifaire.

Aucun autre investissement augmentant la dotation aux amortissements et les charges financières ne pourra être engagé sans accord des autorités de tarification et, le cas échéant, entraînera une révision du PPI concerné.

Tout surcoût issu de la réactualisation annuelle des PPI pesant sur les budgets d'exploitation devra être financé dans les limites des moyens accordés par chaque financeur (forfait global pour la section tarifaire soins, forfait global pour la section tarifaire dépendance et tarifs journaliers pour la section tarifaire hébergement).

Tout recours à l'emprunt supérieur à un an (art. L. 314-7 du CASF) pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS et/ou du Département (art. L. 314-7 du CASF). Les éventuels frais financiers découlant d'emprunts nouveaux devront être compris dans le PPI et être soumis à validation de l'autorité de tarification compétente.

L'Organisme gestionnaire devra prioriser, tant pour les investissements que pour les financements, les opérations du plan pluriannuel d'investissement, afin que leur consolidation soit globalement équilibrée.

L'EHPAD « La Roseraie » à Chabris a fourni à la date de signature du CPOM un PPI complet (tel qu'énoncé au présent article et selon les dispositions de l'arrêté NOR: SOCA0324061A du 22 octobre 2003). Ce document pourra être actualisé au cours de la durée du CPOM. Dans ce cas, il devra faire l'objet d'une validation par les autorités et d'un avenant au CPOM.

Article 7 : Modalités d'affectation des résultats

Si la libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD, elle doit s'effectuer au regard des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. L'affectation de ces résultats fait l'objet d'un examen par le Conseil d'administration de l'Organisme gestionnaire. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Conformément à l'article R. 314-234 CASF, les résultats excédentaires sont à affecter en priorité :

1. à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2. à un compte de report à nouveau ;
3. au financement de mesures d'investissement ;
4. à un compte de réserve de compensation des déficits ;
5. à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF ;
6. à un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

En conséquence, la couverture des déficits qui reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire, est couverte en priorité :

1. par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affectée à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Toutefois, il est rappelé que conformément aux articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF, l'ARS et le Département pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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.

Par ailleurs, lors de l'étude des projets pluriannuels d'investissement, il sera tenu compte des anticipations réalisées ou non par l'organisme gestionnaire sur les affectations de résultat.

La transmission des documents de l'ERRD mentionnés aux articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, devra être faite au plus tard le 30 avril de l'année n+1.

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 : Suivi et évaluation du contrat

Il est mis en place un comité de suivi et des dialogues de gestion pour le suivi et l'évaluation du contrat.

Le comité de suivi :

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de chaque partie au contrat. Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat. Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'Organisme gestionnaire en cours de contrat dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, notamment :

- ✓ évaluations internes (à fournir un an avant l'échéance du présent contrat) ;

- ✓ évaluations externes ;
- ✓ documents budgétaires et comptables ;
- ✓ suivi des objectifs du présent contrat ;
- ✓ données du tableau de bord de la performance ;
- ✓ bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat.

D'autres documents pourront être joints en tant que de besoin.

Par ailleurs, l'Organisme gestionnaire transmet aux autorités de tarification compétentes, au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné :

- ✓ l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours ;

Le rapport annuel d'étape

Le rapport annuel d'étape établi par l'établissement comprend le bilan de réalisation des objectifs et actions prévus au contrat, permettant d'objectiver d'une année sur l'autre les ajustements proposés et les mesures spécifiques sollicitées.

Il doit être transmis au plus tard au 30 avril de chaque année, dans le cadre de l'ERRD, qui comporte également :

- ✓ Le cadre normalisé de l'ERRD complet et ses annexes : dans ce cadre, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM (Cf. annexe 3).
- ✓ Un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, dont le modèle est fixé par arrêté interministériel, et qui différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
 - Les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement ;
 - Le Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé.
- ✓ Un rapport financier et d'activité qui comprend :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du présent ;
 - L'affectation des résultats ;
- ✓ Le bilan de l'atteinte des objectifs par la mesure des indicateurs et le suivi de leurs réalisations dans les fiches actions (annexe 3 : Suivi et évaluation de la réalisation du CPOM).

Il est accompagné des documents supplémentaires suivants :

- ✓ Le tableau de suivi des provisions, réserves et fonds dédiés par établissement et service ;
- ✓ Le tableau de suivi des crédits non reconductibles de la section soins par établissement et service.

L'ARS et le Département se réservent le droit de réaliser toute vérification permettant de s'assurer de la conformité du rapport annuel.

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,
- ✓ au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

Un ou des dialogues de gestion supplémentaire(s) en cours d'exécution du contrat pourront être organisés dans les cas et les modalités prévus au contrat.

Le **dialogue de gestion organisé au cours de la troisième année** a pour objectif de suivre les engagements des parties. Il doit permettre de rediscuter du CPOM, notamment en cas d'événements exceptionnels et imprévisibles, quels qu'ils soient, et de veiller à son respect. Sur la base du rapport annuel d'étape, il porte notamment sur :

- ✓ l'évaluation de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM ;
- ✓ le degré de réalisation des objectifs sur la base des indicateurs et des résultats attendus ;
- ✓ le contrôle de l'activité réalisée au regard de celui défini dans ce contrat ;
- ✓ la définition de l'activité prévisionnelle pour l'année à venir.

Sur cette base, le comité de suivi se réunit et :

- ✓ 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 ;
- ✓ constate les résultats obtenus et les efforts engagés ;
- ✓ signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices.

Il peut également 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.

Le **dialogue de gestion de renouvellement du CPOM** a pour objectif d'examiner la pertinence de la dynamique de qualité et d'efficacité instaurée et de faire connaître les intentions de chacune des parties quant :

- ✓ au renouvellement du CPOM pour une période déterminée de 5 ans ;
- ✓ à sa prorogation d'un an.

Le comité de suivi se réunit au plus tard 6 mois avant la fin du CPOM et :

- ✓ examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci ;
- ✓ établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de **saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles** (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.

De même, 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 Département ou l'ARS **peut ajouter un dialogue de gestion** supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

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.

Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département

L'ARS et le Département peuvent procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des résidents.

L'Organisme gestionnaire s'engage à faciliter le contrôle par les autorités d'autorisation et de tarification de la réalisation des objectifs, en particulier par l'accès à toutes pièces justificatives, et de la bonne application de la réglementation en vigueur.

Article 2 : 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 (Tribunal Administratif de Limoges, 2 cours Bugeaud – CS 40410 - 87011 LIMOGES Cedex ou Greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4).

Article 3 : Révision et Résiliation du contrat

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du présent contrat impossible, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Conditions de révision

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, de révision des conditions de l'habilitation à l'aide sociale ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir, à titre d'exemples, lors :

- ✓ d'une modification législative ou réglementaire importante ;
- ✓ d'une modification du périmètre du CPOM ;
- ✓ de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier ;
- ✓ d'une modification des modalités de tarification ;
- ✓ pour la validation d'un PPI initial ou actualisé ;
- ✓ du changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat ;
- ✓ pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que des missions qui lui sont confiées ;
- ✓ pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- ✓ pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Département destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat ;
- ✓ ...

L'autorisation de gestion ayant été accordée au nom du gestionnaire, toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

En cas de cession de son activité, et sous réserve du transfert de l'autorisation par les autorités de tarification, le cessionnaire reprendra l'intégralité des engagements souscrits dans le contrat et ses avenants successifs. Le contrat continuera alors de plein droit.

Conditions de résiliation

Le présent contrat pourra être résilié :

- ✓ de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- ✓ de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- ✓ de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;

- ✓ avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, pour prise d'effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM à la convention tripartite pluriannuelle signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 28 novembre 2016

Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2022 et dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Article 6 : Renouvellement du contrat

Au plus tard, six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant afin d'arrêter les conditions dans lesquelles le contrat peut être renouvelé. Au vu du dialogue de gestion de renouvellement par le comité de suivi, une décision de renouvellement ou de prorogation du CPOM est arrêtée.

Article 7 : Evaluation

Suite au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la transmission des évaluations internes et externes a été supprimée. En application du 7° de l'article 1er dudit décret, il est convenu de réaliser une évaluation quinquennale de la qualité des prestations délivrées par l'EHPAD dont les résultats devront être transmis aux autorités de tarification au plus tard le 31 mars de la cinquième année du CPOM.

TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires.

1. Annexes obligatoires et communes à tous les CPOM

Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **Annexe 3 - Suivi annuel des objectifs fixés**

Cette annexe est actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Elle fait partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM pour suivre leur évolution. Elle est actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

- **Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

- **Annexe 5 - Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)**

Cette annexe précise les principaux investissements prévus à la date de signature du CPOM pour les cinq années suivantes.

2. Annexe obligatoire pour les établissements concernés habilités

Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

- **Annexe 6 - Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**

3. Documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services

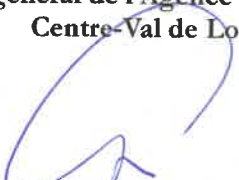



Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 7 -** Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)
- **Annexe 8 -** Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat

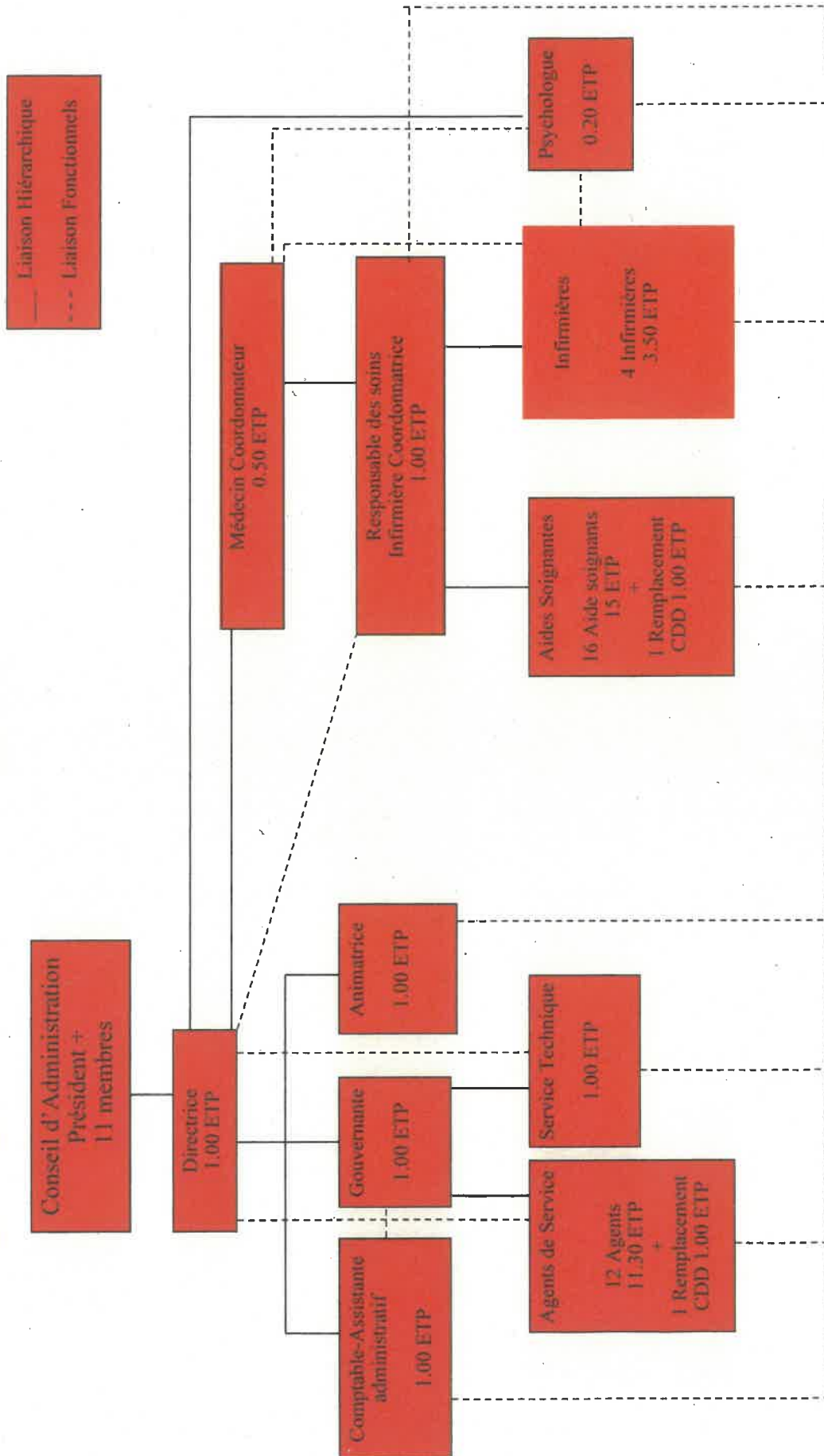
4. fiches actions

- **Annexe 9 -** Fiches actions

Fait en 3 exemplaires originaux,
A Châteauroux, le **17 MARS 2022**

<p>Pour l'Agence Régionale de Santé, Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire</p>  <p>Monsieur Laurent HABERT</p>	<p>Pour le Département de l'Indre, Le Président du Conseil départemental de l'Indre</p>  <p>Monsieur Marc FLEURET</p>
<p>Pour l'Organisme gestionnaire/l'établissement, La Directrice de l'EHPAD « La Roseaie » à Chabris</p>  <p>Madame Isabelle LAKHIFIF</p> 	

Organigramme de l'EHPAD La Roseraie Chabris





FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360002174

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

Sources de financement	Assurance maladieCD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M22 bis	Date d'ouverture	01/10/1970
Option tarifaire	tarif partiel / GMPs sans PUI	Autorisation spécifique	Unité spécifique Alzheimer
CPOM en cours	NON	Signature CTP	OUI
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2022	Date d'effet de la CTP	28/11/2016
Date d'échéance du CPOM	01/01/2027 (Calendrier prévisionnel)	Date d'échéance CTP	28/11/2021
Partenaires signataires du CPOM		Groupe homogène	EHPAD de 60 à 99 places
Etablissement mono-site	OUI	Date de construction	19/10/2019
Etablissement mono-bâtiment	OUI	Nature du droit	PROPRIETAIRE
Nombre de sites		Superficie des locaux	3050 m2
Contraintes architecturales	NON	Superficie des terrains	2150 m2
Nombre de chambres individuelles	64	Places installées / autorisées	64

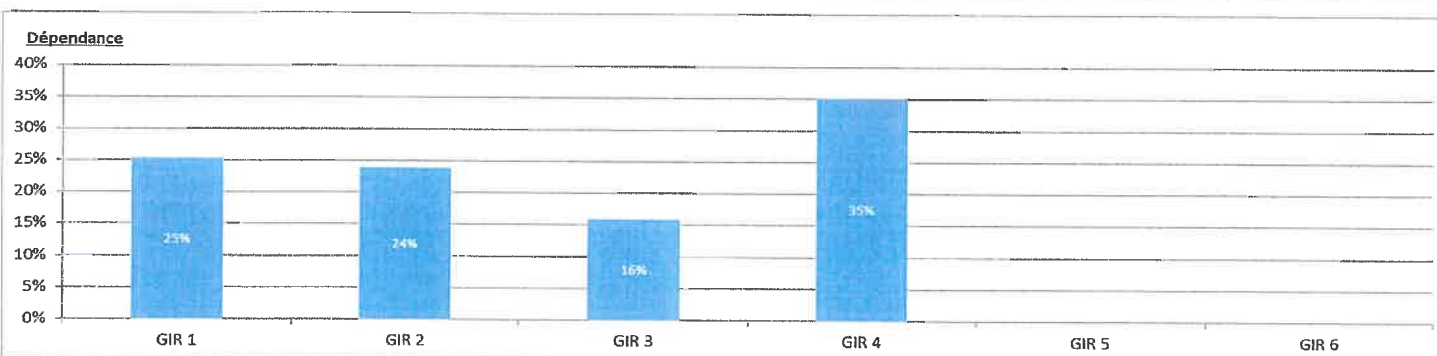
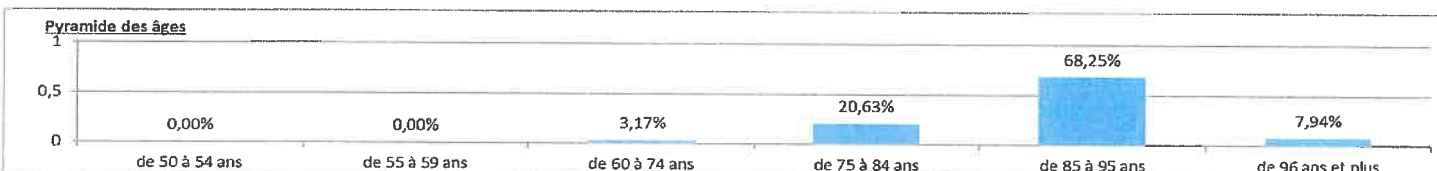
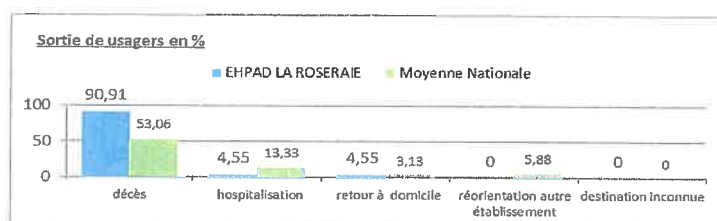
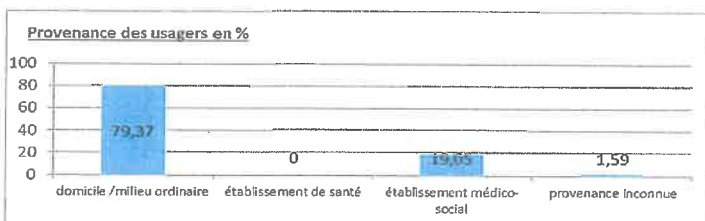
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
100%	98%	61	5,00%	8,72%	7,00%	51,04%	98%	71,69%	9,77%	0	25/04/2017

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE		CAPACITE INSTALLEE			64
						Acc temporaire PA	Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appar	
360002174	P	EHPAD	EHPAD LA ROSERAIE	36210	CHABRIS		Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appar	2
360002174	P	EHPAD	EHPAD LA ROSERAIE	36210	CHABRIS	Acc. Personnes Âgées	Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appar	13
360002174	P	EHPAD	EHPAD LA ROSERAIE	36210	CHABRIS	Acc. Personnes Âgées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	49

ACTIVITES

Taux d'occupation							Coupes d'évaluation			
Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2018	2019	2020	2021		Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance
Permanent	366	62	98%	99%	99%		GMP	0		⬆️
Temporaire	366	2	54%	51%	58%		PMP	0		⬆️
Ac. de Jour										

	Établissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	37,9	30,88	31
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	0,11	2,22	1,92
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		9,52%	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		6,45%	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,00%	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		1,13%	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		12	
File active des personnes accompagnées sur la période		93	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	OUI	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération Inter-établissements :	CONVENTION	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement :	62

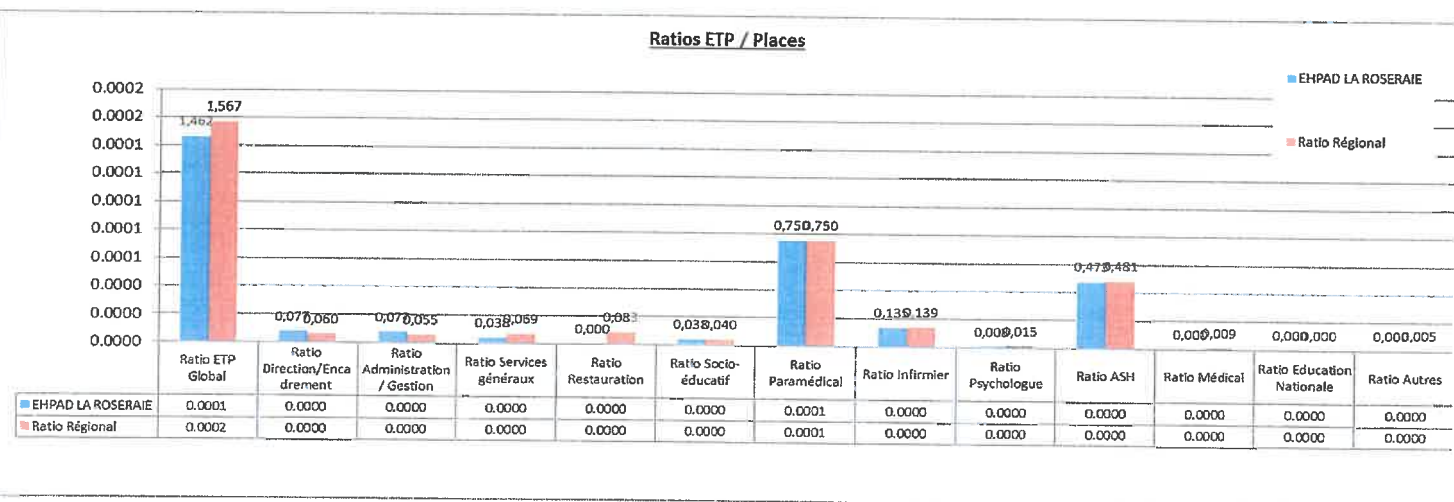
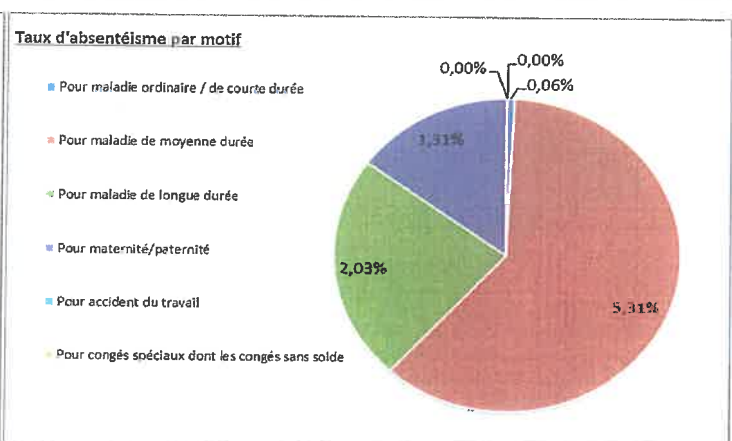
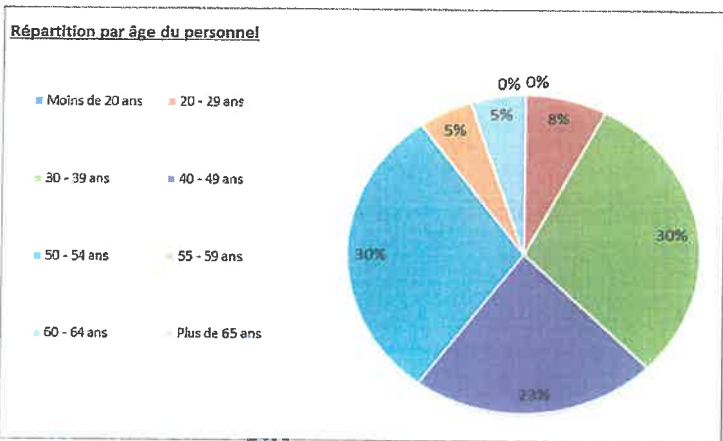
RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
38,00	2,00	2,00	1,00	0,00	1,00	19,50	0,20	12,30	0,00	0,00	0,00

	19,50	3,50	0,00	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
--	-------	------	------	-------	------	------	------	------	------	------

	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
--	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Minimum règlementaire :										0,50



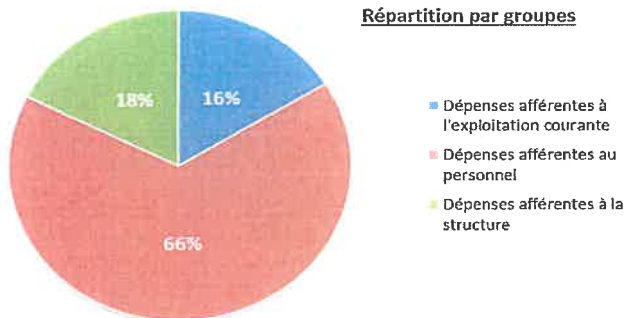
Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	1,30%	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	8,72% (10,76% National)
Taux de prestations externes en %	0,00%	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	5% (12,5% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	7,89%	Nombre de CDD de remplacement	61

BUDGET & FINANCES

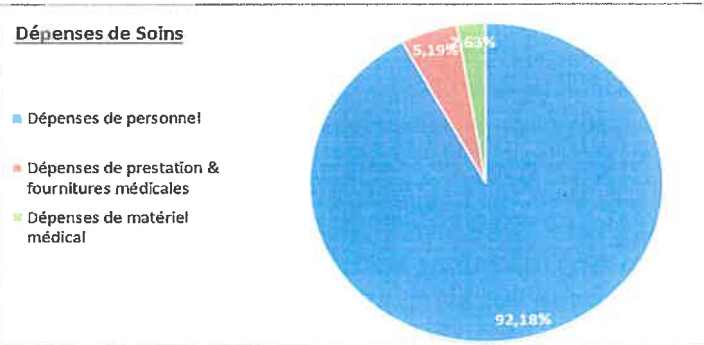
	Charges*		Produits*		
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	15,58%	386 298	2 219 434	93%	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	66,67%	1 653 465	55 859	2%	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	17,76%	440 467	118 859	5%	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit	-86 078	2 480 230	2 394 152		Excédent
Marge Brute		9,77%	6,10%		CAF

* données ERRD 2018

Répartition par groupes



Dépenses de Soins



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1	0	Taux de prestations externes	0,00%
Base soins actualisée / Plafond	99%	Montant de Convergence Plafond soins	45 606 €

* données 2019

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE

Thèmes & intitulés	2017*	2018*	Mode de calcul
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	0%	0%	$\frac{\text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)} \times 100}{\text{Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés)} + \text{Immobilisations nettes amortissables} + \text{Dettes financières à moyen et long terme} + \text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)}} \times 100$ CAF
1.2. Apurement de la dette (>2)	0,00	0,00	
1.3. Durée apparente de la dette	0,00	0,00	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations			Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants
Construction	43%	47%	
Installations techniques, matériel et outillage Autres immobilisations corporelles	89%	69%	
	79%	78%	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation			FRI ou FRE ou FRNG x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	-20	-41	
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	138	126	
Fonds de roulement net global (FRNG)	694 942	514 840	
Besoin en fonds de roulement	-270 828	-341 144	
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation			BFR x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Montant de Trésorerie	965 770	855 984	
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	164	142	Trésorerie x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	0	0	
			Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	0	0	$\frac{[\text{Stocks (solde débiteur classe 3)}] \times 365 \text{ j.}}{\text{Total des consommations (comptes 601 à 603)} + \frac{[\text{Solde débiteur comptes 41}] \times 365 \text{ j.}}{\text{Total des produits (comptes 70 et 73)} + \frac{[\text{Solde créditeur comptes 401}] \times 365 \text{ j.}}{\text{Total des charges (comptes 60 à 62)} + \frac{[\text{Solde créditeur comptes 43 et 44}] \times 365 \text{ j.}}{\text{Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)}}}$ CAF x100
4.2. Créances (< 30 j.)	5	7	
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	57	62	
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	155	148	
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	8,16%	5,94%	Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)
Réserve de compensation des déficits	55 000	55 000	
Réserve de compensation des déficits en %	2,22%	2,22%	Réserve de compensation des déficits Total classe 6
Fonds dédiés	303 963	342 129	
Produits constatés d'avance	0 €	0 €	

* données ERRD 2018

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	19/10/2019
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	14/03/2015
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	15/10/2019
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Salle de soins Salle de pesée
Organisation des transports	EN EXTERNE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	0		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	0	Accessibilité au transport collectif	NON

DEMARCHE QUALITE

Livret d'Accueil	Règlement de Fonctionnement	Contrat de séjour	Conseil de la vie sociale
0 30/03/2020	Oui 23/07/2020	Oui 23/07/2020	Oui 16/01/2018
Charte des droits & liberté	Personne Qualifiée	Projet d'Etablissement ou de Service	Date dernière Evaluation Interne Externe
OUI	OUI	Oui 25/04/2019	6/7/20 15/10/14

	INTERNE		EXTERNE	
Prochaine Evaluation	07/2025	ESMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2022	10/2021	Prochaine Evaluation

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
	OUI	OUI	NON		NON

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins

Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
CONVENTIONS COLLECTIVES - CCN de 1951	Diplôme niveau 4 ou 5

Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
	OUI

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	oui	oui	cellule qualité
Nombre de réunions par an	5	9	
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	oui	oui	
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	non	non	
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	non	non	
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	non	non	
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	non	non	
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)	oui	oui	

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	oui	oui	
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	oui	oui	
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	oui	oui	
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	oui	oui	
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	oui	oui	

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2	
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	non	non	réélection pas pu être organisée en 2020 car crise sanitaire
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	oui	oui	groupes d'expression + questionnaires de satisfaction
Si oui, laquelle			
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	oui	non	Fréquence de réalisation de l'enquête : 1 an à 1 an 1/2
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	oui	non	

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	non	non	
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	oui	oui	si possible
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	oui	non	

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	64	64	
Nombre de chambres doubles	0	0	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	21	21	
Superficie minimale et maximale des chambres doubles	nc	nc	
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	64	64	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	oui	oui	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	oui	oui	
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	oui	oui	
Liaison froide (Oui ou Non)	non	non	
Liaison chaude (Oui ou Non)	oui	oui	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	oui	oui	
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)	oui	oui	
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	oui	oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	oui	oui	pour les aversions alimentaires et les dégoûts
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)	oui	oui	
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	oui	oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	oui	oui	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	oui	oui	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	non	non	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	oui	oui	Société Kalhyge
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	non	non	
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	non	non	
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	oui	oui	Société Kalhyge
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	oui	oui	
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	non	non	
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	non	non	
Périodicité du ménage dans les chambres	2 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois ch complète + 1 fois vérification
Périodicité du ménage dans les locaux communs	tous les jours	tous les jours	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)	oui	oui	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	oui	oui	limité aux lieux communs des étages



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

*A remplir par l'établissement**A remplir par l'établissement*

Outils de la loi 2002-2

Outils de la loi 2002-2

Le livret d'accueil

Le livret d'accueil intègre toutes les informations nécessaires (Directives anticipées, les tarifs, la personne de confiance, documents administratifs, le trousseau linge, la médiation - personnes qualifiées-...). En 2020, certaines informations ont été complétées : les noms et fonctions des personnes dirigeantes, la loi concernant l'informatique et libertés, les assurances souscrites, les personnes constituant la commission des menus, l'accès au dossier personnel, la liste des documents remis à l'admission (la charte des droits des personnes âgées, le règlement de fonctionnement, le livret de bienveillance, le contrat de séjour, l'état des lieux, le droit à l'image, la fiche sécurité, l'autorisation pour le DMP ...)

La formalisation sur les groupes d'expression des usagers ou CVS est préparée mais en attente des élections (la crise sanitaire n'a pu permettre la mise en place de ces élections).

Le livret d'accueil est présenté aux usagers.

La charte des droits et libertés

Outre sa remise à l'entrée du résident, elle est affichée dans le hall.

Le contrat de séjour

Le contrat de séjour est formalisé et a été validé par le conseil d'administration en Juillet 2020.

Le règlement de fonctionnement

Le règlement de fonctionnement est formalisé et a été validé par le conseil d'administration en Juillet 2020.

Le conseil de vie sociale (CVS) ou autres formes de participation

La dernière réunion du CVS était en 2018. Le CSV ne s'est plus réuni faute de participants.

En 2020, la directrice a fait un appel à candidature et a organisé des élections qui n'ont pu se tenir à cause de la crise sanitaire et donc sont reportées à une date ultérieure.

Cependant, l'animatrice réalise des groupes de parole (1 fois par semaine). En cas de mécontentement, les informations sont remontées à la direction pour définir une amélioration.

La participation des usagers aux commissions menus (1fois/trimestre)

La personne qualifiée (article L.311-5 du CASF)

Outre la remise de la liste à l'admission, ces personnes sont affichées dans le hall.

*Le contrat de séjour, le règlement de fonction et livret d'accueil ont été mis à jour en 2020 et validé par le conseil d'administration en date du 20/07/2020, ils seront remis à jour en 2021 suite à vos recommandations, soumis au CVS dès sa constitution et validés par le Conseil d'Administration. Dès lors, ces outils vous seront retransmis. *Notre projet d'établissement 2021/2025 a été finalisé le 08/01/2021 et sera réactualisé dès que besoin.

Points Forts

Axes d'Améliorations

<p>Projet personnalisé</p> <p>Le Projet de Vie Individuel (P.V.I.) est réalisé dans les 6 mois. Il comprend les objectifs de prise en charge.</p> <p>Le dossier informatisé du résident permet de recueillir les données à son arrivée dans les transmissions à partir des constats de l'équipe présente. L'Infirmière coordinatrice (IDEC) rencontre le résident et ses proches (personne de confiance et ou référent familial) pour recueillir leurs attentes. Ce recueil est fait lors d'un échange oral avec l'IDEC. Afin de faciliter l'expression des proches, une trame de pré-proposant des attentes pourrait être remise.</p> <p>Ces personnes sont les interlocuteurs principaux, ce sont elles qui seront contactées en cas de besoin.</p> <p>L'établissement constate que les compétences en gériatrie et psychogériatrie ne sont pas suffisamment disponibles pour permettre de formaliser des PVI parfaitement adaptés aux personnes atteintes de détérioration intellectuelle. Les objectifs qui en découlent sont formalisés au sein de la trame du PVI suite à un échange pluridisciplinaire. Les actions à développer ainsi que les échéances de réévaluation sont déclinées des objectifs.</p> <p>Le PVI est présenté au résident qui donne son consentement. Sur accord du résident, le PVI est aussi présenté aux proches (cette validation est notée sur le document). Le PVI n'est pas remis au résident ni à ses proches sous forme papier.</p> <p>A la date anniversaire du résident ou avant si nécessaire, les objectifs sont repris et réévalués.</p> <p>Le référent n'est plus un rôle utilisé pour plusieurs raisons : les modalités de désignation des référents ne correspondaient pas au fonctionnement et le turn-over dû à la raréfaction des compétences médicales et soignantes sur le marché de l'emploi.</p> <p>L'IDEC assure le rôle de coordination du PVI.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Cibler les objectifs du PVI afin d'assurer un meilleur suivi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Obtenir l'accord du résident sur l'avenant au contrat de séjour (PVI) par sa signature</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Remettre en place la notion de référent de résident pour assurer une meilleure définition et faciliter le suivi des PVI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Veiller à adapter les PVI aux résidents atteints de détériorations intellectuelles (par l'intervention de professionnels compétents gériatrie et psycho-gériatrie)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Formaliser une trame à transmettre aux familles pour recueillir leurs avis et attentes en vue de l'élaboration et l'évolution des PVI</p>
<p>Projet de soins</p> <p>Le dossier du résident</p> <p>Le dossier du résident est informatisé (logiciel TITAN).</p> <p>Chaque dossier est individualisé et intègre toutes les informations nécessaires à la bonne prise en charge. Les règles de bonne tenue et d'accès sont établies.</p> <p>Le plan de soins et d'aide aux actes de la vie quotidienne ainsi que les actes techniques sur prescription font l'objet d'une validation. Seuls les médecins accèdent à la prescription.</p> <p>La tenue du dossier intègre les obligations réglementaires découlant de la loi du 4/3/2002 en ce qui concerne l'accessibilité aux informations. Ainsi le résident peut demander l'accès à son dossier selon une procédure définie.</p> <p>La conservation des informations est faite de façon sécurisée.</p> <p>La durée d'archivage respecte la législation et l'élimination des dossiers se fait dans des conditions respectant la confidentialité et en partenariat avec les archives départementales.</p>	<p>Projet de soins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Transmettre à la famille un écrit sur le rôle du référent familial</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informer les résidents et les familles sur les risques liés à l'automédication comme les risques liés au tabac et l'alcool afin d'avoir des comportements responsables</p>

Projet de soins	Projet de soins
<p>La prévention et la prise en charge de l'incontinence Il existe un bilan étiologique pour chaque personne présentant un problème d'incontinence. L'indication d'un système absorbant pour chaque résident incontinent concerné se fait de façon concertée en équipe pluridisciplinaire. Les systèmes sont adaptés avec le prestataire. Le changement de protections est effectué régulièrement selon des documents formalisés (logiciel) spécifiques à chaque résident concerné. Les résidents identifiés à risque font l'objet d'un suivi renforcé et sont accompagnés aux toilettes régulièrement. Toutefois, la nuit, si le résident dort, il n'est pas réveillé pour le changer (sauf en cas d'état cutané dégradé). La qualité du sommeil est privilégiée grâce à un matériel absorbant adapté aux besoins.</p> <p>Le recours à la contention physique Toutes les contentions font l'objet de prescription par les médecins traitants. Elles sont incluses dans le dossier du résident. La prescription initiale de barrières de lit est faite pour un mois puis un an. Toutes les autres formes de contention font l'objet de prescription hebdomadaire puis mensuelle en cas de poursuite. Toutes les contentions sont surveillées quotidiennement (tracées dans le dossier) et au besoin une demande de réadaptation est faite au médecin.</p> <p>La prise en charge de la douleur Des échelles (ALGOPLUS et DOLOPLUS) sont utilisées pour l'évaluation. Les médecins font des prescriptions en si besoin. Il existe un protocole d'administration d'antalgique en cas de douleur puis appel du médecin. En cas de besoin, des consultations douleur peuvent être proposées à l'extérieur de l'établissement pour adapter un traitement. Sur la semaine qui suit un état algique, une surveillance évaluative est réalisée. Le résident reçoit une information si son état le permet. La prise en charge de la douleur est tracée sur TITAN.</p> <p>La prévention et le traitement des escarres La prévention et la prise en charge des escarres font l'objet de protocoles et de suivis spécifiques. Une information/formation des professionnels concernant l'identification et l'accompagnement des résidents à risque est réalisée. L'établissement utilise du matériel de prévention (matelas, changement de position ...) et de traitement des escarres adaptés. La politique de prévention de l'établissement en termes de soins, de matériels et de formation adaptés permet d'éviter toute constitution d'escarres.</p> <p>La prise en compte de la détérioration intellectuelle L'unité comportementale à Vierzon reçoit des résidents de l'EHPAD au besoin. La psychologue de l'établissement peut établir un bilan cognitif. Des aides-soignants sont formés ASG (assistant de soins en gérontologie), d'autres en troubles du comportement et maladies apparentées Alzheimer. L'établissement possède une unité fermée et sécurisée de 13 places.</p> <p>La prévention et le signalement des chutes L'évaluation du risque de chute est réalisée à l'entrée, après une hospitalisation ou un alitement prolongé. Le kinésithérapeute réalise un bilan qui propose le matériel adapté (déambulateur avec ou sans roulette, cannes). La nature des sols est adaptée, l'encombrement au sol est réfléchi, en cas de ménage des panneaux sont positionnés. Les résidents ont des chaussures adaptées. Les chutes sont analysées au fur et à mesure. L'équipe prend les mesures adaptées pour prévenir les chutes.</p> <p>La prévention et le signalement des fugues font l'objet d'un suivi adapté A l'admission, lorsque le résident vient du domicile, le médecin traitant transmet les éléments pour envisager une entrée dans l'unité fermée ou non. Si le résident vient d'un autre établissement, les informations sont transmises. Lorsque les résidents sont identifiés à risque, ils portent un bracelet anti-fugue. Une conduite à tenir en cas de fugue est définie : recherche dans l'enceinte de l'établissement puis dans la ville, puis appel de la gendarmerie (une photo peut être fournie au besoin). La famille est prévenue. Les résidents de l'unité sont systématiquement accompagnés lorsqu'ils sortent à l'extérieur</p>	<p>☒ Adapter l'annexe au contrat de séjour sur la liberté d'aller et venir pour informer les résidents et leurs proches des mesures de protection potentiellement utilisées</p> <p>☒ Réviser les prescriptions des contentions en tenant compte des bonnes pratiques</p> <p>☒ Bénéficier d'une antenne géronto-psy pour couvrir l'ensemble des besoins des résidents.</p> <p>☒ Veiller à adapter les PVI aux résidents atteints de détériorations intellectuelles (par l'intervention de professionnels compétents gériatrie et psycho-gériatrie).</p>

Projet d'animation		Projet d'animation	
<p>Les affinités, si elles sont connues, sont prises en compte notamment par le plan de table. Les animations sont l'occasion de présenter les nouveaux résidents. En cas d'arrivée d'une même famille, le rapprochement est respecté dans la mesure des possibilités.</p> <p>La salle à manger des invités, les petits salons de l'étage ou les jardins permettent de préserver le lien avec l'extérieur. Les visioconférences sont mises en place pour atténuer l'éloignement. La situation géographique de l'établissement permet aux résidents de bénéficier des aménagements de la ville (bibliothèque, marchés...)</p> <p>Les animations sont proposées mais le désir de solitude est respecté.</p> <p>L'animatrice rencontre le résident à chaque entrée et se renseigne auprès de l'équipe soignante et de la psychologue pour proposer des activités en fonction des capacités pour éviter de le mettre en échec. Les proches sont interrogés à l'entrée du résident lorsque cette dernière ne peut plus répondre. L'animatrice fait le tour des chambres pour proposer les activités immédiates. Elle passe aussi table par table au moment du repas pour rappeler les animations festives de l'après-midi.</p> <p>Un tableau d'affichage recense toutes les activités proposées et les spectacles événementiels du mois. La gazette trimestrielle recense toutes les activités à venir ainsi que celle passées. Des exemplaires sont distribués à chaque résident et laissés à disposition des familles et personnels.</p> <p>L'animatrice suit l'évolution du résident pour s'assurer de l'adaptation des activités. Elle peut signaler à l'équipe soignante toute évolution et prend connaissance des transmissions 2 fois/jour et y participe si nécessaire.</p> <p>Le projet d'établissement comporte un volet sur la vie sociale. Les soignants sur l'unité sécurisée sont chargés des activités occupationnelles. La coordination entre animatrice et l'équipe soignante est faite au cours des divers échanges (transmissions orales ou écrites). Les absences longues durées de l'animatrice sont remplacées. En outre, la continuité des activités est facilitée par un classeur qui répertorie les fiches activités. La salle d'activité est ouverte avec à disposition du matériel (jeux, ...) et la borne mélo.</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Assurer une animation même en dehors de temps de présence de l'animatrice</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Favoriser la vie collective des résidents.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Développer les animations comme les sorties au restaurant</p>	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
1.1	Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	1.2	Formuler les directives anticipées et désigner une personne de confiance
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>	
<p>Point de vigilance relatif aux documents de la loi 2002-2 :</p> <p>L'étude du diagnostic partagé laisse apparaître l'obsolescence des documents de la loi 2002-2 au regard de la réglementation (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation...) et au fonctionnement de l'établissement, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrat de séjour ; • Livret d'accueil ; • Règlement de fonctionnement. <p>Les documents sont à soumettre au Conseil de la Vie Sociale et à transmettre aux autorités. Il convient également d'harmoniser les données entre les différents documents.</p>			
<p>Point de vigilance relatif au projet d'établissement :</p> <p>Le projet d'établissement est à réactualiser, notamment en intégrant un volet qualité, QVT, humanité. Veiller à associer les usagers et les familles à son élaboration. Mettre en adéquation le projet d'établissement avec les fiches actions du CPOM. Mettre régulièrement l'ensemble des documents en conformité avec la réglementation et le fonctionnement de l'établissement.</p>			

Points de vigilance relatifs au projet d'accompagnement personnalisé (PAP) :

Le PAP est un outil pour la personnalisation de la prise en charge et un document prioritaire à mettre en place.

Formaliser le suivi des objectifs du projet personnalisé pour chaque résident.

Favoriser les échanges vers les familles et expliquer l'objectif du PAP.

Formaliser un projet de soins et de vie spécifique pour chaque personne.

Actualiser le PAP aussi souvent que nécessaire et à minima 1 fois par an.

Rechercher l'accord du résident sur l'avenant au contrat de séjour.

Mettre en place un référent par résident

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 1

Projet d'accompagnement personnalisé	2020	2021	Observations
Taux de signature	39%	0%	0
Nombre de PAP signés par le résident	8	0	IDEC échange avec les résidents et soignants
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	39%	90%	synthèse des sons réalisée
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement	non	non	démarche PAP mais pas de protocole établi
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	14%	14%	0



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 2 :

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

*A remplir par l'établissement**A remplir par l'établissement*

Réponses au besoins du territoire

Réponses au besoins du territoire

Favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre Médico-Sociale

L'établissement participe aux réunions coordination gérontologique afin de prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions. Notre établissement dispose de deux places en hébergement temporaire. Les motifs d'admission sont divers : suite d'hospitalisation, soulagement des aidants, difficultés de maintien à domicile ... Dans ces contextes, l'établissement instaure une dynamique pour favoriser le retour à domicile (portage de repas, aides à domicile, mise en place d'appel d'urgence, constitution de dossier d'APA ...)

Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie.

Le rôle du médecin coordonnateur pour limiter les hospitalisations est majeur, particulièrement en l'absence du médecin traitant. Depuis juin 2019, l'établissement ne bénéficie plus de ce type de compétences. Malgré des appels à candidature, le poste reste vacant. Cette situation fragilise la sécurisation des soins. Pour cette raison, le recrutement d'un médecin coordonnateur est une priorité de l'établissement.

Repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

L'établissement a conscience que les hospitalisations sont très souvent délétères pour les personnes âgées. Elles entraînent des risques de complication particulièrement lorsqu'elles ne sont pas programmées.

De ce fait, les hospitalisations sont limitées dans la mesure du possible par

De ce fait, les hospitalisations sont limitées dans la mesure du possible par :

- Organisation de l'établissement et en particulier des soins infirmiers
- L'intervention du médecin traitant (alerte par tous professionnels avec notre outil de transmission informatique)
- Les services de l'hospitalisation à domicile (HAD) - Convention établie avec HAD du Berry et HAD 41 -
- L'accompagnement de l'équipe mobile des soins palliatifs.

A savoir : En 2018, un cahier des charges pour l'appel à candidatures relatif au dispositif d'IDE de nuit mutualisée a été publié sur le site internet de l'ARS Centre-Val de Loire. Cet appel à candidature s'inscrit dans le cadre des travaux de la filière gériatrique. Il s'agit d'offrir un service supplémentaire aux résidents d'EHPAD dans une logique dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre établissements d'un même territoire.

Suite à cet appel, l'établissement a participé à des réunions de travail inter-EHPAD sur l'expérimentation de l'astreinte IDE la nuit.

Les objectifs attendus listés par l'appel à candidatures étaient notamment :

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins en EHPAD la nuit,
- Limiter les hospitalisations de nuits aux urgences...

Notre EHPAD n'a pas pu répondre positivement à l'appel à candidature car les difficultés à recruter des postes IDE en journée est réelle, d'ailleurs, un poste est actuellement vacant (0.70 ETP).

D'autre part, la question de la situation géographique est cruciale. La contrainte des 30 minutes fixées par l'appel à candidature pour intervenir dans un département où la population et les établissements sont dispersés, semble difficile à tenir.

Par ailleurs, l'établissement est vigilant sur les décompensations. L'équipe repère les changements de comportement qui seront discutés en équipe pour une veille active auprès de la personne. Des actions (prescription de kinésithérapie ou aide à la toilette pour maintenir et/ou retrouver l'autonomie...) seront mises en place au besoin.

Pour maintenir l'intégration de la personne âgée au sein de structure de vie sociale, l'établissement peut par exemple :

- Encourager les résidents à descendre systématiquement prendre les repas en salle à manger,
- Faire intervenir une socio-esthéticienne qui favorise le lien
- Inciter les résidents à participer aux animations par une communication active des activités
- Eviter l'isolement par l'accompagnement de la psychologue
- ...

L'établissement priorise les admissions en fonction du lieu de vie initial et/ou celui de leurs proches.

L'établissement est soucieux de développer la culture gériatrique et la culture des soins palliatifs par la formation. Par exemple, la formation sur les soins palliatifs est un thème réitéré sur plusieurs années pour permettre son accès à un maximum de professionnels. La professionnalisation de tous les aides-soignants par la formation en Assistance des Soins Gérontologiques est un objectif de l'établissement.

☑ Fiche action n°35 : Poursuivre les démarches de recrutement d'un médecin coordonnateur.

☑ Fiche action n°19 : Rechercher des moyens de valoriser l'établissement pour susciter l'envie d'intégrer l'équipe

☑ Fiche action 36 : Poursuivre les actions de sensibilisation/formation pour développer la culture gériatrique et la culture des soins palliatifs

Gouvernance	Gouvernance
<p>Le dialogue entre la Direction et l'encadrement de proximité est effectif. La chaîne de décision est respectée. Les décisions et informations transmises par la Direction sont rapportées complètement et fidèlement aux équipes par l'encadrement de proximité.</p> <p>Les réunions de service (soins et logistique) ont été suspendues pour des raisons de manque de participants. Lors du dernier Comité Social et Economique (CSE), il a été demandé à ce que ces réunions se tiennent à nouveau. La directrice les a ré-instituées. La fin des transmissions peut être l'occasion d'aborder des sujets divers.</p> <p>Le directeur de l'établissement est facilement accessible et répond rapidement aux problèmes de gouvernance qui se pose. Le CSE et la cellule qualité relaient les orientations exposées par la direction.</p>	
Gestion de l'immobilier / locaux	Gestion de l'immobilier / locaux
<p>L'établissement est organisé en unités différenciées avec des projets d'accompagnement différents. Il est réparti en deux unités sur trois niveaux : Une unité pour les personnes atteintes de pathologies Alzheimer et apparentées. L'essence du projet est le maintien des capacités cognitives (13 lits). Cette unité dispose d'une grande salle à manger, un petit salon, l'office pour les Soignants et une terrasse. Les couloirs sont larges et tous équipés de mains courantes. L'ascenseur qui s'ouvre dans la salle à manger est sécurisé par une clé. La porte principale du service s'ouvre grâce à un code. Tout est mis en place pour la sécurité des résidents et ainsi éviter qu'ils ne s'égarent. Une unité destinée à accueillir des personnes âgées valides, semi-valides et dépendantes. Le projet d'unité est organisé au travers d'un accompagnement autour des sens et du ressenti. Chacune de ces unités porte un projet et un accompagnement particulièrement adapté. (51 lits).</p> <p>Toutes les chambres sont individuelles et équipées de salle de bain, WC, douche. Les dimensions des portes sont adaptées pour le passage des lits et fauteuils. Deux ascenseurs de dimensions réglementaires. Chaque résident qui le souhaite peut personnaliser sa chambre en apportant un petit meuble, poste télévision, des bibelots.</p>	
Efficience de gestion / politique achats	Efficience de gestion / politique achats
<p>La stratégie financière est définie L'établissement a signé une convention tripartite jusqu'à fin 2021. Une vision prospective et pluriannuelle du budget est effective. Le budget tient compte des besoins des personnes accompagnées et des personnels.</p> <p>L'établissement vise l'efficience des ressources allouées. Les ressources financières de l'établissement sont gérées de manière transparente et sécurisée. Il est autonome dans la gestion. L'établissement recherche la mutualisation des ressources financières et logistiques afin de développer, pérenniser et sécuriser ses activités et son organisation. Des conventions existent avec la ville pour bénéficier d'aménagement tels que la médiathèque ou des prêts (un véhicule utilitaire, une nacelle, des barnums)</p> <p>L'établissement respecte les dispositions du cadre budgétaires en vigueur (Respect du budget, renseignement des indicateurs socio économiques, modalités de gestion et de suivi des investissements, inventaire physique et comptable réalisé, suivi de la trésorerie)</p> <p>L'EPRD et l'ERRD sont présentés aux instances et communiqués aux autorités de tarification conformément à la réglementation.</p> <p>La politique d'achat est structurée et efficace. L'établissement bénéficie d'un bureau d'étude dans le cadre d'une centrale d'achat pour la détermination d'un nouveau marché. Les fournisseurs sont reçus par la direction annuellement pour faire un point, ou plus si besoin.</p>	

Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 3

Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

*A remplir par l'établissement**A remplir par l'établissement*

Ouverture sur l'environnement

Ouverture sur l'environnement

Positionner l'établissement dans le territoire

Bien que le département dispose de nombreux EHPAD, la population départementale est vieillissante. L'établissement ne rencontre aucune difficulté de recrutement. Les tarifs et la qualité de prestations sont des facteurs d'attractivité.

L'établissement a développé de nombreux partenariats.

L'établissement est le seul acteur médico-social de la ville et un employeur non négligeable.

Cinq membres du conseil municipal de Chabris sont membres de droit du conseil d'administration et tous ces membres sont des habitants du secteur et compétents en la matière.

L'établissement est positionné au centre de la ville ce qui permet la participation des résidents à la vie communale.

Interagir avec le territoire

La VMEH intervient toutes les semaines. Elle se rapproche des personnes isolées pour les accompagner.

L'équipe mobile de soins palliatifs intervient dans l'établissement à la demande grâce à un conventionnement.

Une socio-esthéticienne qui dépend de l'UDAF intervient mensuellement.

Des conventions sont conclues avec :

Unité comportementale du CH Vierzon (pour les résidents non stabilisés sur leur comportement)

HAD 41 et du Berry et en attente HAD 36

CH Romorantin (plan bleu)

Commune de Chabris pour une mise à disposition de véhicule, de matériels, de locaux en cas d'évacuation de l'établissement

Médiathèque pour l'animation

Bénévoles (famille) qui réalisent des animations

L'établissement adhère au réseau Indrien de médecine d'urgence pour le parcours de soins.

Développer les liens de citoyenneté

L'exercice du droit de vote est possible par déplacement géré par la famille ou par procuration organisée par l'établissement. Lorsque des élections approchent, le personnel informe les résidents afin de s'assurer de leur inscription et gérer les demandes de procuration.

L'établissement se situant en centre-ville, les résidents peuvent s'ils le souhaitent participer aux associations de la commune.

L'établissement est en cours de réélection des membres du CVS. Il fait participer les résidents et leur famille à la commission des menus.

Interagir avec le territoire et être un lieu-ressource pour l'environnement

La directrice a participé aux réunions du groupe de travail " Bien vieillir en pays

Points Forts

de Valençay en Berry" avec la participation de l'ARS, les directeurs du médico-social public et privé, le CODES, la plateforme de répit, le conseil départemental...

L'établissement participe au colloque départemental des EHPAD.

Il accueille des personnes vulnérables en cas de canicule.

L'hébergement temporaire permet d'accueillir des personnes fragiles et dans la difficulté (ex : accueil d'une personne dont le logement avait brûlé).

L'établissement participe à la vie du secteur en proposant des activités (expositions diverses)

Il reçoit la mission locale lors d'une journée visite du territoire. Chaque salarié présente sa mission.

Il est un lieu d'accueil pour les collégiens. De plus, une classe de 3ème vient sur place dans le cadre du conseil d'orientation pour la découverte des métiers.

Il participe à la réinsertion des professionnels avec pôle emploi et d'autres organismes de formation.

Développer le caractère accueillant de l'établissement

Une personne ressource est définie pour accueillir les nouveaux arrivants. Elle remet l'ensemble des informations aux résidents et leur famille pour intégrer rapidement les locaux et le fonctionnement.

A l'arrivée, le résident est accompagné par toute l'équipe dans les déplacements comme dans la compréhension du fonctionnement.

L'architecture des locaux est tout à fait fonctionnelle pour les résidents. Les locaux comprennent des espaces privatifs (chambre), des espaces collectifs restreints (salons) comme plus larges (salle d'animation).

Contribution aux parcours

Contribution aux parcours

Les partenariats

L'établissement a centralisé toutes les conventions passées dans un classeur. Ces conventions permettent de déterminer le cadre de travail, stabilisation des lieux et horaires d'intervention, calendriers, modalités de rencontre. Un rapport d'activité est émis chaque année.

Le contrat de restauration permet la mise à disposition d'une diététicienne.

Les personnes extérieures sous convention peuvent accéder si besoin à des informations ciblées du dossier du résident (respect du secret médical).

Les relations avec les partenaires

Les médecins libéraux, tout comme la socio-esthéticienne, ont un accès au dossier et tracent leurs interventions.

La kinésithérapeute a un accès au dossier.

La VMEH n'accède pas au dossier des résidents mais fait un retour de ses visites sur un cahier de liaison.

L'équipe mobile de soins palliatifs fait un retour oral à l'IDE qui retranscrit sur le dossier. Elle transmet un courrier récapitulatif à l'établissement.

Les pédicures et la diététicienne interviennent et font les transmissions à l'IDE.

L'établissement invite les partenaires aux réunions lorsque cela est utile (ex : participation de la diététicienne aux commissions des menus, participation ponctuelle du médecin libéral) sachant que la disponibilité des libéraux est très réduite.

Axes d'Améliorations

Développement des Systèmes d'Information	Développement des Systèmes d'information
<p>Améliorer la communication</p> <p>L'établissement organise un marché de Noël et la commune diffuse sur les panneaux lumineux d'informations la tenue de cet évènement.</p> <p>La presse est invitée sur toutes les manifestations ou autres événements.</p> <p>L'établissement diffuse des informations sur le bulletin municipal de la commune qui paraît tous les ans.</p> <p>Il ne dispose pas de site internet, en revanche le site internet de la ville mentionne l'établissement.</p> <p>Il est bien signalisé sur la ville.</p> <p>Il reste ouvert à tout évènement nouveau (par ex : l'école de musique de Romorantin a fait une représentation en 2020, des associations de danse sont intervenues en 2019...)</p> <p>Il est inscrit sur l'annuaire des EHPAD. Par ailleurs, il bénéficie d'une note de 9/10 sur le site "Maison de Retraite Sélection".</p> <p>Se faire connaître</p> <p>L'animatrice réalise des expositions mise à disposition par le Conseil Départemental du Loir Cher, qui sont ouvertes au public. Elle communique par des affiches dans les commerces de la ville.</p> <p>Un historien de la commune intervient dans l'établissement. Ces communications sont aussi ouvertes à l'extérieur.</p> <p>L'établissement accueille de nombreux stagiaires (AS, ASH, IDE, cadre de santé, stagiaires de pôle emploi pour la découverte du métier et d'autres organismes de formation) et a formé ces professionnels à l'encadrement de stagiaires.</p> <p>L'établissement remet un livret d'accueil à tous nouveaux employés et stagiaire.</p> <p>La directrice participe aux réunions de coordination gérontologique du canton.</p> <p>Faciliter les liens des personnes avec leurs proches</p> <p>Les familles peuvent venir voir leurs proches sans horaires définis mais avec des recommandations. L'hébergement est possible en cas de fin de vie. Des salons à chaque étage sont à disposition des familles. Chaque résident possède une boîte aux lettres pour la confidentialité du courrier.</p> <p>La journée des familles facilite le lien.</p> <p>Les résidents peuvent avoir une ligne téléphonique et réaliser des visioconférences. Le Wifi est accessible dans tout l'établissement.</p> <p>L'établissement a développé une page Facebook pour poster des moments de la vie quotidienne.</p> <p>Les modalités de communication</p> <p>Il existe des supports de communication identifiés, adaptés et mis à jour interne à destination :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des résidents : tableaux d'affichage, gazette... - des professionnels de l'EHPAD : tableaux d'affichage, classeurs, messagerie sur le logiciel de soins, réunions de la cellule qualité et du CSE, note d'info avec le bulletin de salaire... Le bilan annuel ne fait plus l'objet de communication au personnel ce qui paraît regrettable. <p>Les moyens de communication destinés à la communication interne sont en nombre suffisant et adaptés (flotte de téléphones, accès aux informations dématérialisées -serveur...).</p> <p>Les moyens de communication externe sont divers (presse, tableau d'affichage extérieur municipal, affichage dans les commerces, Facebook ...)</p> <p>Les outils d'information et de communication</p> <p>Les dossiers des résidents sont archivés sans durée limitative. Les locaux sont sécurisés.</p> <p>Les dossiers des professionnels sont archivés sans durée limitative.</p> <p>Le prestataire a réalisé un audit pour la mise en conformité liée au RGPD et a défini des actions correctives et mises en place. Les logiciels utilisés dans l'établissement sont conformes.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Eliminer les archives mortes (dossier des résidents) selon les textes réglementaires</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réinstaurer la réunion annuelle avec les membres du bureau du conseil d'administration</p>
Autres	Autres

Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 4

développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

*A remplir par l'établissement**A remplir par l'établissement*

Maîtrise des risques

Maîtrise des risques

L'établissement prépare les projets à développer en positionnant des objectifs et les actions afférentes. Il reste à mettre en œuvre les évaluations et notamment les EPP.

Méthodologie participative de l'évaluation interne excepté du CVS qui malheureusement n'est plus actif en période de crise sanitaire
 Le référentiel de l'évaluation interne est adapté à l'établissement, aux activités et pratiques de ce dernier.

Les résultats de l'évaluation interne sont communiqués aux personnes concernées (professionnels, usagers, partenaires).

La cellule qualité est en charge du suivi du plan d'action qui est réédité suite à la dernière version de l'évaluation interne. Elle se réunit mensuellement.

Le COPIEL et la cellule qualité sont constitués des mêmes membres. La cellule qualité fonctionne depuis 2012. Le cadre du service est le référent qualité qui participe aux réunions.

La cellule qualité a eu la charge du suivi du plan d'action suite à la dernière version de l'évaluation externe. A ce jour, seules 2 actions restent à mener (PVI, projet d'établissement) mais sont projetées sur 2020.

L'établissement a mis en place la gestion des événements indésirables.

Le circuit de signalement et d'analyse de ces événements est défini.

Une fiche de signalement permet aux professionnels de déclarer les EI détectés dans l'établissement.

Une procédure permet de définir l'organisation de la gestion des EI et le rôle de chaque professionnel.

Le CVS est informé au moins une fois par an des fiches d'événements indésirables graves, de l'analyse et des mesures mises en place.

La directrice est chargée de réaliser les déclarations externes.

La démarche engagée à l'EHPAD La Roseraie répond tout d'abord à des exigences réglementaires et contractuelles :

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (Article 312.1 du code de l'action sociale et des familles)

- qui réaffirme l'obligation d'un projet de vie et d'établissement pour les personnes âgées.

- qui inscrit, à travers la mise en place d'une agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) - récemment fusionnée avec la Haute Autorité de Santé-, l'obligation de mettre en œuvre dans les établissements une culture qualité, amenant ainsi les équipes à s'interroger sur leurs pratiques, le sens de leur métier centré sur la personne accueillie.

La qualité est une volonté permanente dans le fonctionnement de l'établissement. La qualité, c'est vouloir bien faire pour assurer la sécurité et le confort des résidents accueillis. Elle implique, au quotidien, tous les professionnels, qui évaluent en

Informer les résidents et les familles sur les risques liés à l'automédication comme les risques liés au tabac et l'alcool afin d'avoir des comportements responsables

Développer une politique des évaluations des pratiques professionnelles et définir les thèmes et un planning des évaluations

Points Forts

<p>permanence leur travail.</p> <p>Cette démarche a pour objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de s'assurer de la qualité et de la sécurité de prise en charge des résidents • d'apprécier la dynamique des démarches d'autoévaluation et d'amélioration mises en œuvre • d'impliquer les professionnels dans ces démarches • de pérenniser l'engagement de l'établissement dans une procédure continue d'amélioration de la qualité <p>Parler de qualité, c'est aussi s'intéresser et prendre en compte des jugements portés par les personnes âgées accueillies et leurs familles. Des enquêtes de satisfaction une fois par an nous servent de guide dans notre politique d'amélioration continue de la qualité.</p>	
<p>Continuité de l'accompagnement</p> <p>Les transmissions</p> <p>Les transmissions ont lieu entre les différentes équipes tous les jours. Elles sont dirigées par les infirmières. Pendant le service, chaque agent est tenu de noter toutes les observations concernant les résidents dont il s'est occupé ou qu'il a observé. Les chevauchements horaires sont intégrés dans le temps de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Matin/Après-midi : Transmissions IDE : 14h00 à 14h15 Transmissions équipe : 14h15 à 14h30 • Après-midi/Nuit : Transmissions équipe soignante : 21h à 21h15 • Nuit/Matin : Transmissions IDE : 6h55 à 7h Transmissions équipe : 7h à 7h05 <p>Des déroulements type des tâches sont formalisés par poste il précise l'organisation des soins.</p> <p>Le plan de soins</p> <p>L'organisation des soins fait l'objet pour chaque résident d'une planification et est actualisée en fonction de son état de santé.</p> <p>Le plan de soins comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les actes relevant des prescriptions médicales (soin technique, pansement, traitement ...) - Les soins relevant du rôle propre de l'IDE (soins d'hygiène et de confort, soins de prévention, soin de surveillance) <p>Le recours à l'hospitalisation et aux soins externes</p> <p>L'EHPAD a conventionné avec une équipe mobile de soins palliatifs et avec les HAD (départements 18 et 41). Ces intervenants accèdent au dossier TITAN et laissent un dossier dans la chambre du résident. Ce dossier sert à la traçabilité des équipes extérieures comme interne.</p> <p>Le projet personnalisé fait l'objet d'un échange entre l'IDEC et les équipes extérieures.</p> <p>La coordination des soins avec le médecin traitant</p> <p>Les observations ou symptômes du résident sont notés au fur et à mesure dans le dossier du résident par l'ensemble de l'équipe (soignants ou non). Ces informations sont discutées au moment des transmissions pour adapter les actions.</p> <p>Si nécessaire, les IDE préviennent le médecin traitant par téléphone.</p> <p>En cas d'urgence et en dehors des temps de travail du médecin traitant, l'équipe contacte le 15.</p> <p>L'IDE est chargée de transmettre les éléments du médecin à l'équipe. Le médecin trace sur TITAN.</p> <p>Le poste de médecin coordonnateur est vacant.</p> <p>Des protocoles de prescription anticipés sont formalisés (fièvre, constipation, douleur...).</p>	<p>Autres</p> <p>* Information mise sur les fiches techniques (organisation du travail), salariés de nuit AS et ASH concernant la proposition d'une collation de nuit aux résidents le soir au moment du coucher et la nuit pour les résidents réveillés. (fiches diffusées à l'ensemble du personnel)</p>

<p>Sécurisation du circuit du médicament</p> <p>Le circuit du médicament est analysé et documenté. Les risques en lien avec la prescription, la gestion des stocks, la préparation du pilulier, la distribution et la validation sont gérés. Les professionnels ont conscience de l'importance du circuit des médicaments.</p> <p>Les toxiques ont un circuit à part et sécurisé.</p> <p>En cas d'erreur médicamenteuse, le médecin est prévenu et décide de la conduite à tenir. Une fiche d'événement indésirable est formalisée.</p> <p>L'information du résident sur les droits liés à la santé et leurs modalités d'exercice</p> <p>Les professionnels de l'établissement comme les libéraux sont sensibilisés sur les droits liés à la santé (choix des praticiens, refus des soins, accès au dossier ...) et ces droits sont respectés.</p> <p>Le rôle de la personne de confiance et celui du référent familial sont bien explicités.</p> <p>Les tuteurs sont bien identifiés dans les dossiers et dans les relations.</p>	<p><input type="checkbox"/> Permettre l'identification des demi-comprimés et les médicaments conditionnés par les laboratoires en vrac jusqu'à leur administration.</p> <p>*Réaliser un autodiagnostic sur le circuit du médicaments.</p>
<p>Bientraitance</p> <p>Des formations sur la maltraitance sont réalisées. Des protocoles sont existants concernant la déclaration des faits de maltraitance. Un audit sur les risques psychosociaux a été réalisé pour évaluer l'organisation du travail.</p> <p>L'établissement n'a pas défini de référent. Les faits de maltraitance sont déclarés par le biais des fiches d'événement indésirable. Une mise à l'écart immédiate de la personne suspectée peut être faite et une enquête est réalisée. Les suites à donner sont définies. Pour favoriser la remontée des événements indésirables, la direction rappelle les principes de fonctionnement sur lesquels elle repose :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectivité : le signalement repose sur des faits. Il ne s'agit pas de mettre en cause des personnes en tant qu'auteurs de faits, ni d'interpréter les faits ou encore de leur donner s'agissant de soins - une traduction médico-légale en termes de responsabilités. • Anonymat et confidentialité : le traitement des informations recueillies s'effectue dans l'anonymat et la confidentialité. L'employeur se doit de protéger l'anonymat du déclarant. <p>Chaque professionnel s'engage à respecter une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à sa connaissance dans le cadre de cette démarche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité : la démarche de signalement doit s'efforcer d'être aussi exhaustive que possible en permettant l'identification de l'ensemble des risques liés à l'activité. <p>L'analyse qui s'en suit a pour objectif de résoudre le problème actuel et d'éviter que ces risques se reproduisent.</p> <p>L'établissement rappelle que la finalité de la démarche de signalement des événements indésirables n'a pas pour objet d'établir une faute éventuelle, mais d'analyser les causes des événements et de dégager des recommandations pour éviter la répétition de l'événement.</p> <p>Les plaintes et réclamations des usagers et de leurs proches sont prises en compte si nécessaire dans le cadre de la lutte contre la maltraitance.</p> <p>L'EHPAD s'inscrit dans une politique de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance.</p> <p>La bientraitance est une démarche globale dans la prise en charge du résident et l'accueil de l'entourage. Cette démarche volontariste, institutionnelle, collective et individuelle d'amélioration continue des pratiques professionnelles vise à promouvoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Le respect de la liberté et des droits du résident et de ses proches <input type="checkbox"/> Le respect de sa dignité et de sa singularité <input type="checkbox"/> Le respect de la prise en compte de ses besoins et de ses attentes spécifiques <p>Le personnel veille en permanence à prévenir et empêcher toute forme d'agressivité, de violence. De même, il s'engage à signaler par écrit à la Direction de l'établissement toutes formes de maltraitance.</p> <p>Les professionnels sont donc dans l'obligation de dénoncer les faits de maltraitance</p>	<p><input type="checkbox"/> Définir des référents bientraitance et leur fournir une fiche de mission</p>

dont ils sont témoins dans l'exercice de leurs fonctions. Ils sont alors protégés, conformément à la législation en vigueur.

La Direction donnera les suites appropriées à tout acte éventuel de maltraitance physique, psychique ou morale, matérielle et financière, de négligence active ou passive dont elle aura pris connaissance.

Des mesures de protection en faveur de la victime seront mises en place. Les familles et représentants légaux seront informés et des mesures d'accompagnement des autres personnes accueillies pourront être envisagées.

L'accompagnement au quotidien est réalisé dans un esprit de bienveillance. C'est une priorité de la Direction et de l'encadrement soignant ; à ce titre, différentes actions sont mises en place pour sensibiliser le personnel et recueillir la perception des résidents et des familles.

Soins palliatifs et fin de vie

L'établissement recherche l'existence des directives anticipées, un contrat d'obsèques et la désignation de la personne de confiance.

Si la personne se dégrade, le personnel va échanger sur ce thème avec le résident et sa famille. En cas de désaccord entre le résident et sa famille, le personnel cherche à argumenter auprès de la famille pour respecter les volontés du résident. Le médecin et la psychologue peuvent être des interlocuteurs privilégiés.

La psychologue intervient pour accompagner les résidents suite au décès d'un autre résident. Les relations de confiance établies avec le personnel permettent aussi aux résidents d'exprimer leur peine.

Lorsqu'un résident décède, un avis de décès est affiché pour informer l'ensemble des résidents.

Les résidents qui le souhaitent peuvent participer aux funérailles, s'ils sont accompagnés par leur famille.

L'établissement est vigilant sur les conditions de réutilisation des objets et vêtements des personnes décédées légués à l'établissement.

Toutes les fins de vie ne nécessitent pas l'intervention des soins palliatifs. Mais en cas de besoin, l'établissement organise une concertation entre le médecin - l'IDE référente en soins palliatifs - l'IDEC et la famille. Les décisions sont relayées à l'équipe et tracées dans TITAN. Si un traitement lourd est mis en place, l'HAD assure la continuité.

Le ministre du culte sera prévenu si demandé.

Des séances SNOEZELLEN sont mises en œuvre pour accompagner les fins de vie.

Une évaluation pluriquotidienne est faite si nécessaire pour réajuster les besoins.

L'établissement échange avec les proches sur les souhaits exprimés par les résidents.

L'établissement offre la possibilité de couchage auprès de leur parent, prise de repas, transmission des coordonnées des représentants du culte souhaité.

La psychologue, comme l'équipe mobile de soins palliatifs, avec lequel l'établissement a conventionné (CODESPA 36) peuvent rencontrer la famille au besoin.

L'établissement accompagne les proches lors de la présentation du défunt :

- en s'assurant que la présentation du corps respecte les volontés et les croyances du défunt ;
- en proposant aux proches qui sont seuls la possibilité d'un accompagnement par un des membres de l'équipe

La famille est accompagnée après le décès : des appels téléphoniques sont possibles, l'inventaire de la chambre et l'aide au déménagement sont proposés.

Sauf indication contraire, l'établissement envoie des fleurs.

Parfois, le personnel participe aux obsèques.

Des personnels (AS, IDE et ASH) sont formés aux soins palliatifs et à la fin de vie.

Les professionnels peuvent au besoin rencontrer la psychologue.

La proximité des personnels de l'équipe favorise l'identification des personnes les plus affectées. Cette identification permet d'échanger ou de rester vigilant tout en respectant le souhait de discrétion.

N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
4.1	Améliorer la prise en charges des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement , favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	4.7	Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD
4.2	Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins buccodentaires	4.8	Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
4.3	Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes		
4.4	Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament		
4.5	Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe		
4.6	Déclarer et analyser les événements indésirables		
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>	
Point de vigilance relatif aux évaluations : Respecter la réglementation et le calendrier des évaluations internes et externes.			
Points de vigilance relatifs à la bientraitance : Evaluer la connaissance de la procédure de signalement d'acte de maltraitance par les professionnels. Evaluer les effets des actions de prévention sur la bientraitance et développer l'analyse des pratiques. Identifier un référent bientraitance			
Points de vigilance relatifs aux événements indésirables : Formaliser la procédure des EI et EIG. Sensibiliser le personnel sur les événements indésirables, sur la distinction entre EI et EIG et sur la procédure à appliquer. Développer la culture des événements indésirables au sein de l'établissement.			
Points de vigilance relatif à la politique de prévention : Veiller à la formalisation et à la mise à jour régulière dans le projet d'établissement de la politique de prise en charge des troubles du comportement. Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes S'assurer de la mise à jour régulière du protocole de prévention et de traitement des escarres pour mettre en place un fonctionnement avec une échelle d'évaluation. Assurer l'enregistrement des EIG sécurités médicamenteuses.			
Points de vigilance relatifs au circuit du médicament : S'assurer du suivi des médicaments. Assurer la mise en place des actions correctives nécessaires suite à l'auto-diagnostic du circuit du médicament. Veiller à la vérification des piluliers selon la règle des 5B (bon médicament, au bon dosage, par la bonne voie, au bon moment, au bon résident).			
Points de vigilance relatifs à la continuité de l'accompagnement : Veiller à l'information des salariés de l'obligation de proposer une collation de nuit à l'ensemble des résidents. Systématiser pour tous les résidents cette proposition de collation, le soir au moment du coucher et la nuit pour les personnes réveillées.			

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 4

Rapport Médical	2020	2021	Observations
Taux d'occupation du PASA			
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	12	12	
Nombre d'ASG en ETP			formations ASG - EN 2019 - 2020
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	4		
Taux de résidents vaccinés contre la grippe	88%	75%	
Taux de personnel vaccinés contre la grippe	29%	43%	
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	Oui	Oui	
Surveillance de la courbe de poids	Oui	Oui	
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	61%	61%	
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	NON	OUI	
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires,	Non	Non	
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire			suivi dentaire pour les résidents en cas de
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	15	15	
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)	6	6	
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés			

taux d'EIG analysés			
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	Non	Non	les médecins libéraux font des prescriptions informatisées et revoient leurs ordonnances - pas de protocole existant
Présence d'un protocole circuit du médicament	Oui	Oui	
L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	Non	Non	
Nombre d'écarts			
Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	Oui	Oui	
Protocole de déclaration des EIG	Oui	Oui	
Nombre d'EIG déclarés			
Nombre de RETEX formalisés			
Protocole de prévention de chutes	Oui	Oui	
Nombre de chutes prises en charge	93	125	
Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	2%	1%	
Nombre de chuteurs à répétition	3	6	
Protocole de contention	Oui	Oui	
Taux de résidents avec contention prescrite	58%	66%	dont % contentions barrières de lits
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	12	12	

Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

A remplir par l'établissement

A remplir par l'établissement

Evolution des compétences de professionnels

Evolution des compétences de professionnels

Des entretiens professionnels sont réalisés tous les 2 ans pour chaque professionnel par le responsable du service. Ils ont pour objectif :

- de déterminer leurs besoins en formation et leurs souhaits d'évolution
- de faire un point sur les compétences et difficultés dans le travail au quotidien

A partir de ces entretiens et du recueil réalisé tous les ans, la directrice établit un plan de formation annuel avec une attention sur l'exhaustivité des professionnels. Ce plan de formation est soumis au conseil par le biais de rapport de direction.

Les formations sont diverses : soins palliatifs, SNOEZELEN, tutorat, assistance de soins gérontologiques, AFGSU 1 et 2, prise en charge des troubles cognitifs chez la personne âgée, incendie, appel d'urgence, hygiène, recyclage d'habilitation électrique...

L'établissement propose aux professionnels des évolutions professionnelles (concours AS et IDE).

L'établissement suit sa pyramide des âges et anticipe autant que faire se peut les remplacements (ex départ IDEC).

La convention tripartite a permis de développer un plan pluriannuel de formation qui est spécifié chaque année. Il fait l'objet d'une synthèse annuelle qui permet de redéfinir le plan à venir.

Les formations organisées en interne (la majorité) favorisent la mise en application des savoirs.

Les formations suivies font l'objet d'un retour oral à la direction et éventuellement à l'équipe mais le relai n'est pas organisé pour assurer la transmission des savoirs.

Organiser la transmission des savoirs acquis en formation

Amélioration de la qualité de vie au travail

Amélioration de la qualité de vie au travail

Le DUERP est formalisé. Il a été réévalué en 2020.

Les risques professionnels sont évalués et des actions de prévention sont mises en place. L'établissement a déjà mis en place des formations gestes et postures. Le matériel de prévention est mis en place. Les actions à développer sont de l'ordre de la vigilance.

L'établissement prend en compte les risques professionnels y compris les risques psycho sociaux au travers de son DUERP.

L'établissement est soucieux de la qualité de vie au travail, il participe au bien-être du personnel, notamment par l'investissement d'un fauteuil de relaxation installé dans un espace dédié ou le matériel SNOEZELEN et renforce la confiance et l'esprit d'équipe.

Il est à noter que les équipes de l'établissement sont très stables.

Points Forts

Axes d'Améliorations

Autres		Autres	
<p>Le dialogue social</p> <p>Des analyses de l'absentéisme sont réalisées notamment dans le cadre du rapport d'activité. Des réunions de gestion de conflit sont activées, si besoin, et des solutions sont recherchées avec l'encadrement concerné.</p> <p>La solidarité et les échanges entre services sont recherchés.</p> <p>Des événements festifs et des temps de convivialité sont organisés : l'arbre de Noël (ouvert aux membres du personnel et leurs enfants), le marché de Noël, le conseil d'administration (CA) invite le personnel aux vœux du président du CA ...</p> <p>Le CSE est constitué depuis 2019, se réunit et est saisi pour avis conformément à la réglementation.</p> <p>Il se réunit aussi dans le cadre de réunions exceptionnelles telles que le COVID et il peut émettre des informations à destination du personnel.</p> <p>Les PV de réunions sont établis et insérés dans un classeur à disposition du personnel.</p>			
Autres		Autres	
<p>Recrutement et intégration des nouveaux salariés</p> <p>Les besoins de recrutement sont identifiés (en ce moment l'établissement recherche une IDE, un médecin co, des AS ...). Il est à noter que l'établissement rencontre des difficultés de recrutement.</p> <p>L'établissement vérifie avant l'embauche les qualifications, l'expérience et les diplômes, l'âge et les extraits de casier judiciaire.</p> <p>La procédure est formalisée.</p> <p>La procédure de recrutement intègre les responsables de service.</p> <p>Les entretiens font l'objet d'une grille d'analyse.</p> <p>Les candidats reçus en entretien ont systématiquement une réponse.</p> <p>Le livret d'accueil du livret salarié est formalisé et remis à chaque nouvel agent.</p> <p>Le doublage est mis en place pour tout nouvel agent.</p> <p>Une synthèse à distance de l'arrivée de l'agent est réalisée à partir d'une grille (formalisée dans le cadre de la formation tutorat).</p>		*Un livret d'accueil est formalisé et remis à chaque nouvel agent et stagiaire.	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
5.1	<p>Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 		
		5.2	Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>	
<p>Points de vigilance relatifs à l'amélioration de la qualité de vie au travail :</p> <p>Réaliser régulièrement un questionnaire de satisfaction auprès du personnel ;</p> <p>Faire une étude des risques psycho-sociaux et établir un plan d'actions ;</p> <p>Formaliser et évaluer l'appropriation des RBPP par l'ensemble des professionnels ;</p> <p>Mettre en place un livret d'accueil pour le personnel (et en particulier les nouveaux agents et les stagiaires) et le diffuser. Actualiser régulièrement ce document ;</p> <p>Etablir également un livret d'accueil pour les bénévoles ;</p> <p>Organiser la transmission des savoirs acquis en formation.</p>			
Recruter un directeur disposant des qualifications requises par l'article D312-176-7 CASF ou engager un processus de formation qualifiante de la directrice en place.			

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 5

Personnel	2020	2021	Observations
Taux d'absentéisme	8,72%		
Taux d'absentéisme courte durée	0,06%		
Taux d'accident du travail			
Taux d'ETP vacants au 31/12	1,30%		
Taux de rotation des personnels	5,00%		
Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de	7,69%		
Ratio d'encadrement global	0,594		
Nombre de points GIR par AS			
Ratio d'encadrement AS/ASH	0,442		
Ratio d'encadrement IDE	0,055		
Taux de remplacement du personnel	26%		
Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers			
Plan de formation : O/N	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques			agents formés antérieurement à 2019
Organisation comprenant un pool de remplacement	Non	Non	
Nombre de formations qualifiantes		1	



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE
CPOM



Finess : **360002174**

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 6

Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)

A remplir par l'établissement

A remplir par l'établissement

Points Forts

Axes d'Améliorations

<i>A remplir par l'établissement</i>		<i>A remplir par l'établissement</i>	
Bâtiment		Bâtiment	
Accompagnement		Accompagnement	
Ouverture sur l'extérieur		Ouverture sur l'extérieur	
Autres		Autres	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
		6.1	Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>	

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 6

Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)	2020	2021	Observations

FICHE INDICATEURS

CPOM

Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

A remplir par l'établissement pour le diagnostic et à envoyer chaque année à l'ARS

Axe 1 : Projet d'accompagnement personnalisé	2020	2021	Observations
Taux de signature	39,00%		
Nombre de PAP signés par le résident	8	0	IDEC échange avec les résidents et soignants
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	39,00%	90,00%	
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement	non	non	démarche PAP mais pas de protocole établi
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	14,00%	14,00%	

Axe 3 : Contribution aux parcours & Développement des Systèmes d'Information	2020	2021	Observations
Convention avec un service de psychiatrie ou de gérontopsychiatrie formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	C.H. La Châtre
Taux de passage aux urgences sans hospitalisation	11%	11%	
Taux d'hospitalisation complète	30%	38%	
Nombre de journées d'hospitalisation	254	265	
% de résidents pris en charge par l'EADSP	1,50%	1,50%	
nombre de résidents pris en charge par l'EADSP	1	1	
Nombre d'intervention de l'EADSP	1	3	
Présence d'un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur	0	0	
% de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	35%	35%	
Nombre de résidents pris en charge par l'HAD/an	0	0	
Taux de résident pris en charge par l'HAD	0%	0%	
Nombre d'interventions de l'HAD/an	0	0	
taux de résidents décédés en hospitalisation	5%	21%	
taux de résidents décédés en EHPAD	95%	79%	
Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	0%	0%	
Convention avec un gérontopsy	Non	Non	
Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	Oui	Oui	C.H. Vierzon
Nombre d'ETP de l'EHPAD (AS/IDE/ASH/Autres) affectés aux nuits	2,00	2,00	
Nombre de personnels AS présents chaque nuit	1	1	100% si agent de service diplômé
Nombre de personnels ASH présents chaque nuit	1	1	
Nombre de personnels autres présents chaque nuit	0	0	
Mise en place d'astreinte d'IDE de nuit (Oui ou Non)	Non	Non	
si oui, cette astreinte d'IDE de nuit est-elle mutualisée (Oui ou Non)			
si oui, avec qui ?			
Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE			
Nombre d'interventions de l'IDE			
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit			
si non, hors AAC, réflexion en cours pour la mise en place de ce dispositif ? (Oui ou Non)	Non	Oui	Réflexion avec possibilité convention avec HAD
Compatibilité du logiciel soins avec le DMP (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Taux de résidents avec un DMP	58%	58%	
Existence d'une messagerie sécurisée	Oui	Oui	pour les résultats d'analyses
Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	16	26	
Taux de résidents admis par Via-Trajectoire	11%	0%	
Le matériel de télémédecine est-il présent dans l'établissement ? (Oui ou Non)	Non	Non	
Si oui, nombre d'appareils			
Si oui, est-il utilisé ? (Oui ou Non)			

Si oui, indiquez le nombre par an			
Si oui, indiquez la file active			
<i>Liste des professionnels consultés :</i>			

Axe 4 : Rapport Médical	2020	2021	Observations
Présence d'un protocole sur le circuit du médicament (Oui ou Non)	Oui	Oui	
L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	Non	Non	
nombre d'écarts			
Présence d'un protocole sur le circuit du médicament de la prescription à la distribution (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	61%	61%	
Présence d'un protocole de prévention et de la prise en charge de la dénutrition (Oui ou Non)	Oui	Oui	
nombre de résidents dénutris			
Surveillance de la courbe de poids	Oui	Oui	
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	NON	OUI	
Présence d'un protocole de prévention des chutes (Oui ou Non)	Oui	Oui	
% de chutes ayant entraîné une hospitalisation	2%	1%	
Nombre de chutes prises en charge	93	125	
Nombre de chuteurs à répétition	3	6	
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	12	12	
Présence d'un protocole de contention (Oui ou Non)	Oui	Oui	
% de résidents pour lesquels une contention a été prescrite	57,81%	65,62%	dont % contentions barrières de lits
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an	6	6	
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescription par mois	15	15	
Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	Oui	Oui	
Protocole de déclaration des EIG	Oui	Oui	
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés	0%	0%	
Taux d'EIG analysés	0%	0%	
Nombre d'EIG déclarés / an	0	0	
Nombre de RETEX formalisés /an	0	0	
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée, ...)	Non	Non	les médecins libéraux font des prescriptions informatisées et renvoient leurs ordonnances - pas de protocole existant
% de résidents vaccinés pour la grippe	88%	75%	
% de personnel vacciné pour la grippe	29%	43%	
Existence d'une convention pour soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissements de santé)	Non	Non	
% de résidents ayant bénéficiés d'un dépistage buccodentaire	0%	0%	suivi dentaire pour les résidents en cas de besoin -
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge des escarres (Oui ou Non)	Oui	Oui	
% de résidents avec escarres		9%	
Taux d'occupation du PASA	0%	0%	
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	12	12	
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	4	0	

Axe 5 : Personnel	2020	2021	Observations
Taux de remplacement du personnel	15,34%	26,17%	
Personnel non qualifié (ASH faisant fonction d'AS) en ETP	1,32	1,58	
Nombre d'ASG en ETP			formations ASG - EN 2019 - 2020
Plan de formation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculosquelettique ou postures et RPS	0	0	agents formés antérieurement à 2019
Organisation comprenant un pool de remplacement	Non	Non	
Nombre de formations qualifiantes	0	1	

Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Annexe 2

Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité (sous réserve de validation).

Favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre Médico-Sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques

- ❖ Organiser la transmission des savoirs acquis en formation
- ❖ Bénéficier de compétences en infirmier de pratiques avancées

Réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments

- ❖ Permettre l'identification des demi-comprimés jusqu'à leur administration

Développer l'usage des outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé

- ❖ Développer l'utilisation du DMP
- ❖ Messagerie sécurisée pour les professionnels de santé (médecins, IDE)
- ❖ Comment assurer la Cyber sécurité ?

Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social
Promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur

- ❖ Développer la culture qualité au sens large (gestion documentaire, techniques d'évaluation, analyse des événements indésirables...)

Veiller à la bientraitance et sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance

- ❖ Définir des référents bientraitance et leur fournir une fiche de mission

Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie.

- ❖ Développer la prévention et les soins bucco-dentaires par l'intervention d'équipes mobiles
- ❖ Bénéficier de l'intervention d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie
- ❖ Fiche action n°40 : Bénéficier des compétences d'un ergothérapeute

Repérer de façon précoce les personnes âgées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

- ❖ Fiche action 36 : Poursuivre les actions de sensibilisation/formation pour développer la culture gériatrique et la culture des soins palliatifs

A Chabris, le 18/03/2021,

 Signature de l'établissement
 Isabelle LAKHFIF
 Directrice

 ARS du Centre-Val de Loire
 Délégation départementale de l'Indre
 Cité administrative - Bâtiment C
 CS 30587 - Boulevard George Sand
 36019 Châteauroux Cedex

295

 Conseil Départemental de l'Indre
 Direction de la Prévention
 Et du Développement Social
 Maison Départementale de la Solidarité
 Centre Colbert - 4, rue Eugène Rolland
 B.P. 601
 36000 CHATEAUBOUX Cedex



Départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et du Développement Social

ANNEXE 3 - Fiche de suivi des objectifs du CPOM de l'EHPAD
"La Roseraie" à CHABRIS

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2026	
Expression et participation individuelle et collective des résidents						
1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	1/ Cibler les objectifs du PVI afin d'assurer un meilleur suivi					
	2/ Obtenir l'accord du résident sur l'avenant au contrat de séjour (PVI) par sa signature					
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	3/ Remettre en place la notion de référent de résident pour assurer une meilleure définition et faciliter le suivi des PVI	- Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident	2022-2026			
	4/ Veiller à adapter les PVI aux résidents atteints de détériorations intellectuelles (par l'intervention de professionnels compétents gériatrie et psychogériatrie)	- Taux de révision ou d'actualisation des PAP				
	5/ Formaliser une trame à transmettre aux familles pour recueillir leurs avis et attentes en vue de l'élaboration et l'évolution des PVI	- Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)				
	6/ Soumettre pour avis au Conseil de la Vie Sociale le contrat de séjour, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et les transmettre aux autorités de tutelles.	- Taux d'agents soignants formés au PAP				
	7/ Recueillir les directives anticipées des résidents dès l'admission					
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	2/ Expliquer le rôle de la personne de confiance et recueillir sa désignation	- Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées	2022-2026			
	3/ Transmettre au résident et à la famille un écrit sur le rôle du référent familial.	- Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance				
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appropriation de l'activité des structures du CPOM : transformation des établissements, regroupement d'établissements, renforcement de l'efficacité de gestion, opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations, développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats						
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	1/ Impliquer le médecin coordonnateur dans la fiabilisation des données de soins.					
	2/ Fiabiliser les données du tableau de bord de la performance ANAP, en maintenant la dynamique de remplissage coordonnée par les services de l'établissement	- données tableau de bord ANAP complétées à 100%	2022-2026			
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	3/ Veiller à la complétude et la fiabilisation des données budgétaires et financières dématérialisées transmises aux autorités de tarification (EPRD, PGFP, ERRD, EPCP, ERCP...).					
	2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	1/ Tenir à jour la liste des partenaires	- Existence de protocole et conventions de coopération inter établissements	2022-2026		
2/ Rechercher la possibilité de mutualiser des équipements et des installations entre EHPAD du département (véhicule, balnéothérapie, salle de cinéma).		- nombre de conventions inter-EHPAD signées				
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services	1/ Rechercher la possibilité de mutualiser des compétences, des formations et des moyens techniques entre EHPAD.	- Nombre de conventions inter EHPAD signées	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes : développement de nouvelles prestations, partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social						
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	1/ Renforcer la culture des soignants pour systématiser le recours à l'HAD et ou les soins palliatifs en cas de besoin.	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de protocoles/convention de coopération inter établissements - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD/an - Nombre d'interventions de l'HAD / an - Protocoles d'évaluation et de prise en charge de la douleur - Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée et réévaluation - Convention avec EADSP (Indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles) - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP - Nombre d'intervention de l'EADSP - Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur 	2022-2026			
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	1/ Développer l'utilisation du Dossier Médical Partagé	<ul style="list-style-type: none"> - Compatibilité du logiciel soin avec le DMP - Taux de résidents avec un DMP - Si télé-médecine : nombre télé-expertise et/ou téléconsultations réalisées /an - Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoires reçues / an - % de résidents admis par via trajectoire - Existence d'une messagerie sécurisée 	2022-2026			
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	<p>1/ Poursuivre la réflexion concernant les astreintes IDE de nuit, notamment avec la possibilité d'une convention avec l'HAD.</p> <p>2/ Favoriser l'insertion dans le futur projet IDE de nuit qui pourrait se développer sur le territoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coopération inter établissement - Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences - Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement - Nombre d'interventions de l'IDE (avec déplacement) - Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit - Convention avec un service de gérontopsy - Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique 	2022-2026			
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS	<p>1/ Solliciter la mairie de CHABRIS et lui demander une insertion de l'établissement sur leur site internet</p> <p>2/ Créer le site internet de l'établissement.</p> <p>3/ Transmettre le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et autres supports d'information appropriés à la population accueillie ou susceptible d'être accueillie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un site internet - Nombre de connexions annuelles (si existence du site) - Nombre de livrets d'accueil transmis - Nombre annuel de journées événements 	2022-2026			
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile	<p>1/ Organiser la réélection du Conseil de Vie Sociale, vote non réalisé en 2020 à cause crise sanitaire (réélection avant FIN 2021).</p> <p>2/ Renouveler les groupes de paroles animés par la psychologue (résidents, familles, personnel).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents - Nombre de réunions réalisées avec les familles - Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PV1) 	2022-2026			
3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire	Déployer l'information sur l'hébergement temporaire, notamment auprès des assistantes sociales de secteur (établissement ou C.C.A.S.)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire - Durée moyenne de séjour en hébergement temporaire - Liste des motifs d'admissions en hébergement temporaire 	2022-2026			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents : démarches favorisant la bien-être et établissement de dispositifs de surplacements précoques en cas de situation de maltraitance, accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes						
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	<p>1/ Poursuivre les actions de sensibilisation/formation pour développer la culture gériatrique et la culture des soins palliatifs.</p> <p>2/ Bénéficier d'une antenne géronto-psy pour couvrir l'ensemble des besoins des résidents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents en atelier mémoire par an - Nombre d'ASG en ETP - Nombre d'agents formés aux troubles du comportement - Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses 	2022-2026			
4-2 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires	1/ Développer la prévention et les soins bucco-dentaires et auditifs par l'intervention d'équipes mobiles	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition - Nombre de résidents dénutris - Surveillance de la courbe de poids - Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments - Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration - Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé) - Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire 	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	1/ Bénéficier des compétences d'un ergothérapeute afin d'améliorer la prévention des chutes.	- Protocole de prévention de chutes. - Nombre de chutes prises en charge - Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation. - Nombre de chuteurs à répétition.	2022-2026			
	2/ Réviser les prescriptions de contention en tenant compte des bonnes pratiques.	- Protocole de contention. - Taux de résidents avec contention prescrite. - Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique				
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	1/ Poursuivre l'identification des comprimés et demi-comprimés jusqu'à leur administration.	- Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD).	2022-2026			
	2/ Prévoir la réalisation d'un audit sur le circuit du médicament.	- Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par mois (RESIDEHPAD). - Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés. - Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée...) - Présence d'un protocole circuit du médicament - L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ? - Nombre d'écarts				
	3/ S'assurer de l'usage de la règle des 5B (bon médicament, au bon dosage, par la bonne voie, au bon moment, au bon résident).					
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	1/ Sensibiliser les professionnels et les résidents à la nécessité de la vaccination anti-grippale.	- Taux de résidents vaccinés contre la grippe - Taux de personnel vaccinés contre la grippe	2022-2026			
4-8 Déclarer et analyser les événements indésirables	1/ Développer la culture qualité au sens large (gestion documentaire, techniques d'évaluation, analyse des événements indésirables...)	- Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG - Protocole de déclaration des EIG - Nombre d'EIG déclarés - Nombre de RETEX formalisés	2022-2026			
	2/ Formaliser la procédure des EI, EIG et EIG erreurs médicamenteuses.					
	3/ Sensibiliser le personnel sur les événements indésirables, sur la distinction entre EI et EIG et sur la procédure à appliquer.					
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	1/ Evaluer la mise en œuvre des procédures d'admission	- Nombre d'entrées respectant les critères d'admission	2022-2026			
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	1/ Formation des professionnels.	- Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année. - Nombre de réunions d'information sur la bientraitance. - Rythme des réunions du comité bientraitance	2022-2026			
	2/ Définir des référents bientraitance et leur fournir une fiche de mission.					
4-9 Respecter le calendrier des évaluations internes et externes	1/ Réaliser l'évaluation interne et externe.	- Nombre de réunions évaluation interne - Nombre de réunions évaluation externe	2022-2026			
4-10 S'assurer de la mise à jour régulière du protocole de prévention et de traitement des escarres pour mettre en place un fonctionnement avec une échelle d'évaluation.	1/ Mettre à jour le protocole de prévention et de traitement des escarres en incluant une échelle d'évaluation.	- Nombre d'escarres	2022-2026			
<i>Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail</i>						
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	1/ Organiser la transmission des savoirs acquis en formation	- Taux d'absentéisme. - Taux d'absentéisme courte durée. - Taux d'accident du travail. - Taux d'ETP vacants au 31/12. - Taux de rotation des personnels. - Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management. - Ratio d'encadrement global. - Nombre de points GIR par AS. - Ratio d'encadrement AS/ASH. - Ratio d'encadrement IDE. - Taux de remplacement du personnel. - Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers - Plan de formation - Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS - Organisation comprenant un pool de remplacement - Nombre de formations qualifiantes	2022-2026			
		5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines		Engager un processus de formation qualifiante de la directrice en place	- Obtention de la qualification	2022-2026

Plan global de financement pluriannuel (PGFP)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
C	Produits							
G	Groupe I - Produits de la tarification							
	2 420 378,06 €	2 469 973,43 €	2 528 937,10 €	2 587 260,36 €	2 687 947,47 €	2 818 002,65 €	2 650 430,88 €	2 692 238,05 €
	<i>Dont aides financières sur dotations non reconductibles</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
R	Groupe II - Autres produits de tarification							
	27 876,19 €	25 088,85 €	25 088,85 €	25 088,85 €	25 088,85 €	25 088,85 €	25 088,85 €	25 088,85 €
	<i>Dont produits de la tarification</i>							
	4 122,81 €							
P	Groupe III - Produits financiers, exceptionnels et non encaissables							
	235 262,06 €	117 133,00 €	113 700,70 €	109 443,71 €	109 572,57 €	108 851,24 €	105 884,69 €	110 328,46 €
	Total des produits (1)							
	2 683 315,33 €	2 612 195,28 €	2 668 726,66 €	2 651 792,92 €	2 722 608,89 €	2 752 942,94 €	2 781 104,41 €	2 817 655,36 €
	<i>Dont produits hors c/775, 777, 778 et 78</i>							
	2 582 980,62 €	2 582 544,96 €	2 623 213,36 €	2 654 241,49 €	2 685 054,69 €	2 717 436,16 €	2 749 597,63 €	2 782 143,58 €
C	Charges							
G	Groupe I - Charges afférentes à l'exploitation courante							
	369 940,15 €	396 158,22 €	400 756,10 €	404 783,66 €	408 811,30 €	412 889,41 €	417 028,40 €	421 168,66 €
	<i>Dont achats stocks et variation des stocks</i>							
	39 101,67 €							
R	Groupe II - Charges afférentes au personnel							
	1 745 513,83 €	1 089 575,06 €	1 958 517,46 €	2 016 030,71 €	2 038 182,90 €	2 054 518,73 €	2 073 006,40 €	2 091 886,48 €
G	Groupe III - Charges afférentes à la structure							
	913 809,92 €	448 541,54 €	383 948,47 €	348 826,22 €	343 391,60 €	331 328,28 €	322 652,67 €	322 652,67 €
	<i>Dont charges non décaissables</i>							
	284 245,89 €							
	<i>Dont charges des com. les 81 et 82 du Groupe 3</i>							
	100 377,73 €	102 323,38 €	113 348,82 €	104 380,08 €	105 423,89 €	106 478,12 €	107 542,80 €	108 618,33 €
	<i>Dont charges des com. les 63 à 65 du Groupe 3 des dépenses</i>							
	30 328,80 €	17 872,56 €	18 061,29 €	18 231,80 €	18 398,26 €	18 574,12 €	18 750,26 €	18 926,69 €
	Total des charges (2)							
	2 649 269,70 €	2 743 314,81 €	2 743 220,03 €	2 771 618,59 €	2 788 395,89 €	2 805 922,42 €	2 821 366,35 €	2 835 517,73 €
	<i>Dont charges des com. les 80 à 82</i>							
	680 237,76 €	535 223,88 €	557 310,62 €	679 978,30 €	603 232,02 €	626 700,11 €	650 384,55 €	674 287,34 €
	<i>Dont charges des com. les 63 et 64 à 647</i>							
	472 681,83 €	658 638,33 €	657 948,82 €	679 978,30 €	603 232,02 €	626 700,11 €	650 384,55 €	674 287,34 €
R	Résultat prévisionnel (1) - (2)							
	34 045,63 €	-104 119,53 €	-71 483,29 €	-19 826,67 €	43 757,00 €	52 870,48 €	-30 261,94 €	-17 867,37 €
F	FRE - Résultat prévisionnel							
	34 045,63 €	-104 119,53 €	-71 483,29 €	-19 826,67 €	43 757,00 €	52 870,48 €	-30 261,94 €	-17 867,37 €
F	Frais internes (hors produits)							
	284 246,66 €	247 275,62 €	242 227,82 €	209 480,17 €	208 510,14 €	204 147,84 €	199 189,88 €	183 838,16 €
	<i>(FRI) Valeur comptable des éléments d'actif cédés</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRI) Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles</i>							
	229 843,91 €	226 676,32 €	221 496,07 €	188 525,93 €	185 511,48 €	183 013,63 €	178 298,08 €	172 129,03 €
	<i>(FRI) Dotations aux provisions réglementées impactant le FRI</i>							
	11 194,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRI) Autres dotations aux amortissements, provisions et dépréciations impactant le FRI (dont c/88748)</i>							
	7 453,08 €	7 453,00 €	7 453,08 €	7 453,08 €	7 453,08 €	7 453,08 €	7 453,08 €	7 453,08 €
	<i>(FRI) Reports en fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (c/68921) - ESSMS privés</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRE) Autres dotations aux amortissements, provisions et dépréciations</i>							
	35 753,95 €	13 147,20 €	13 278,67 €	13 411,46 €	13 545,57 €	13 681,03 €	13 817,84 €	13 958,02 €
	<i>(FRE) Reports en fonds dédiés sauf c/68921 - ESSMS privés</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
A	Frais internes (produits)							
	18 354,71 €	36 650,12 €	42 543,38 €	37 544,43 €	38 954,30 €	35 505,78 €	35 506,78 €	35 506,78 €
	<i>(FRI) Reprises sur provisions réglementées impactant le FRI</i>							
	8 061,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRI) Reprises sur amortissements, autres provisions et dépréciations impactant le FRI (dont c/78748)</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRI) Quote-part des subventions d'investissement versée au résultat de l'exercice</i>							
	47 379,05 €	46 650,42 €	42 543,38 €	37 544,43 €	38 954,30 €	35 505,78 €	35 506,78 €	35 506,78 €
	<i>(FRI) Quote-part d'éléments du fonds associatif versés au compte de résultat</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRI) Produits des cessions d'éléments d'actif</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRI) Utilisation des fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (c/78921) - ESSMS privés</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRE) Reprises sur autres provisions et dépréciations</i>							
	33 914,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>(FRE) Utilisation de fonds dédiés et de fonds reportés sauf c/78921 - ESSMS privés</i>							
F	Capacité (+) / insuffisance (-) d'autofinancement prévisionnelle							
	229 938,84 €	66 505,57 €	122 221,15 €	92 119,27 €	103 769,84 €	116 561,38 €	127 801,16 €	140 154,01 €
	<i>Dont part affectant le fonds de roulement d'investissement FRI = (3)</i>							
	193 051,47 €	187 477,80 €	186 405,77 €	158 504,48 €	158 010,27 €	154 859,53 €	150 245,26 €	144 076,36 €
	<i>Dont : part affectant le fonds de roulement d'exploitation FRE = (4)</i>							
	35 885,14 €	-90 972,38 €	-64 184,62 €	-66 415,21 €	-52 241,43 €	-39 298,45 €	-22 444,10 €	-3 911,35 €
	<i>(*) Les lignes précédées d'un astérisque, qui servent à collecter des données intermédiaires nécessaires au calcul d'indicateurs pour l'année N-1 uniquement, peuvent être masquées.</i>							
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
F	Augmentation des financements stables d'investissement de la période = (5)							
	183 051,47 €	187 477,90 €	186 405,77 €	168 534,48 €	158 010,27 €	154 859,53 €	150 245,26 €	144 076,36 €
	<i>CAF ou IAF (ligne prévisionnelle affectée au FRI) = (3)</i>							
	183 051,47 €	187 477,90 €	186 405,77 €	168 534,48 €	158 010,27 €	154 859,53 €	150 245,26 €	144 076,36 €
	<i>Réserves et excédents affectés à l'investissement ESSMS pub. 10682 / ESSMS priv. 10685</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Affectation des résultats à la réserve de compensation des charges d'amortissement (ESSMS pub. 10687 / ESSMS priv. 10689)</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Autres dotations, réserves, fonds reportés, sauf 106 Réserves</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Subventions d'investissement (comptes 13)</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Emprunts et dettes assimilées (comptes 15) à plus d'un an</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Produits des cessions d'éléments d'actif</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Comptes de liaison investissement - établissements privés</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Autres</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
F	Diminution des financements stables d'investissement de la période = (6)							
	228 943,29 €	202 955,46 €	201 933,82 €	205 621,39 €	208 380,90 €	213 224,10 €	217 560,83 €	171 781,30 €
	<i>Fonds propres et réserves (ESSMS privés) - Réduction - (sauf compte 106)</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Remboursements des emprunts antérieurs à l'us d'un an - part capital</i>							
	177 314,83 €	176 165,88 €	178 673,82 €	182 271,39 €	185 880,90 €	188 714,10 €	193 580,83 €	147 281,30 €
	<i>Remboursements des emprunts - rétro us d'un an - part capital</i>							
R	Acquisition d'immobilisations :							
	51 828,60 €	27 799,60 €	23 280,00 €	23 350,00 €	23 440,00 €	23 510,00 €	24 000,00 €	24 500,00 €
	<i>Immobilisations incorporelles</i>							
	4 769,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Terrains</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Avancements de terrains</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Constructions</i>							
	18 871,71 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Installations techn. (us matériel et outillage)</i>							
	3 599,90 €	4 629,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Autres immobilisations corporelles</i>							
	29 428,85 €	23 170,00 €	23 280,00 €	23 350,00 €	23 440,00 €	23 510,00 €	24 000,00 €	24 500,00 €
	<i>Immobilisations en cours</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Immobilisations financières</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Charges à répartir sur plusieurs exercices - augmentation</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Autres</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Comptes de liaison investissement - établissements privés</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Variations du FRI (5) - (6) = (7)</i>							
	-38 891,82 €	-16 477,88 €	-15 527,85 €	-47 086,91 €	-53 380,63 €	-58 264,27 €	-67 315,57 €	-27 716,94 €
	<i>FRI initial (8)</i>							
	-137 536,43 €	-173 447,25 €	-189 924,81 €	-204 452,65 €	-251 539,37 €	-304 920,20 €	-383 184,47 €	-430 800,04 €
	<i>FRI cumulé de fin de période = (7) + (8) = (9)</i>							
	-175 328,25 €	-190 925,13 €	-205 452,66 €	-251 539,37 €	-304 920,20 €	-363 184,47 €	-430 800,04 €	-458 216,98 €
	<i>Augmentation des financements stables d'exploitation de la période = (10)</i>							
	35 885,14 €	-90 972,38 €	-64 184,62 €	-66 415,21 €	-52 241,43 €	-39 298,45 €	-22 444,10 €	-3 911,35 €
	<i>CAF ou IAF (ligne prévisionnelle affectée au FRE) = (4)</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Comptes de liaison trésorerie stable - établissements privés</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Autres</i>							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
R	Diminution des financements stables d'exploitation de la période = (11)							
	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	<i>Reprise à l'investissement des réserves de couverture du BFR</i>							

		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
P N	Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement net global = (7) + (12) = (15)	-8,88 €	-106 406,53 €	-70 712,41 €	-113 502,12 €	-105 622,06 €	-97 562,72 €	-85 750,17 €	-31 897,28 €
	FRNG initial = (10)	439 353,35 €	438 379,57 €	352 026,88 €	253 214,51 €	139 712,39 €	34 060,33 €	-63 472,39 €	-153 232,08 €
	Fonds de Roulement Net Global (FRNG) de fin de période = (15) + (16) = (17)	439 378,87 €	332 079,99 €	281 314,47 €	139 712,39 €	34 060,33 €	-63 472,39 €	-153 232,08 €	-184 659,15 €
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
B F R	Augmentation du besoin en fonds de roulement de la période = (18)	51 637,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Augmentation des stocks	0,00 €							
	Augmentation des créances (effet volume ou prix)	47 429,62 €							
	Diminution des dettes fournisseurs (effet volume ou prix)	4 208,21 €							
	Autres augmentations du BFR	3 063,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Diminution du besoin en fonds de roulement de la période = (19)	0,00 €							
	Diminution des stocks	0,00 €							
	Diminution des créances (effet volume ou prix)	0,00 €							
	Autres diminutions du BFR	0,00 €							
	Variations du BFR = (18) - (19) = (20)	48 573,37 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
T	BFR initial (21)	-455 685,12 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €
	FRNG cumulé fin de période = (10) + (21) = (22)	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €	-407 111,75 €
	FRNG cumulé fin de période = (10) + (21) = (22)	-40 590,05 €	-70 712,41 €	-70 712,41 €	-113 502,12 €	-105 622,06 €	-97 562,72 €	-85 750,17 €	-31 897,28 €
	Variations de la trésorerie sur la période = (7) + (12) - (20) = (23)	655 069,03 €	848 105,10 €	140 038,89 €	690 928,22 €	546 824,10 €	441 202,04 €	343 639,32 €	253 879,85 €
	Trésorerie initiale = (24)	648 488,58 €	740 038,69 €	560 326,22 €	546 824,10 €	441 202,04 €	343 639,32 €	253 879,85 €	222 252,35 €
	Trésorerie de fin de période = (23) + (24) = (25)	65,43 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €
	Variations des financements à court terme = (26)	65,43 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €	699,98 €
	Liquidités de fin de période = Liquidités de début de période + (23) + (25)	648 761,34 €	740 738,67 €	561 026,20 €	547 524,08 €	441 902,02 €	344 339,36 €	254 579,83 €	222 952,33 €

Contrôle cohérence avec l'onglet "Bilan Financier":
 FRNG (montant inscrit en D96 du PGFP):
 Trésorerie (montant inscrit en cellule D114 du PGFP):

Données complémentaires nécessaires au calcul des ratios

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Montant cumulé des emprunts en fin d'année contre 18 hors compte 1688 à plus d'un an	1 273 034,00 €	1 007 878,14 €	619 204,52 €	798 939,13 €	555 992,29 €	361 268,13 €	167 707,30 €	20 416,00 €
Montant des comptes 169 (ESSMS publics) et 169								
Montant des remboursements de cautions sur l'année (compte 165 (ESSMS publics))	2 028 756,81 €							
Montant cumulé des financements stables du FRI en fin d'année hors amortissements	5 238 653,73 €	5 256 453,33 €	5 289 713,33 €	5 313 063,33 €	5 398 503,33 €	5 360 013,33 €	5 384 013,33 €	5 408 513,33 €
Montant cumulé de l'actif immobilisé brut en fin d'année (1)								
Mesures correctives (cas échéant, sorties d'immobilisations, etc.)								
Montant cumulé de l'actif immobilisé brut en fin d'année pris en compte pour le calcul du taux de vétusté	5 238 653,73 €	5 286 453,33 €	5 289 713,33 €	5 313 063,33 €	5 336 603,33 €	5 360 013,33 €	5 384 013,33 €	5 408 513,33 €
Montant cumulé des amortissements en fin d'année (1)	3 083 367,89 €	3 173 343,11 €	3 534 539,28 €	3 723 165,11 €	3 908 676,60 €	4 091 690,13 €	4 269 989,09 €	4 442 116,15 €
Mesures correctives (cas échéant)								
Montant cumulé des amortissements en fin d'année pris en compte pour le calcul du taux de vétusté	3 083 367,89 €	3 173 343,11 €	3 534 539,28 €	3 723 165,11 €	3 908 676,60 €	4 091 690,13 €	4 269 989,09 €	4 442 116,15 €

RATIOS

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Taux d'endettement < 50%	62,72%	0,15%	0,09%	0,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%
Durée moyenne de la dette < 10 ans	5,59	11,38	7,62	8,00	5,31	3,12	1,31	0,15
CAF / Remboursement annuel du capital des emprunts = (1)	1,29	0,55	0,88	0,61	0,50	0,61	0,66	0,85
Trésorerie en jours automatiquement au solde résiduel (amortissement)								
Taux de CAF en % des produits hors d'ITIS, ITI, ITBI et ITC	8,83%	3,72%	4,66%	3,47%	3,08%	4,26%	4,65%	5,04%
Taux de vétusté global des immobilisations (1)	58,82%	62,91%	65,82%	70,06%	73,24%	76,34%	79,31%	82,13%
Marge brute d'exploitation	181 886,94 €	105 543,07 €	71 354,48 €	36 942,00 €	44 194,03 €	51 687,18 €	59 154,79 €	66 808,33 €
Marge de contribution en % des produits courants	7,43%	4,18%	2,80%	1,43%	1,89%	1,95%	2,21%	2,47%

(1) - Le taux de vétusté pour l'année N-1 est calculé à partir des données du tableau "PDR". Pour les années qui suivent, les acquisitions nouvelles et les dotations aux amortissements sont intégrées automatiquement à partir des données "CAF" et "FR" ci-dessus. Si nécessaire, ces données doivent être corrigées (notamment en cas de sorties d'immobilisations).

Etablissements privés

Désignation de l'établissement

EHPAD LA ROSERAIE

Adresse

**14 BIS RUE ABEL BONNET BP23
36210 CHABRIS**

Code Finess 360002174

Personne habilitée à représenter l'établissement

LAKHFIF ISABELLE

Plan Pluriannuel d'Investissement
P.P.I.

CPOM 2022 - 2026

Président du conseil d'administration

FRANQUELIN CHRISTIAN

EHPAD LA ROSERAIE

**BILAN PROPRE D'UN ETABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MEDICO-SOCIAL
GERE PAR UN ORGANISME DE DROIT PRIVE**

ACTIF	31/12/2019			31/12/2018
	Montant brut	Amort. et dépréciation	Montant net	Montant net
ACTIF IMMOBILISE				
Immobilisations incorporelles				
Frais d'établissement			0,00	
Autres immobilisations incorporelles	18 433,16	16 878,90	1 554,26	3 446,78
Immobilisations incorporelles en cours			0,00	
Immobilisations corporelles				
Terrains			0,00	
Constructions	4 266 199,64	2 194 768,09	2 071 431,55	2 251 399,66
Installations techniques, matériel et outillage	339 920,68	215 785,81	124 134,87	122 760,12
Autres immobilisations corporelles	569 807,21	436 427,10	133 380,11	122 433,28
Immobilisations corporelles en cours			0,00	
Immobilisations financières				
Participations et créances rattachées à des participations			0,00	
Autres titres immobilisés			0,00	
Prêts			0,00	
Autres immobilisations financières			0,00	
TOTAL I	5 194 360,69	2 863 859,90	2 330 500,79	2 500 039,84
Comptes de liaison (1)			0,00	
TOTAL II	0,00	0,00	0,00	0,00
ACTIF CIRCULANT				
Stocks et en-cours				
Matières premières et fournitures			0,00	
Autres approvisionnements			0,00	
En-cours de production (biens et services)			0,00	
Produits intermédiaires et finis			0,00	
Marchandises			0,00	
Avances et acomptes versés sur commandes			0,00	
Créances (2)				
Créances redevables et comptes rattachés (3)	40 961,45		40 961,45	40 989,83
Autres créances	18 834,80		18 834,80	188,18
Valeurs mobilières de placement	238 006,75		238 006,75	200 308,75
Disponibilités	657 298,21		657 298,21	751 377,14
Charges constatées d'avance	4 177,94		4 177,94	4 290,93
TOTAL III	959 279,15	0,00	959 279,15	997 154,83
Charges à répartir sur plusieurs exercices IV	58 381,72		58 381,72	65 834,80
Primes de remboursement des obligations V			0,00	
Ecart de conversion (actif) VI			0,00	
TOTAL GENERAL (I + II + III + IV + V)	6 212 021,56	2 863 859,90	3 348 161,66	3 563 029,47

(1) Un tableau annexé à ce bilan doit détailler les différents comptes de liaison relatifs à l'investissement, à l'exploitation et à la trésorerie pour cet établissement entre cet établissement et les autres établissements et services concernés.

(2) Dont à moins d'un an :

Dont à plus d'un an

(3) Dont créances mentionnées à l'article R. 314-96 du code de l'action sociale et des familles.

EHPAD LA ROSERAIE

BILAN PROPRE D'UN ETABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MEDICO-SOCIAL
GERE PAR UN ORGANISME DE DROIT PRIVE

PASSIF	31/12/2019	31/12/2018
FOND PROPRES		
Fonds associatifs sans droit de reprise		
Fonds associatifs avec droit de reprise		
Dons et legs		
Subventions d'investissement sur biens renouvelables		
Reserves		
Excédents affectés à l'investissement	117 035,03	117 035,03
Reserves de compensation	55 000,00	55 000,00
Excédents affectés à la couverture du besoin en fonds de roulement		
Autres réserves	145 446,24	145 446,24
Report à nouveau		
Report à nouveau (gestion non contrôlée)	-12 816,52	-12 816,52
Dépenses refusées par l'autorité de tarification ou inopposables aux financeurs	-32 036,90	-32 036,90
Résultat sous contrôle de tiers financeurs	149 902,70	235 980,91
Dépenses non opposables aux tiers financeurs	-32 867,76	-32 867,76
Résultat de l'exercice (excédent ou déficit) (1)	-3 925,43	-86 078,50
Subventions d'investissement sur biens non renouvelables	523 535,07	570 918,40
Provisions réglementées		
Couverture du besoin en fonds de roulement		
Amortissements dérogatoires et provisions pour renouvellement des immobilisations	46 063,87	32 754,36
Reserves des plus-values nettes d'actif		
Immobilisations grevées de droits		
TOTAL I	955 336,30	993 335,26
Comptes de liaison		
TOTAL II	0,00	0,00
Provisions pour risques		
Provisions pour charges	113 929,00	113 929,00
Fonds dédiés	306 886,13	342 128,80
TOTAL III	420 815,13	456 057,80
DETTES (3)		
Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit (2)	1 452 350,92	1 631 321,40
Emprunts et dettes financières divers (3)	100 274,85	95 702,04
Avances et acomptes reçus sur commandes en cours		7 850,00
Recevables créditeurs		
Dettes fournisseurs et comptes rattachés (4)	67 936,47	88 322,79
Dettes sociales et fiscales	245 225,03	223 300,51
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés		
Autres dettes (5)	106 222,96	67 139,67
Produits constatés d'avance		
TOTAL IV	1 972 010,23	2 113 636,41
Ecart de conversion (passif)		
TOTAL V	0,00	0,00
TOTAL GENERAL (I + II + III + IV + V)	3 348 161,66	3 563 029,47

(1) dont compte 1201 et compte 1291 : résultats sous contrôle de tiers financeurs

(2) Dont concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques.

(3) En particulier: aux cautions versées par les résidents à leur entrée dans l'établissement.

(4) Dont à plus d'un an :

Dont à moins d'un an :

(5) Dont fonds des majeurs protégés :

EHPAD LA ROSERAIE

BILAN FINANCIER D'UN ETABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MEDICO SOCIAL							
BIENS	2017	2018	2019	FINANCEMENTS	2017	2018	2019
Biens stables				Financements stables			
Immobilisations incorporelles nettes	6 235,78	3 446,78	1 554,26	Apports ou fonds associatifs		0,00	0,00
Immobilisations corporelles brutes				Réserves des plus values nettes (1)			
- Terrains			0,00	Excédents affectés à l'investissement	117 035,03	117 035,03	117 035,03
- Constructions	4 263 458,88	4 285 554,64	4 266 199,64	Subventions d'investissements	616 526,96	570 918,40	523 535,07
				Réserve de compensation des charges d'amortissement		32 754,36	46 063,67
- Installations techniques, matériels et outillages	294 859,97	398 228,46	339 920,68	Provisions pour renouvellement des immobilisations		0,00	0,00
- Autres immobilisations corporelles	514 500,57	551 761,64	569 807,21	Provisions réglementées sur plus-values nettes d'actif	0,00	0,00	0,00
Immobilisations en cours	0,00	0,00	0,00	Emprunts et dettes financières	1 806 664,65	1 631 321,40	1 452 350,92
Immobilisations financières	0,00	0,00	0,00	Dépôts et cautionnements reçus			
Amortissements comptables excédentaires différés (2)				Amortissements des immobilisations			
Charges à répartir	73 287,88	65 834,80	58 381,72	- Constructions	1 829 961,78	2 014 154,88	2 194 768,09
Autres	0,00	0,00	0,00	- Installations, matériels et outillages techniques	283 349,85	275 466,34	215 785,81
				- Autres immobilisations corporelles	403 833,93	428 328,38	436 427,10
Comptes de liaison investissement	0,00	0,00	0,00	Autres (3)	0,00	0,00	0,00
TOTAL II	6 162 340,88	6 284 826,22	6 236 863,51	Comptes de liaison investissement	0,00	0,00	0,00
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT NEGATIF (II-II)	0,00	0,00	0,00	TOTAL I	6 037 472,20	5 070 980,77	4 985 966,89
Actifs stables d'exploitation				FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT POSITIF (I-II)	0,00	0,00	0,00
Report à nouveau déficitaire (4)	71 135,03	77 721,18	77 721,18	Financements stables d'exploitation			
Résultat déficitaire (4)	0,00	86 078,50	3 925,43	Excédent et provisions affectés à la couverture du BFR	0,00	0,00	0,00
				Réserves de compensation des déficits	55 000,00	55 000,00	55 000,00
Droits acquis par les salariés non provisionnés (5)				Résultat excédentaire (4)	13 534,06	0,00	0,00
Autres				Report à nouveau excédentaire affecté à : (4)	215 860,70	235 980,91	149 902,70
Comptes de liaison trésorerie (stable)				- réduction des charges d'exploitation			
TOTAL IV	71 135,03	163 799,68	81 546,61	- financement de mesures d'exploitation			
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (III-IV)	0,00	0,00	0,00	Provisions pour risques et charges	113 929,00	113 929,00	113 929,00
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF	0,00	0,00	0,00	Fonds dédiés	303 963,20	342 128,80	306 886,13
Valeurs d'exploitation				Autres	178 656,43	145 446,24	145 446,24
Stocks		0,00	0,00	Comptes de liaison trésorerie (stable)			
Avances et acomptes versés		0,00	0,00	TOTAL III	880 545,39	892 484,96	771 164,07
Organismes payeurs, usagers	30 146,15	40 989,83	40 961,46	FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (III-IV)	300 216,34	722 658,27	649 617,46
				FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF	300 216,34	722 658,27	649 617,46
Créances diverses d'exploitation	15 264,14	188,18	18 834,80	Dettes d'exploitation			
Créances irrécouvrables en non-valeur (6)				Avances reçues	2 186,12	7 850,00	0,00
Charges constatées d'avance	4 492,35	4 290,93	4 177,94	Fournisseurs d'exploitation	79 903,19	88 322,79	67 936,47
Dépenses pour congés payés (7)				Dettes sociales	214 354,26	223 300,51	245 225,03
Autres				Dettes fiscales			
Comptes de liaison exploitation				Dettes diverses d'exploitation			
TOTAL VI	49 902,84	45 468,94	63 974,19	Dépréciation des stocks et créances			
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (VI-V)	0,00	0,00	0,00	Produits constatés d'avance	0,00	0,00	0,00
Liquidités				Ressources à reverser à l'aide sociale			
Valeurs mobilières de placement	200 308,75	200 308,75	238 006,75	Fonds déposés par les résidents	97 570,48	95 702,04	100 274,85
Disponibilités	863 031,79	751 377,14	657 298,21	Autres	24 287,45	67 139,67	106 222,96
Autres				Comptes de liaison exploitation			
Comptes de liaison trésorerie				TOTAL V	418 301,50	482 316,01	619 659,31
TOTAL VII	1 063 341	961 686	895 305	EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)	368 398,86	438 846,07	455 685,12
TRESORERIE POSITIVE (VIII-VII)	1 063 341	961 686	895 305	Financements à court terme			
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	6 336 719	6 445 781	6 276 789	Fournisseurs d'immobilisations		0,00	0,00
				Fonds des majeurs protégés			
				Concours bancaires courants			
				Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus			
				Autres			
				Comptes de liaison trésorerie			
				TOTAL VII	0	0	0
				TRESORERIE NEGATIVE (VIII-VII)	0	0	0
				TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)	6 336 719	6 445 781	6 276 789

(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 CASF.

(6) Concerne les établissements publics.

(7) Compte 1162, concerne les établissements privés.

EHPAD LA ROSERAIE**TABLEAU DES EMPRUNTS AUTORISES ET CONTRACTES**

Organisme prêteur	Date de souscription	Durée (années)	Taux %	Capital emprunté	Dette en fin d'exercice précédent		Remboursement du capital de l'année	Montant des intérêts de l'année
					Capital	Intérêt		
CAISSE EPARGNE(renégocié en 201	29/04/2004	22	2,25%	2 628 574,00	1 130 124,00	90 161,46	154 739,86	23 838,50
CRAM	30/04/2004	20		408 318,00	142 910,00	0,00	20 416,00	0,00
CREDIT COOPERATIF	02/06/2010	10	3,76%	90 000,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				3 126 892,00	1 273 034,00	90 161,46	175 155,86	23 838,50

EHPAD LA ROSERAIE

TABLEAU DES EMPRUNTS NOUVEAUX SOUMIS A AUTORISATION

Organisme prêteur	Date de souscription	Durée (années)	Taux %	Capital emprunté	Dette en fin d'exercice précédent		Remboursement du capital de l'année 2021	Montant des intérêts de l'année 2021
					Capital	Intérêt		
TOTAL				0	0	0	0	0

PLAN DE FINANCEMENT D'UN ÉTABLISSEMENT DU SERVICE SOCIAL OU MÉDICO SOCIAL							
EHPAD LA ROSERAIE							
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRD)							
RESSOURCES							
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)							
Réserves des plus-values nettes (établissements publics)							
Subventions d'investissement							
Excédents ou réserves de trésorerie affectés à l'investissement							
Réserves de compensation des charges d'amortissement							
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations							
Plus-values de cessions d'actifs / Dons et legs en capital							
Emprunts prévus au plan							
Autres dettes financières (dont débits et cautionnements reçus...)							
Amortissements des actifs acquis avant le démarrage du plan							
Amortissements des acquisitions du plan							
- Constructions (bâtiments)							
- Agencements installations							
- Matériel-outillage, équipements mobiliers							
- Autres immobilisations							
Amortissements des charges à répartir sur plusieurs exercices							
Total = A							
EMPLOIS							
Subventions d'investissement inscrites au compte de résultat							
Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement							
Reprise sur les provisions pour renouvellement des immobilisations							
Remboursement des emprunts antérieurs							
Rajustement des emprunts prévus au plan							
Investissements prévus au plan							
- Constructions (bâtiments)							
- Agencements installations							
- Matériel-outillage, équipements mobiliers							
- Autres immobilisations							
- Immobilisations financières - prêts, cautionnements versés.							
Charges à répartir sur plusieurs exercices							
Comptes de liaison investissement							
Total = B							
VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C							
FRI INITIAL = D							
FRI CUMULÉ = D + C = E							
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRB)							
RESSOURCES							
Excédent et provisions affectés à la couverture du BFR							
Dotations aux provisions pour risques et charges							
Reprise des déficits d'exploitation							
Autres (dont variations des droits non provisionnés)							
Comptes de liaison trésorerie							
Total = F							
EMPLOIS							
Reprise à l'investissement des réserves de trésorerie (art. R.314-48 du CASP)							
Reprise sur les réserves de compensation des déficits							
Reprise sur les provisions pour risques et charges							
Reprise des excédents							
- à la réduction des charges d'exploitation							
- affecté aux mesures d'exploitation							
Reprise sur fonds dédiés							
Autres (dont variations des droits acquis non provisionnés)							
Comptes de liaison trésorerie							
Total = G							
VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H							
FRE INITIAL = I							
FRE CUMULÉ = I + H = J							
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULÉ (E + J)							
2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2028
224 442	221 806	251 007	253 186	257 825	260 911	275 058	
12 855	14 053	-21 733	-56 061	-62 592	-66 517	-81 714	
-237 042	-222 980	-244 733	-300 784	-300 784	-363 376	-429 893	-511 808
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903	16 078	19 227	
1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
177 083	175 156	178 674	182 271	185 951	189 714	193 561	
47 379	46 650	42 543	37 544	36 954	35 507	35 507	
237 297	235 859	229 274	197 124	195 233	194 394	193 343	
7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453	
229 844	228 406	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263	
1 228	1 386	1 326	1 326	1 326	1 326	400	
5 827	1 386	5 827	5 827	10 903			

EHPAD LA ROSERAIE

PLAN DE FINANCEMENT D'UN ETABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MEDICO SOCIAL

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR)							
AUGMENTATIONS							
Stocks : rotation plus lente							
Stocks : effet volume et/ou prix							
Créances : allongement des délais de paiement et/ou effet volume/prix							
Dettes : diminution (volume et/ou prix) ou accélération des délais de règlement							
Reprise sur provisions pour dépréciation des actifs circulants							
Autres postes d'augmentations (congrés payés..)							
Comptes de liaison (cycle d'exploitation)							
Total = K	0	0	0	0	0	0	0
DIMINUTIONS							
Réduction des stocks							
Créances : diminution (volume et/ou prix) ou accélération des délais de paiement							
Dettes : allongement des délais de règlement et/ou effet volume/prix							
Dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants							
Autres postes de diminutions (congrés payés..)							
Comptes de liaison (cycle d'exploitation)							
Total = L	0	0	0	0	0	0	0
VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M	0	0	0	0	0	0	0
BFR INITIAL = N	-455 685	-455 685	-455 685	-455 685	-455 685	-455 685	-455 685
BFR CUMULE = N + M = O	-455 685	-455 685	-455 685	-455 685	-455 685	-455 685	-455 685
VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P	12 855	14 053	-21 733	-56 081	-62 592	-66 517	-31 714
TRESORERIE INITIALE	895 305	908 160	922 213	900 480	844 419	781 826	715 309
TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE <i>(estimations des montants à ajouter en fin d'année)</i>	908 160	922 213	900 480	844 419	781 826	715 309	633 595
Dettes fournisseurs d'immobilisations							
Autres postes (fonds des majeurs protégés,...)							
Montant minimum de liquidité nécessaires							
LIQUIDITES EN FIN DE PERIODE	908 160	922 213	900 480	844 419	781 826	715 309	633 595

EHPAD LA ROSERAIE

TABLEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION						
	2022	2023	2024	2025	2026	
Surcoûts (+) ou économies (-) sur les amortissements et frais financiers du Groupe III						
<i>amortissements de l'exercice précédent la première année du plan</i>	a	228 406	228 406	228 406	228 406	228 406
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan		219 229	182 518	175 551	170 536	166 263
Amortissements des nouveaux investissements	A	2 592	7 153	12 228	16 404	19 627
Amortissements des charges à répartir		7 453	7 453	7 453	7 453	7 453
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)		868	-31 282	-33 173	-34 012	-35 063
<i>Frais financiers de l'exercice précédent la première année du plan</i>	b	23 839	23 839	23 839	23 839	23 839
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan		20 321	16 723	13 043	9 280	5 432
Frais financiers sur emprunts nouveaux	B					
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)		-3 518	-7 116	-10 796	-14 559	-18 407
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE I						
Charges afférentes à l'exploitation courante		0	0	0	0	0
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE II						
Charges afférentes au personnel		0	0	0	0	0
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE III						
Autres charges afférentes à la structure (hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)		0	0	0	0	0
.....						
.....						
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan		-2 650	-38 398	-43 969	-48 571	-53 470

Procédure distincte d'investissement

Les dernières informations sur notre site Web:

<http://cifoso/eil.free.fr/>

Article R314-17 du C.A.S.F.

4° Les établissements et services sociaux et médico-sociaux dont l'actif immobilisé brut est inférieur à deux fois le montant fixé en application du premier alinéa de l'article L. 612-4 du code de commerce ne sont pas tenus d'établir un plan pluriannuel d'investissement prévu à l'article R. 314-20 (soit 306 000 €)

Article R314-20 du C.A.S.F.

I. - 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.

A cette fin, ils font l'objet d'une **présentation distincte des propositions budgétaires**, selon des formes fixées par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

L'autorité de tarification peut subordonner son accord à la mise en oeuvre d'un financement par reprise sur réserve de trésorerie, dans les conditions fixées au II de l'article R. 314-48.

II. - Les programmes et les emprunts mentionnés au I sont réputés approuvés sans réserves si l'autorité de tarification n'a pas fait connaître d'opposition dans **un délai de 60 jours** à compter de leur réception.

III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux modifications des programmes d'investissement, de leurs plans de financement, ou des emprunts, lorsque ces modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation.

Nom de l'établissement:

EHPAD LA ROSERAIE

Année du dernier exercice clos:

2019

SOMMAIRE

Bilan propre - Annexe 4

Bilan financier - Annexe 8

Tableau des emprunts autorisés et contractés - Annexe 6

Programme d'investissement - Annexe 5

Tableau des emprunts nouveaux soumis à autorisation - Annexe 7

Plan pluriannuel de financement - Annexe 2

Tableau des surcoûts d'exploitation - Annexe 10

Calculateur d'emprunt

Entrez vos valeurs	
Montant de l'emprunt	0,00 €
Taux d'intérêt annuel	0,00 %
Durée de l'emprunt en années	20
Nombre de versements par an	12
Date de début de l'emprunt	01/03/16
Versements supplémentaires facultatifs	

Synthèse de l'emprunt	
Versement périodique	
Nombre de versements prévu	
Nombre de versements requis	
Montant des versements anticipés	
Montant des intérêts	

Nom du prêteur : Crédit Mutuel

N° vers.	Date du versement	Solde initial	Versement périodique	Versement supplém.	Total des versements	Principal	Intérêts	Solde final

Dette en fin d'exercice précédent

Capital Intérêt

EHPAD LA ROSERAIE
36210 CHABRIS

CPOM 2022 A 2026

Prévision économique sur 5 ans Des surcoûts et/ou économies					
	2022	2023	2024	2025	2026
HEBERGEMENT	1 316	-29 164	-30 535	-31 603	-31 981
Amort précédant le plan	211 934	211 934	211 934	211 934	211 934
Amort sur acq antér au plan	203 512	169 488	164 740	161 058	158 567
Amort nouveaux invest	2 285	5 829	9 206	11 820	13 934
Amort des charges à répartir	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453
DEPENDANCE	0	0	0	0	0
Amort précédant le plan	3 397	3 397	3 397	3 397	3 397
Amort sur acq antér au plan	3 397	3 397	3 397	3 397	3 397
Amort nouveaux invest	0	0	0	0	0
Amort des charges à répartir	0	0	0	0	0
SOINS	-449	-2 119	-2 639	-2 410	-3 083
Amort précédant le plan	13 076	13 076	13 076	13 076	13 076
Amort sur acq antér au plan	12 320	9 633	7 415	6 081	4 300
Amort nouveaux invest	307	1 324	3 022	4 585	5 693
Amort des charges à répartir	0	0	0	0	0
Amort total précédant le plan	228 407	228 407	228 407	228 407	228 407
Amort total sur acq antér au plan	219 229	182 518	175 551	170 536	166 263
Amort total nouveaux invest	2 592	7 153	12 228	16 404	19 627
Amort total des ch à répartir	7 453	7 453	7 453	7 453	7 453
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES	867	-31 282	-33 174	-34 013	-35 063

Concernant les économies faites aux niveaux des frais financiers, elles sont imputables à 100% à la section **HEBERGEMENT**

**CONVENTION D'HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE POUR L'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
« La Roseraie » à CHABRIS**

ENTRE :

- Le Département de l'Indre, représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental, d'une part ;

ET :

- L'association « Maison de retraite de Chabris » à CHABRIS pour son activité EHPAD dont le siège social est situé 14 bis, rue Abel Bonnet 36210 CHABRIS, représenté par Madame Isabelle LAKHFIF en qualité de Directrice de l'EHPAD « La Roseraie », personne habilitée par le Conseil d'Administration (courrier du Président de l'association en date du 17 mars 2021) à signer le CPOM et conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, d'autre part.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles L.313-8, L.342-3-1 et D.342-2 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0313 et n° 2018-D-2886 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « La Roseraie » à CHABRIS, géré par l'association « Maison de retraite de CHABRIS » à CHABRIS, d'une capacité totale de 64 places ;

Vu le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Indre (RDAS) ;

Considérant le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2022-2026 conclu entre l'organisme gestionnaire de l'EHPAD « La Roseraie » à CHABRIS, le Département de l'Indre, et l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire ;

PREAMBULE :

Par arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0313 et n° 2018-D-2886 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « La Roseraie » à CHABRIS, géré par l'association « Maison de retraite de CHABRIS » à CHABRIS, d'une capacité totale de 64 places et valant habilitation à l'aide sociale, le Président du Conseil départemental de l'Indre, en application du Code de l'Action Sociale et des Familles, a habilité l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour la totalité de sa capacité, soit 64 lits (62 lits d'hébergement permanent et 2 lits d'hébergement temporaire).

Le CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.313-8-1 du CASF, entre l'Organisme Gestionnaire et le Conseil départemental. Les conditions et modalités sont précisées dans la présente convention.

Dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices, il est appliqué les dispositions du chapitre II du titre IV du livre III du CASF. Dans ce cadre, la tarification administrée ne vaut que pour les bénéficiaires de l'aide sociale selon les modalités prévues au CPOM et à la présente convention.

IL EST AINSI CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir la nature et les conditions de mise en œuvre des missions assurées par l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « La Roseraie » à Chabris au titre de la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale.

ARTICLE 2 : CATÉGORIES DE PUBLICS ACCUEILLIS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement s'engage à accueillir toute femme ou homme âgé d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail, dont le maintien à domicile n'est plus possible.

L'établissement peut à titre dérogatoire et après autorisation du Président du Conseil départemental de l'Indre, recevoir des personnes de moins de 60 ans.

ARTICLE 3 : NATURE DES ACTIONS ET PRESTATIONS GARANTIES AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Comme pour l'ensemble des résidents, l'établissement doit satisfaire aux normes minimales qualitatives et quantitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cela porte sur :

- un hébergement à temps complet à titre permanent ou temporaire et fournissant, pour chaque résident, à minima, le socle des prestations prévu à l'annexe 2-3-1 du CASF et décrit à l'article 4 du titre 2 du présent CPOM « tarification à l'hébergement », ainsi que le blanchissage du linge des résidents ;
- la proposition et la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant du temps de médecin coordonnateur ;
- la mise en œuvre et le suivi annuel d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident ;
- l'élaboration d'un contrat de séjour pour chaque résident ;
- un environnement architectural adapté et apportant un environnement confortable, rassurant et stimulant, permettant une vie sociale et un accueil des familles. L'établissement doit également disposer d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;
- l'élaboration d'un plan détaillé sur les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

L'établissement garantit également les normes réglementaires de sécurité. Toutes les prescriptions des commissions de sécurité et du service de protection contre l'incendie doivent être strictement observées et doivent être portées à la connaissance du Président du Conseil départemental.

Il doit s'assurer contre tous les risques d'accident pouvant survenir aux personnes âgées qu'il accueille, d'accidents ou dommages qui pourraient être causés par ces personnes et dont l'établissement pourrait être tenu responsable par l'application des articles 1382 et 1384 du Code Civil.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADMISSION ET DE RESERVATION DES PLACES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

4.1 – Admission à l'aide sociale

L'admission à l'aide sociale est soumise à des conditions d'attribution notamment de ressources prévues par le CASF et le RDAS de l'Indre.

Le dossier de demande d'admission à l'aide sociale, constitué des pièces justificatives dont la liste est communiquée par le Département, est déposé au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie du domicile de l'intéressé(e). Dès complétude, il est transmis au Président du Conseil départemental dans le mois suivant son dépôt.

Le dossier d'aide sociale comprend notamment la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire, fixée notamment au vu du livret de famille. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur de leurs ascendants postulant à l'aide sociale.

Après instruction par les services du Département, le Président du Conseil départemental décide de l'admission ou non à l'aide sociale, et en cas d'admission, qui est alors prononcée pour une durée maximale de 5 ans, fixe également la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale.

Aucune somme ne peut être prélevée de la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale sans l'autorisation du Département.

En cas de refus de l'aide sociale par le Président du Conseil Départemental, les frais avancés par le Département sont récupérés auprès du demandeur.

La décision est notifiée à l'intéressé(e) ou à son représentant légal et le cas échéant aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le Département.

En cas de désaccord sur l'obligation alimentaire, le Président du Conseil départemental peut saisir le juge des Affaires Familiales en lieu et place de la personne âgée pour fixer la contribution alimentaire.

L'établissement peut également exercer un recours auprès du Juge des Affaires Familiales, s'il y a lieu, contre les résidents ou contre leurs obligés alimentaires (art. L.314-12-1 du CASF ou L.6145-11 du Code de la Santé Publique).

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée dans les deux mois (délai pouvant être prolongé de deux mois à titre exceptionnel). A défaut, elle prend effet à compter de la date de dépôt de la demande (article R. 131-2 CASF).

Les décisions en cours de validité peuvent faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation. Constitue notamment un changement de situation le fait pour le bénéficiaire de

changer d'établissement. La décision d'aide sociale est alors effective à la date du changement de la situation.

La décision peut être également révisée avec répétition de l'indu, s'il apparaît que l'admission a été prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées.

Dans le cas d'une demande de renouvellement de la prise en charge des frais d'hébergement, la décision prend effet à la date d'expiration de la précédente prise en charge.

4.2. Rappels concernant la pré-admission à l'aide sociale

Pour toutes les personnes qui font une demande de prise en charge à l'aide sociale, l'établissement est tenu d'effectuer la récupération de 90 % des ressources de toute nature, ainsi que de l'allocation logement en totalité, dans l'attente de la décision relative à la prise en charge au titre de l'aide sociale. Le montant minimal des ressources du bénéficiaire laissées mensuellement à sa libre disposition ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (article R.232-34 du CASF) et/ou à 30 % du montant mensuel de l'allocation adulte handicapé (article D.344-34 et suivants du CASF).

Pendant cette période, il ne peut être réclamé à l'intéressé(e), à sa famille ou à quiconque un paiement complémentaire.

Si une caution est demandée à l'entrée en établissement, celle-ci ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée (art. R.314-159 du CASF).

L'aide sociale ne prend en aucun cas en charge les éventuels frais de réservation pour la période précédant l'entrée en établissement (art. R.314-149 CASF).

4.3. Conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Dans le cadre de sa procédure d'admission, l'établissement doit donner la priorité aux bénéficiaires de l'aide sociale. En tout état de cause, l'établissement ne peut refuser l'admission d'une personne bénéficiaire de l'aide sociale sauf pour raisons médicales.

ARTICLE 5 : MODALITES DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX ET SOUTIENS SOCIAUX AUX FINS DE FACILITER L'ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement doit mettre en œuvre les partenariats nécessaires ainsi que les actions d'information, la documentation et les procédures coordonnées afin de faciliter l'admission des bénéficiaires à l'aide sociale. Ce dispositif devra être énoncé dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement. L'organisme gestionnaire tiendra régulièrement informés les services du Département de l'Indre des modifications qui pourront être apportées. Il transmettra également tous les conventionnements conclus dans le cadre de ce dispositif.

ARTICLE 6 : REGLES RELATIVES A LA TARIFICATION DES RESIDENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

La prestation d'aide sociale légale permet la prise en charge par le Département des frais d'hébergement de la personne âgée ne pouvant assumer ces coûts avec l'aide de leurs obligés alimentaires.

La participation financière du Département de l'Indre s'adresse uniquement aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre.

6.1. Règles de calcul

Le montant de la prise en charge par le Département est calculé sur la base des tarifs journaliers hébergement et dépendance GIR 5-6 arrêtés par le Président du Conseil départemental.

Les modalités de calcul de la tarification applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale sont décrites à l'article 4 du titre 2 du CPOM pour la tarification de l'hébergement et à l'article 2 du titre 2 du CPOM pour la tarification de la dépendance.

6.2. Modalités de facturation des tarifs

Les tarifs sont payés à terme à échoir en application de l'article R.314-186 du CASF.

L'établissement est tenu d'informer le Conseil départemental de toute absence dans un délai maximum de 48 heures.

L'établissement, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, facture le jour d'entrée ainsi que chaque jour de présence, sous réserve des dispositions suivantes. Il ne facture pas le jour de sortie. Le jour du décès peut être facturé.

Absences pour hospitalisation : Lorsqu'une personne âgée hébergée est hospitalisée, il est procédé à une diminution du montant du forfait hospitalier sur le prix de journée hébergement de l'établissement au-delà de 72 heures d'absence. Cette minoration est déduite de la participation de l'aide sociale. Ce dispositif s'applique pendant une durée qui ne peut excéder 30 jours consécutifs d'hospitalisation pendant laquelle la place de la personne âgée est conservée par l'établissement. Au terme du délai de 30 jours, aucune facturation ne peut être adressée au Département de l'Indre et la personne âgée retrouve l'intégralité de ses ressources. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour hospitalisation (article R.314-178 du CASF).

Absences volontaires ou pour vacances : Pour les absences de courtes durées égales ou inférieures à 72 heures (samedis, dimanches, jours fériés, autres), le tarif hébergement est facturé lorsque le lever ou le coucher a lieu dans l'établissement. Toute personne âgée hébergée à titre permanent peut s'absenter temporairement pour des vacances dont la durée ne peut excéder 35 jours au cours d'une année civile. À son retour, la personne âgée retrouve sa place ou son logement dans l'établissement. Pendant son absence, l'établissement peut utiliser la chambre en dépannage. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour convenances personnelles à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour (article R.314-178 du CASF).

6.3. Modalités d'encaissement

Pour les établissements accueillant des résidents à titre permanent : le Département encaisse le montant net des ressources du bénéficiaire, et des sommes dues au titre de l'obligation alimentaire, après déduction des charges autorisées et du montant minimum à laisser à disposition du bénéficiaire.

Pour les établissements accueillant des résidents à titre temporaire : le Président du Conseil départemental fixe la part à la charge de l'aide sociale dans la limite du plafond constitué par le tarif hébergement temporaire de l'établissement, multiplié par la durée du séjour dans la limite de 90 jours, renouvelable une fois par période de 12 mois, en tenant compte des ressources de la personne et de celles de ses obligés alimentaires, et de son droit éventuel à l'APA.

Dans le cadre d'un hébergement à titre temporaire, la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires est recouvrée directement par l'établissement. La prestation d'aide sociale est payée au bénéficiaire ou à l'établissement sous réserve de l'accord de la personne.

6.4. Modalités de revalorisation des montants

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance (notamment celui afférent au GIR 5-6) sont fixés et revalorisés selon les modalités prévues dans le CPOM aux articles 4 et 2 du titre 2 et au vu des documents budgétaires et comptables également visés dans ce contrat.

ARTICLE 7 : DUREE, CONCILIATION ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION

7.1 – Durée de la convention

La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale est conclue pour une durée maximale de 5 ans (article L. 342-3-1 du CASF).

7.2 – Renouvellement ou prolongation de la convention

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention peut être renouvelée ou prolongée, en parallèle des négociations pour le renouvellement du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

ARTICLE 8 : RETRAIT DE L'HABILITATION

L'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour l'un des motifs suivants (article L.313-9 du CASF) : évolution des objectifs et des besoins, méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention, disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus, charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

Si l'établissement ne prend les mesures nécessaires pour respecter les dispositions requises comme demandé par le Département, l'habilitation est alors retirée dans un délai de 6 mois pour tous les motifs évoqués, sauf pour celui du non-respect des objectifs et des besoins qui entraîne le retrait de l'habilitation dans un délai d'un an.

L'abrogation de l'arrêté portant habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est dûment notifiée à ce dernier et vaut résiliation de la présente convention d'habilitation.

ARTICLE 9 : CONTENTIEUX

Les contestations susceptibles de s'élever entre le Département de l'Indre et l'établissement au sujet de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sont portées devant le tribunal administratif de Limoges, 2, cours Bugeaud – CS40410 - 87011 LIMOGES Cedex.

Fait en 3 exemplaires
à Châteauroux
le 17 mars 2022

Le représentant de l'organisme
gestionnaire
La Directrice de l'EHPAD,



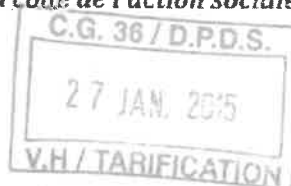
Madame Isabelle LAKHFIF

Le Président du Conseil départemental
de l'Indre



Monsieur Marc FLEURET

SYNTHESE DE L'EVALUATION EXTERNE
(3.5 de la section 3 du chapitre V de l'annexe 3- 10 du code de l'action sociale et des familles)



1 Introduction

L'établissement utilise la démarche qualité comme levier de progression tant au niveau de la qualité des prestations offertes aux personnes âgées, que de l'amélioration des conditions de travail et l'optimisation des ressources. L'équipe directionnelle a mis en place toutes les conditions requises pour que la démarche soit pérenne.

La politique qualité est définie ainsi que ses modalités de pilotage (copil pluridisciplinaire). La démarche est participative et a inclus les équipes de manière pluridisciplinaire.

Une démarche qui respecte les recommandations de bonnes pratiques ANESM et qui respecte les règles de la phase 1 de la démarche qualité : Savoir s'auto-évaluer.

Une politique qualité qui n'est pas acquise dans sa totalité : il y a peu d'analyse de pratique et l'évaluation des pratiques n'est pas encore instaurée.

L'établissement a consacré ces dernières années à adapter les locaux à la dépendance des résidents accueillis et mettre en place les bases des bonnes pratiques professionnelles et de bientraitance.

2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS

Une sensibilisation de faite à travers l'évaluation interne. Des équipes matures pour améliorer ses pratiques. Des indicateurs qui montrent déjà une appropriation même si il persiste un manque de formalisation.

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

Un projet pertinent, des ressources adaptées.

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 ;

Il positionne l'établissement sur son territoire et tient compte du positionnement philosophique impulsé par la direction d'une bonne prise en charge des résidents centrée sur la qualité de vie.

Il décline les filières de prise en charge en interne et les modalités de prise en charge : Alzheimer et poly-pathologiques.

Des équipes qui se sont appropriées les axes du projet après consultation.

Un projet d'établissement qui répond aux recommandations de bonnes pratiques avec une mise en œuvre partagée par l'ensemble des équipes.

Un pilotage structuré qui assure le suivi du projet à plusieurs niveaux :

- Stratégie avec un conseil d'administration impliqué, qui valide les orientations et suit les rapports d'activité.
- Opérationnel : Une directrice garante de la réalisation stratégique et qui est vigilante à un équilibre budgétaire, un médecin qui pilote et organise la mise en œuvre des soins, des équipes qui assurent la mise en œuvre des actions d'amélioration des soins.

Des organisations définies sur tous les services, des fiches de postes mises en place avec les besoins des résidents qui sont respectés.

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

Une équipe pluri-compétente :

Un ratio d'encadrement qui est de 0.57 avec un ratio soignant à 0.31 et un ratio IDE à 0.05.

Un ratio d'encadrement qui correspond à celui d'une convention tripartite n°2 et à un établissement qui soustrait les services hôteliers (linge plat et restauration), avec un ratio infirmier faible (moyenne 0.07).

Une volonté de qualifier le personnel de soins avec une équipe qui est soit diplômée, soit en cours de qualification.

Une volonté d'optimiser les ressources : un établissement qui est dans une gestion saine avec un léger excédent.

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

Une gestion prévisionnelle des emplois et compétences qui n'est pas formalisée mais qui est mise en pratique avec :

- Une qualification et une montée en compétence de l'ensemble du personnel
- Un plan de formation qui tient compte des recommandations de bonnes pratiques : formation bientraitance, nutrition, fin de vie, douleur... et qui respecte les injonctions sécuritaires. Des formations qualifiantes avec au global une équipe compétente dans chaque domaine respectif.

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 ;

Des réunions qui sont structurées et qui permettent une bonne cohésion institutionnelle : réunion d'information sur la stratégie, réunion liées aux transmissions 'information autour du résident.

Un plan de formation conséquent :

		<i>Nbre de jours de formation/agent</i>	<i>Nbre d'agents formés</i>
Prévention des chutes	Oui	1	16
Prise en charge de personnes atteintes de détériorations intellectuelles	Oui	2	15
Prévention de la maltraitance. Promotion de la bientraitance (humanité)	Oui	3	16
Prévention et traitement de la douleur	Oui	3	13
Accompagnement fin de vie	Oui	3	23
Nutrition	Oui		
Autres ⇒ à préciser : AFGSU 1 et 2	Oui	2 et 3	12 et 11

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 ;

Une équipe de direction à l'écoute.

Une absence de plaintes de salariés qui montre une satisfaction au travail.

Un accompagnement du nouveau salarié.

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

L'établissement a mis en place des rapports d'activité avec des indicateurs qui permettent d'analyser la population hébergée, les modalités d'accompagnement et de mesurer l'efficacité des mesures mises en place.

Un établissement qui se situe dans la moyenne des établissements :

Les résidents ont une moyenne d'âge de 87ans. La DMS est de 2 ans, 10 mois et 1 jour (14,52% d'hommes et 85,48% de femmes).

Le degré de dépendance pour 2014 est relativement stable avec un GMP de 693.89 et un PMP validé de 185 (source GALAAD, validée sur place).

Groupes iso-ressources 2014 : GIR 1 20,97% - GIR 2 30,65% - GIR 3 17,74% - GIR 4 22,58% - GIR 5 4,84% - GIR 6 3,23%

Compte Administratif 2013 – Total des charges : 2 414 311 €

Total des produits : 2 437 586 €

Résultat excédentaire : 23 275 €

- Le taux d'occupation en pourcentage sur 4 ans :

2011 : 98,49% en Hébergement Définitif - 80,78% en Hébergement Temporaire

2012 : 99,01% en Hébergement Définitif - 85,65% en Hébergement Temporaire

2013 : 99,31% en Hébergement Définitif - 83,97% en Hébergement Temporaire

2014 : 99,26% en Hébergement Définitif - 79,20% en Hébergement Temporaire

(au 01/10/2014)

Les données de soins informatisées sur Titan permettent d'analyser chutes, prises en charge de la douleur..... afin d'actualiser l'accompagnement des résidents sous forme de politique ou sous forme de prise en charge.

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

La dynamique projet de vie individuel est mise en place, elle tient compte des besoins des résidents en matière de soins, animation et vie sociale et hôtelier.

Le rythme de vie du résident est respecté et il dispose de sa liberté de libre circulation.

La présence d'une unité protégée permet d'assurer la sécurité de tous les résidents et un accompagnement plus approprié.

Un établissement qui assure la continuité de service par son ouverture sur l'extérieur. Des partenariats adaptés. Une intégration importante sur le monde extérieur au support de diverses sorties et animations (médiathèque, promenades, visites, etc.).

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 ;

Un établissement qui s'appuie sur des ressources externes.

Des contractualisations avec les structures hospitalières de référence qui permettent une continuité des soins.

Un approvisionnement par une officine de ville qui évite les ruptures de stocks et qui répond à l'urgence si nécessaire.

Des bénévoles qui interviennent dans l'établissement dans le cadre de l'animation.

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

Non évaluée.

12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

L'ensemble des acteurs gravitant autour de l'établissement peut tracer leurs actes sur le dossier informatisé. Le système est en phase de démarrage. La coordinatrice et les IDE servent de relais pour donner des informations de la part de tous les intervenants.

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 ;

Une architecture qui permet aux résidents d'avoir des espaces de convivialité et de recevoir leur entourage en toute intimité.

L'établissement répond aux normes du cahier des charges des EHPAD. Un gros investissement a été effectué :

en octobre 2007, sur un terrain acquis par la commune de Chabris et loué à l'association La Roseraie, cette dernière a fait construire des locaux pour un total de 64 lits (dont 2 d'hébergement temporaire), avec chambre particulière équipée d'une salle de bain. Dans le même temps, il a aussi été créé au premier étage une unité Alzheimer de 13 places.

Toutes les chambres sont accessibles aux handicapés et peuvent être personnalisées. L'établissement dispose de lieux collectifs conviviaux.

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

Une participation des usagers recherchée.

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 ;

Des recueils de données effectués mais peu de projets de finalisés. Les projets de soins sont individualisés.

Tous les salariés participent à son élaboration.

Une progression qui est faite dans la mise en œuvre car les élaborations demandent du temps, hors relèvements, pour permettre à l'équipe d'avancer comme elle le voudrait.

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.

Des résidents qui participent au recueil de données en phase d'admission, des données actualisées au regard des transmissions quotidiennes. Des projets qui sont partagés avec le résident et sa famille.

Des rythmes de vie des résidents respectés.

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 ;

Une évaluation qui se fait constamment au regard des besoins par le biais des transmissions, des synthèses.

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

Le dispositif respecte la réglementation : seul le médecin ou les IDE sont habilités à donner les renseignements soit après demande soit directement en fonction de l'importance de la demande.

Le personnel est respectueux du secret professionnel et de la discrétion à apporter.

La personne de confiance est recherchée dès l'admission.

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

Le conseil de vie social le CVS n'est pas conforme au cadre réglementaire de la loi 2002-02. Il n'y a pas d'appel à candidature, pas d'élection à bulletin secret.

Un CVS qui existe depuis 2009 qui donne son avis sur les organisations, la vie sociale.

Des boîtes aux lettres sont à la disposition des résidents et de leurs familles à l'accueil pour le recueil de leur avis, remarques...

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 ;

Plusieurs dispositifs favorisent l'expression des usagers :

Les commissions menus qui se réunissent tous les 3 mois avec des actions correctives mises en place immédiatement.

Le Conseil de vie sociale.

Un établissement respectueux de la liberté d'expression et de la mise en œuvre d'actions d'amélioration suggérées.

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 ;

Un établissement adapté :

Locaux (notamment salle à manger) très lumineux, circulation aisée pour les résidents (rien ne traîne dans les couloirs) Les chambres sont individuelles.

La signalétique est présente.

Les chambres sont spacieuses et le résident peut les aménager à sa guise.

La politique bientraitance rappelle les règles de respect :

Le personnel respecte l'intimité des personnes (frappe avant d'entrer...). Le contrat de séjour fixe les modalités de prise en charge, les documents relatifs à la loi 2002-2 sont explicités, les résidents les signent en connaissance de cause. Les chartes sont affichées.

La libre circulation est respectée.

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 ;

Le dispositif (fiche d'évènement indésirable) est mis en place. Les analyses des causes ne sont pas encore mises en œuvre afin d'actualiser le plan d'action qualité.

Le registre des plaintes et réclamations est mis en place. Il ne comporte pas de plaintes.

Les situations de crises sont protocolisées et suivies.

Les dysfonctionnements sont analysés en direct ou avec l'encadrement. Ils restent de l'ordre du ponctuel pour le moment.

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 ;

L'établissement a mis en place une gestion des risques à priori à travers la mise en place des documents réglementaires :

Bientraitance

DARI

Plan bleu

Risques bâtiment : incendie : le personnel est formé (absence de remarques à la commission de sécurité), carnet sanitaire (prélèvements conformes)...

Au regard des indicateurs, l'établissement assure un suivi des risques.

Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

Fiche Action N°1.1

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement et garantir l'expression des résidents

Personne Référente :	Directrice - IDEC	Date de création	30/06/2020	
Constat du diagnostic	Outils de la loi 2002-2 ; projet de soins ; projet personnalisé ; projet d'animation ; projet d'établissement Nécessité de poursuivre et de maintenir la généralisation du projet personnalisé d'accompagnement Elaborer un projet de vie spécifique pour la prise en charge des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer			
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Cibler les objectifs du PAP afin d'assurer un meilleur suivi - Obtenir l'accord du résident sur l'avenant au contrat de séjour (PAP) par sa signature - Remettre en place la notion de référent de résident pour assurer une meilleure définition et faciliter le suivi des PAP - Veiller à adapter les PAP aux résidents atteints de détériorations intellectuelles (par l'intervention de professionnels compétents gériatrie et psychogériatrie) - Formaliser une trame à transmettre aux familles pour recueillir leurs avis et attentes en vue de l'élaboration et l'évolution des PAP - Soumettre pour avis au Conseil de la Vie Sociale le contrat de séjour, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et les transmettre aux autorités de tutelles. - Organiser la réélection du Conseil de Vie Sociale, vote non réalisé en 2020 à cause crise sanitaire (réélection avant FIN 2021). - Renouveler les groupes de paroles animés par la psychologue (résidents, familles, personnel). 			
Identification des acteurs à mobiliser	Directrice - IDEC - psychologue - équipe soignante -			
Moyens nécessaires	<p>Organisation à mettre en œuvre en déployant du temps des professionnels.</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	
	Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident		0%	0
	Taux de révision ou d'actualisation des PAP		90%	
	Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)		non	
	Taux d'agents soignants formés au PAP			
	Nombre de CVS organisés par an		0	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Les attentes de la personne et le projet personnalisé - ANESM.			

Commentaires sur le Constat de résultat	
--	--

Fiche Action N°1 .2				
Axe 1				
Expression et participation individuelle et collective des résidents				
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance				
Personne Référente :	Medecin coordonnateur et IDEC		Date de création	13/02/2020
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 19 : - anticiper les situations de crise et d'urgence ; - favoriser l'expression des choix de la personne.			
	Modalités : - faire connaître à tous, les différents dispositifs et leurs caractéristiques ; - réaliser des supports d'information claires et accessibles à tous pour informer le public des droits de protection et de représentation apportées par la loi ASV ; - former le personnel des ESMS...			
Description de l'action	L'ensemble des informations nécessaires à la compréhension des directives anticipées, du rôle de la personne de confiance et du rôle du référent familial sont transmis à la personne ou aux proches pour décision éclairée. La formalisation des directives anticipées n'est pas une obligation de ce fait l'établissement laisse le libre choix à la personne de remettre ses directives anticipées. En cas de troubles cognitifs, un échange entre le médecin traitant et les proches sera établi pour repérer les éventuelles volontés précédemment formulées. Recueillir les directives anticipées des résidents dès l'admission ; Expliquer le rôle de la personne de confiance et recueillir sa désignation ; Transmettre au résident et à la famille un écrit sur le rôle du référent familial.			
Identification des acteurs à mobiliser	Equipe soignante et personnel d'accueil.			
Moyens nécessaires	Formulaires explicatifs sur les directives anticipées, la personne de confiance et le référent familial. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées	14%		
	Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance	100%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Consentement éclairé.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

Fiche Action N°2.1

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification

Personne Référente :	Directrice	Date de création	07/12/2020	
Constat du diagnostic	<p>Efficacité de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilier/locaux ; réponse aux besoins du territoire</p> <p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...</p>			
Description de l'action	<p>L'établissement s'est doté d'un nouveau médecin coordonnateur en date du 18 janvier 2021. Cette nouvelle compétence a permis à l'établissement de fiabiliser ses données au niveau du soin, par l'apport de connaissances solides sur le système d'information. Impliquer le médecin coordonnateur dans la fiabilisation des données de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiabiliser les données du tableau de bord de la performance ANAP, en maintenant la dynamique de remplissage coordonnée par les services de l'établissement ; - Veiller à la complétude et la fiabilisation des données budgétaires et financières dématérialisées transmises aux autorités de tarification (EPRD, PGFP, ERRD, EPCP, ERCP...). 			
Identification des acteurs à mobiliser	Directrice, médecin co, IDEC.			
Moyens nécessaires	<p>Communication et diffusion de l'information.</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Données tableau de bord ANAP complétées à 100%	100%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>L'établissement dispose d'un système d'Informations informatisé sur tous les secteurs qu'ils soient administratifs, soins ou vie sociale. Les données transmises aux autorités de tutelles sont extraites directement des logiciels, ce qui favorise leur fiabilité.</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°2.2				
Axe 2				
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.				
2-2 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ ou services				
Personne Référente :	Directrice		Date de création	01/09/2021
Constat du diagnostic	objectif fiche action 31 : - rationaliser et maîtriser les dépenses - adapter les organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires			
	Modalités : - accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation des coûts - s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services). la mutualisation devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts - aider au recrutement de personnel via la mutualisation - échange de compétences			
Description de l'action	Mutualiser des compétences , des formations et des moyens techniques entre EHPAD. Mutualiser des équipements et des installations entre EHPAD du département (véhicule, balnéothérapie, salle de cinéma).			
Identification des acteurs à mobiliser	Comité de pilotage - CVS - Conseil d'Administration.			
Moyens nécessaires	Réunions de réflexion et d'information avec les instances de notre établissement, échanges avec directeurs EHPAD et BRAINSTORMING avec le comité de pilotage.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	conventions inter-ehpad signées	0%		
	existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	0		
	nombre de conventions inter-ehpad signées	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Veiller à observer le principe d'optimisation des coûts tout en conservant, voir améliorant les prestations des résidents.			
Commentaires sur le Constat de résultat				



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

Fiche Action N°3.1

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	01/09/2021
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie		
Description de l'action	Renforcer la culture des soignants pour systématiser le recours à l'HAD et ou les soins palliatifs en cas de besoin.		
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur - équipe soignante.		
Moyens nécessaires	Réunions de débat et d'amélioration des pratiques.		
	Date de début : 01/01/2022	Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	CONVENTION	
	Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an	0 0%	
	Nombre d'interventions de l'HAD / an	0	
	Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	oui	
	Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	35%	
	convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)	Equipe mobile de soins palliatifs Equipe mobile gériatrique	
	nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP	0 100%	
	nombre d'intervention de l'EADSP	3	
	Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur	0	

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Des conventions permettant de compléter les prises en charge des résidents sont établies avec l'HAD du Berry et HAD 41 et les Soins palliatifs du 36, le CODESPA, leur recours est à optimiser.
Commentaires sur le Constat de résultat	

Fiche Action N°3.2

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	16/03/2021	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 29 développer l'usage de soutiens numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé objectif PRS n°31 développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients			
Description de l'action	Développer l'utilisation du DMP.			
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur et médecins externes.			
Moyens nécessaires	Formation des utilisateurs. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	compatibilité du logiciel soin avec le DMP	oui		
	taux de résidents avec un DMP	0%		
	si télémédecine : nombre de télé-expertise et/ ou téléconsultations réalisées / an	0		
	Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	26		
	% de résidents admis par via trajectoire	0%		
	Existence d'une messagerie sécurisée	oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Respect du secret médical.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°3.3			
Axe 3			
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social			
3.3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée			
Personne Référente :	Directrice - Médecin coordonnateur	Date de création	09/12/2020
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI		
	objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les Personnes Agées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie		
Description de l'action	Poursuivre la réflexion concernant les astreintes IDE de nuit, notamment avec la possibilité d'une convention avec l'HAD. Favoriser l'insertion dans le futur projet IDE de nuit qui pourrait se développer sur le territoire.		
Identification des acteurs à mobiliser	Directrice, Médecin coordonnateur, IDEC, HAD.		
Moyens nécessaires	Trouver des compétences IDE dans le cadre d'une convention avec HAD.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Coopération inter établissement	CONVENTION	
	Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	0%	
	Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement	0	
	Nombre d'interventions de l'IDE avec déplacement	0	
	Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit	0	
	Convention avec un service de gériatrie	oui	
	Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	non	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Manque d'IDE intéressées et contraintes réglementaires qui empêchent la prise de poste le lendemain. Configuration géographique avec des déplacements maximum de 30mn.		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 3.4			
Axe 3			
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social			
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS			
Personne Référente :	Directrice	Date de création	04/03/2020
Constat du diagnostic	<p>objectif fiche action 14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du Département ; - permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS. <p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - application de la réglementation sur le socle des prestations ; - diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ; - utilisation des différents supports à disposition: livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniors36. 		
Description de l'action	<p>Continuer la collaboration avec la mairie de CHABRIS (site internet, bulletin municipal...)</p> <p>Créer le site internet de l'établissement.</p> <p>Dans le cadre du parcours patient : transmettre le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et autres supports d'information appropriés à la population accueillie ou susceptible d'être accueillie (ex : créer des supports en gros caractères pour palier une déficience visuelle).</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	Directrice - Mairie de Chabris.		
Moyens nécessaires	<p>Prestataire extérieur concernant la création du site internet de l'établissement.</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours
	Existence d'un site internet.	Non	
	Nombre de connexions annuelles (si existence du site)		
	Nombre de livrets d'accueil transmis.	62	
	Nombre de journées évènements par an		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Respect du droit à l'image et de la réglementation RGPD.</p> <p>Les moyens de communication externe sont divers (presse, tableau d'affichage extérieur municipal, affichage dans les commerces, Facebook ...)</p> <p>Les demandes de renseignement sont réalisées de façon orale puis complétées par la remise de documents tels que le livret d'accueil, les tarifs ...</p>		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 3.5				
Axe 3				
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social				
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile				
Personne Référente :	Directrice	Date de création	01/02/2020	
Constat du diagnostic	Objectif fiche action 15 : - permettre à la personne âgée dépendante accueillie en établissement de conserver un lien social ; - développer la communication ; - faciliter les relations résident/famille/établissement.			
	Modalités : - veiller à la mise en place et au fonctionnement du CVS ; - proposer d'autres modes de participation ; - inciter les bénévoles à suivre des formations ; - faire vivre la charte du bénévolat ; - inciter les établissements à organiser des réunions d'information régulière en direction des familles.			
Description de l'action	<p>Faciliter les liens des personnes avec leurs proches Les familles peuvent venir voir leurs proches sans horaires définis mais avec des recommandations. L'hébergement est possible en cas de fin de vie. Des salons à chaque étage sont à disposition des familles. Chaque résident possède une boîte aux lettres pour la confidentialité du courrier. La journée des familles facilite le lien. Les résidents peuvent avoir une ligne téléphonique et réaliser des visioconférences. Le Wifi est accessible dans tout l'établissement. L'établissement a développé une page Facebook pour poster des moments de la vie quotidienne.</p> <p>La VMEH intervient toutes les semaines. Elle se rapproche des personnes isolées pour les accompagner. Une socio-esthéticienne qui dépend de l'UDAF intervient mensuellement. Des conventions sont conclues avec : - Médiathèque pour l'animation - Bénévoles (famille) qui réalisent des animations</p> <p>L'établissement se situant en centre-ville, les résidents peuvent s'ils le souhaitent participer aux associations de la commune. L'établissement est en cours de réélection des membres du CVS. Il fait participer les résidents et leur famille à la commission des menus.</p> <p>Maintenir les animations culturelles en les ouvrant au grand public Mettre en place une convention avec la commune pour prévenir tout risque éventuel lors de l'accueil de personnes extérieures en période de canicule à la demande de la mairie de notre commune.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	Résidents - familles - psychologue - personnel.			
Moyens nécessaires	Temps - organisation et candidats.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2022	
	Date de fin :		31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents			
	Nombre de réunions réalisées avec les familles			
	Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PAP)			
	Nombre d'actions organisées et tournées vers l'extérieur			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Difficultés à identifier des candidatures (CVS).			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 3.6

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire

Personne Référente :	IDEC	Date de création	01/09/2021	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 22 : - permettre un projet durable de maintien à domicile en soulageant ponctuellement les aidants naturels ; - préparer à une entrée en établissement d'hébergement permanent.			
	Modalités : - inciter les établissements à offrir une prestation de qualité ; - définir avec les établissements des modalités d'admission en hébergement temporaire qui permettent leur mobilisation facile et rapide voire même en urgence ; - mettre à disposition des acteurs locaux du maintien à domicile et des familles des informations actualisées sur les capacités disponibles d'accueil ; - obtenir une médicalisation des lits à un niveau identique à celui des lits d'hébergement permanent ; - identifier clairement les lits d'hébergement temporaire au sein de l'établissement et les réserver exclusivement à cet accueil en adaptant les règles de comptabilisation de ces lits dans les budgets ; - respecter les durées maximales de séjour ; - assurer une communication suffisante sur l'existence et le fonctionnement de ce type d'accueil.			
Description de l'action	L'établissement participe aux réunions coordination gérontologique afin de prévenir les ruptures de parcours, l'absence ou l'inadéquation des solutions. Notre établissement dispose de deux places en hébergement temporaire. Les motifs d'admission sont divers : suite d'hospitalisation, soulagement des aidants, difficultés de maintien à domicile ... Dans ces contextes, l'établissement instaure une dynamique pour favoriser le retour à domicile (portage de repas, aides à domicile, mise en place d'appel d'urgence, constitution de dossier d'APA ...). Déployer l'information sur l'hébergement temporaire, notamment auprès des assistantes sociales de secteur (établissement ou C.C.A.S.)			
Identification des acteurs à mobiliser	IDEC- assistantes sociales de secteur - médecins libéraux de secteur			
Moyens nécessaires	Mise en place d'un échange régulier entre soignant et assistantes sociales de secteur, médecin de secteur et IDEC.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire	13		
	Durée moyenne de séjour en hébergement temporaire			
	Liste des motifs d'admission en hébergement temporaire	Soulagement des aidants Besoins en soins complémentaires		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'établissement a fait une identification partagée des besoins avec les acteurs du territoire qui a conclu à une intégration de l'accueil temporaire dans l'organisation de l'EHPAD. L'enjeu est de diversifier l'offre de l'EHPAD afin de proposer des solutions intermédiaires entre le domicile et l'institutionnalisation, mais également une offre spécifique qui réponde à des besoins de sujets âgés atteints de la maladie Alzheimer ou apparentés, etc. qui sont souvent synonymes de besoins croissants en soins et en accompagnement. Dans une logique de maintien à domicile en autonomie, le parcours pourra concerner la personne âgée à domicile grâce au déploiement de solution intermédiaire, dont l'hébergement temporaire. Cette solution prépare également l'accueil permanent au sein de l'EHPAD quand le maintien à domicile n'est plus possible.			
Commentaires sur le Constat de résultat				



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

Fiche Action N° 4.1

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 Améliorer la prise en charges des résidents atteints de Maladies Neuro-Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident.

Personne Référente :	Directrice	Date de création	01/10/2020	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie développer le recours à l'évaluation gériatrique en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télémédecine, consultations avancées, développer le recours à l'expertise géro-psycho-geriatrique, favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif....			
Description de l'action	6,00 ETP AS sont formés en ASG. 2 professionnels sont en cours de formation en soins palliatifs et 6 sont formés. Bénéficiaire d'interventions de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie, sensibilisation/formation pour développer la culture gériatrique et la culture des soins palliatifs. Bénéficiaire d'une antenne géro-psy pour couvrir l'ensemble des besoins des résidents. Poursuivre les formations d'ASG			
Identification des acteurs à mobiliser	Equipe soignante - Directrice.			
Moyens nécessaires	Formations ASG et soins palliatifs. Equipe géro-psy externe. Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par le forfait global soins. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de résidents en atelier mémoire par an	12		
	Nombre d'ASG en ETP	6,00		
	Nombre d'AS envoyé en formation d'ASG			
	Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	0		
Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	0			

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>L'établissement est organisé en unités différenciées avec des projets d'accompagnement différents. Il est réparti en deux unités sur trois niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none">- une unité pour les personnes atteintes de pathologies Alzheimer et apparentées. L'essence du projet est le maintien des capacités cognitives (13 lits).- une unité destinée à accueillir des personnes âgées valides, semi-valides et dépendantes. Le projet d'unité est organisé au travers d'un accompagnement autour des sens et du ressenti. Cette unité porte un projet et un accompagnement particulièrement adapté (51 lits). <p>Par ailleurs, l'établissement est vigilant sur les décompensations. L'équipe repère les changements de comportement qui seront discutés en équipe pour une veille active auprès de la personne. Des actions (prescription de kinésithérapie ou aide à la toilette pour maintenir et/ou retrouver l'autonomie...) seront mises en place au besoin.</p> <p>L'établissement est soucieux de développer la culture gériatrique et la culture des soins palliatifs par la formation. Par exemple, la formation sur les soins palliatifs est un thème réitéré sur plusieurs années pour permettre son accès à un maximum de professionnels. La professionnalisation de tous les aides-soignants par la formation en Assistance des Soins Gérontologiques est un objectif de l'établissement.</p>
Commentaires sur le Constat de résultat	

Fiche Action N° 4.2			
Axe 4			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes			
4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition, des soins bucco-dentaires et auditifs et des escarres			
Personne Référente :	Directrice- Médecin coordonnateur - IDEC -		Date de création 16/03/2021
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...) développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.</p>		
Description de l'action	<p>Des bilans auditifs ont été réalisés, certains résidents ont été appareillés en juin 2021. Développer la prévention et les soins bucco-dentaires et auditifs par l'intervention d'équipes mobiles (intervenant externe qui se déplacerait au sein de l'établissement ou véhicule avec intervenant itinérant si existant sur le secteur). Poursuivre la préparation de plats enrichis en lien avec la diététicienne du prestataire. Mettre à jour le protocole de prévention et de traitement des escarres en incluant une échelle d'évaluation.</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	Professionnels extérieurs - pôle santé de la commune. Médecin coordonnateur - IDEC - IDE		
Moyens nécessaires	<p>Compétences et matériels. Réunion - documentation - sensibilisation</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	oui	
	Nombre de résidents dénutris		
	Surveillance de la courbe de poids	oui	
	Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	61%	
	Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	oui	
	Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	non	
	Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire	0%	
	Nombre de résidents présentant des escarres par an		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Respect des préconisations des matériels et des soins et de la prise en charge des escarres. Difficultés pour intervention d'équipe mobile bucco-dentaire.</p>		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 4.3				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes				
Personne Référente :	Directrice - IDEC		Date de création	30/06/2020
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques de chute			
Description de l'action	Bénéficier des compétences d'un ergothérapeute afin d'améliorer la prévention des chutes. Réviser les prescriptions de contention en tenant compte des bonnes pratiques.			
Identification des acteurs à mobiliser	Ergothérapeute libéral. IDEC - Médecins.			
Moyens nécessaires	Moyen budgétaire pour vacances (ergothérapeute). Temps médical.			
Calendrier prévisionnel & indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Protocole de prévention de chutes	oui		
	Nombre de chutes prises en charge	125		
	Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	1%		
	Nombre de chuteurs à répétition	6		
	Protocole de contention	oui		
	Taux de résidents avec contention prescrite	66%		
	Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	12		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'évaluation du risque de chute est réalisée à l'entrée, après une hospitalisation ou un alitement prolongé. Le kinésithérapeute réalise un bilan qui propose le matériel adapté (déambulateur avec ou sans roulette, cannes). La nature des sols est adaptée, l'encombrement au sol est réfléchi, en cas de ménage des panneaux sont positionnés. Les résidents ont des chaussures adaptées. Les chutes sont analysées au fur et à mesure. L'équipe prend les mesures adaptées pour prévenir les chutes.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.4

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament

Personne Référente :	Medecin coordonnateur - IDEC - Directrice	Date de création	27/05/2020					
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail objectif PRS n° 24 réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse							
Description de l'action	L'identification des demi-comprimés jusqu'à leur administration est effective depuis juin 2021. Poursuivre l'identification des comprimés et demi-comprimés jusqu'à leur administration. Prévoir la réalisation d'un audit sur le circuit du médicament. S'assurer de l'usage de la règle des 5B (bon médicament, au bon dosage, par la bonne voie, au bon moment, au bon résident).							
Identification des acteurs à mobiliser	IDEC - IDE. Prestataire extérieur							
Moyens nécessaires	Temps IDE. Budget pour l'audit.							
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2022		Date de fin :	31/12/2026		
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
	Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)		15					
	Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)		6					
	Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés		0% 0%					
	Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)		non					
	Présence d'un protocole circuit du médicament		oui					
	L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?		non					
	Nombre d'écarts		0					
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Suivi des bonnes pratiques de prescription du sujet âgé.							
Commentaires sur le Constat de résultat								

Fiche Action N° 4.5

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe

Personne Référente :	Medecin coordonnateur	Date de création	01/09/2021	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables endéveloppant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins Axe F du Schéma départemental - L'adaptation du règlement départemental d'aide sociale			
Description de l'action	Sensibiliser les professionnels et les résidents à la nécessité de la vaccination anti-grippale.			
Identification des acteurs à mobiliser	Medecin coordonnateur, IDEC, IDE			
Moyens nécessaires	Documentation - réunions.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux de résidents vaccinés contre la grippe	75%		
	Taux de personnel vaccinés contre la grippe	43%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Respect des recommandations, informations nationales et régionales.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.6				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables				
Personne Référente :	Directrice - Comité de pilotage		Date de création	16/03/2021
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins			
Description de l'action	Développer la culture qualité au sens large (gestion documentaire, techniques d'évaluation, analyse des événements indésirables..) Formaliser la procédure des EI, EIG et EIG erreurs médicamenteuses. Sensibiliser le personnel sur les événements indésirables, sur la distinction entre EI et EIG et sur la procédure à appliquer. Mettre en place un plan de développement de la culture des EI et EIG.			
Identification des acteurs à mobiliser	Ensemble du personnel			
Moyens nécessaires	Prestations de qualitatif - documentation - formation -budget. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	oui		
	Protocole de déclaration des EIG	oui		
	Nombre d'EIG déclarés	0		
	Nombre de RETEX formalisés	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.7

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD

Personne Référente :	Directrice- Médecin coordonnateur	Date de création	01/09/2021	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 20 : - formaliser la procédure d'admission au sein des EHPAD (recherche de consentement, délai de rétractation, personne de confiance, modalités de transfert des résidents) ; - informer le grand public des droits et obligations des résidents en EHPAD.			
	Modalités : - information et formation des professionnels sanitaires et sociaux de l'accompagnement des personnes âgées ; - mise à jour des différents documents au sein des EHPAD ; - utilisation des outils existants (dossier d'admission Cerfa, déclaration de la personne de confiance...) et protocolisation dans le strict respect du cadre juridique de l'utilisation des outils numériques de fluidification des "parcours" via trajectoire			
Description de l'action	Mettre à jour la procédure d'admission, notamment sur la base des recommandations de l'HAS.			
Identification des acteurs à mobiliser	Directrice, Médecin coordonnateur, IDEC, personnel administratif			
Moyens nécessaires	Compétence d'un auditeur. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	nombre d'entrées respectant les critères d'admission			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Respect de la charte de l'auditeur.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.8

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS

Personne Référente :	Directrice	Date de création	27/05/2020	
Constat du diagnostic	<p>Objectifs fiche action 28 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - veiller à la bientraitance ; - sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance ; - insister sur l'importance de l'accompagnement et de la relation humaine dans l'accueil des personnes. <p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accompagner les personnels en mettant en place des formations, en veillant à maintenir en adéquation leur tâche et leur qualification ; - veiller à ce que les CPOM et les projets d'établissement et de service contiennent cette dimension qualitative de l'accompagnement et de la prise en charge ; - évaluer régulièrement les établissements en leur demandant les actions mises en place pour améliorer la qualité de la prise en charge ; - vérifier que le droit des résidents et des usagers sont bien respectés. 			
Description de l'action	<p>Formation des professionnels. Définir des référents bientraitance et leur fournir une fiche de mission.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	Référents bientraitance à définir au sein du personnel.			
Moyens nécessaires	<p>Formations</p> <p>Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année			
	Nombre de réunions d'information sur la bientraitance			
	Rythme des réunions du comité bientraitance			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Respect des recommandations de l'HAS			
Commentaires sur le Constat de résultat				



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360002174

EHPAD LA ROSERAIE

Privé Non Lucratif

ASSO MAISON DE RETRAITE DE CHABRIS (360000517)

Ass.L.1901 non R.U.P

14 BIS RUE ABEL BONNET - 36210 CHABRIS

Téléphone : 02 54 00 40 00 Email : mdr.chabris@wanadoo.fr

Fiche Action N° 5.1

Axe 5 : Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines :

- Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail
- Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements
- Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences

Personne Référente :	Comité de pilotage	Date de création	04/03/2020
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail		
Constat du diagnostic	objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie : structurer et développer les dispositifs de formation		
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser la transmission des savoirs acquis en formation. - Continuer à améliorer la QVT, sensibiliser le personnel à l'utilisation du matériel. - Satisfaction du personnel : évaluée chaque année. - Réalisation du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) annuelle comprenant les risques psychosociaux avec définition d'un plan d'actions. - Réaliser régulièrement un questionnaire de satisfaction auprès du personnel. - Faire une étude des risques psycho-sociaux et établir un plan d'actions. - Diffuser les RBPP pour l'ensemble des professionnels. - Mettre en place un livret d'accueil pour le personnel (et en particulier les nouveaux agents et les stagiaires) et le diffuser. Actualiser régulièrement ce document. - Etablir également un livret d'accueil pour les bénévoles. 		
Identification des acteurs à mobiliser	Comité de pilotage.		
Moyens nécessaires	Organisation anticipée des attentes sur le relais des acquis à fournir à chaque personne partant en formation (création d'une trame pour relayer les informations acquises lors de la formation).		

	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Taux d'absentéisme	8,72%		
	Taux d'absentéisme courte durée	0,06%		
	Taux d'accident du travail	0,00%		
	Taux d'ETP vacants au 31/12	130,00%		
	Taux de rotation des personnels	5,00%		
	Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	7,69%		
	Ratio d'encadrement global	0,594		
	Nombre de points GIR par AS	0,00		
	Ratio d'encadrement AS/ASH	0,442		
	Ratio d'encadrement IDE	0,055		
	Taux de remplacement du personnel	26%		
	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	0		
	Plan de formation : O/N	oui		
	Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS	0		
	Organisation comprenant un pool de remplacement	non		
	Nombre de formations qualifiantes	1		
	taux de retour des questionnaires de satisfaction du personnel			
	nombre d'actions définies suite à l'évaluation des risques psychosociaux			
	Evaluation de la satisfaction du personnel			
	Réalisation du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) annuel comprenant les risques psychosociaux avec définition d'un plan d'actions.			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Responsabilisation des professionnels pour assurer le déploiement des compétences acquises. Accompagnement du personnel dans l'appropriation des RBPP.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 5.2			
Axe 5 : Ressources Humaines			
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail			
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines			
Personne Référente :	Président du Conseil d'Administration	Date de création	01/07/2021
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 27 : - aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines ; - mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme...		
	Modalités : - formation du personnel ; - mise en place de bilans sociaux et analyse de ces documents ; - élaboration de différents tableaux de bord.		
Description de l'action	Poursuivre le processus de formation qualifiante de la directrice en place.		
Identification des acteurs à mobiliser	Directrice.		
Moyens nécessaires	Plan de Formation. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Obtention de la qualification		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Respect de la formation qualifiante.		
Commentaires sur le Constat de résultat			



**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
géré par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI)
situé à Lieudit Gireugne – BP 317 – 36006 Châteauroux Cedex**

**N° FINESS : 36 000 6480 - 36 000 4691 - 36 000 4717 - 36 000 4725 - 36 000 2448 –
36 000 2489 - 36 000 2539 - 36 000 2588 – 36 000 3362 - 36 000 4733**

2022-2026

Entre,

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

Le Département de l'Indre,
Dénommé le Département

Adresse : Place de la Victoire et des Alliés – CS20639
Code postal : 36020
Commune : CHATEAUROUX CEDEX

représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental de l'Indre,

L'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire,
Dénommée l'ARS

Adresse : Cité Coligny, 131 rue du Faubourg Bannier
Code postal : 45 044
Commune : ORLEANS CEDEX

représentée par Monsieur Laurent HABERT, Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire,

Et d'autre part :

Le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI)
Dénommé l'Organisme gestionnaire
pour l'activité EHPAD

Adresse : Lieudit Gireugne – BP 317
Code postal : 36106
Commune : CHATEAUROUX Cédex

représenté par Monsieur François DEVINEAU, en qualité de Directeur du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI), personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Visas et références juridiques	3
TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat.....	4
Article 2 : Objectifs du CPOM.....	6
TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT	8
Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP	8
Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance	8
Article 3 : Forfait soins.....	10
Article 4 : Tarification de l'hébergement.....	12
Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans	15
Article 6 : Investissements pluriannuels.....	15
Article 7 : Modalités d'affectation des résultats.....	16
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	17
Article 1 : Suivi et évaluation du contrat.....	17
Article 2 : Traitement des litiges	19
Article 3 : Révision et Résiliation du contrat.....	19
Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	20
Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans.....	20
Article 6 : Renouvellement du contrat	20
Article 7 : Evaluation	20
TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM.....	21
• Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé.....	21
• Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire	21
• Annexe 3 - Suivi des objectifs fixés.....	21
• Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)	21
• Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	21
• Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....	21
• Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM).....	22
• Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat	22
• Annexe 9 - Fiches actions.....	22

Visas et références juridiques

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment les articles L312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le Code de la Santé Publique ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

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

Vu le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur HABERT Laurent en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Vu la délibération n° CD_20210701_001 relative à l'élection du Président du Conseil départemental ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret N°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 22 mars 2018, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental de l'Indre ;

Vu la circulaire N° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;

Vu l'instruction ministérielle n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de l'Agence Régionale de Santé ;

Vu le Programme régional de santé deuxième génération 2018- 2022 de l'ARS Centre - Val de Loire ;

Vu le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de l'ARS Centre - Val de Loire ;

Vu le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017 ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0307 et n° 2018-D-2891 du 18 octobre 2018 portant renouvellement des autorisations des EHPAD(s) gérés par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI) à SAINT-MAUR d'une capacité totale de 582 places et autorisation d'extension de la Plateforme d'Accompagnement et de Répit (PFR) de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) George Sand à Châteauroux, pour la mise en place de deux antennes : une à l'EHPAD Béthanie à Pellevoisin et une à l'EHPAD de la Cubissole à Le Blanc ;

Considérant la convention tripartite signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, le Directeur Général de l'ARS Centre – Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 8 juin 2016 et ses avenants.

Il a été conclu ce qui suit :

TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Département de l'Indre et le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre à Châteauroux gestionnaire de l'activité EHPAD, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Présentation de l'Organisme gestionnaire :

Nom du gestionnaire (entité juridique)	Centre Départemental Gériatrique de l'Indre
N°FINESS (EJ)	36 000 039 2
Directeur	François DEVINEAU
Adresse	Lieudit Gireugne – 36006 CHATEAUROUX CEDEX
Téléphone	02.54.53.77.50
E-mail	cdgi@cdgi36.fr
SIREN	
Statut juridique	Etablissement Public de Santé

Activités de l'entité juridique :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et Nom de l'établissement ou service	Date de dernier renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge	36	EHPAD (HP+HT) + PASA + A]	03/01/2017	582	582
Handicap					
Protection de l'enfance					
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire	36	USLD + UHR		81	81
Publics spécifiques	36	PfR + EMG			
Autre activité non soumise à autorisation					

Modalités d'organisation présentées par l'entité juridique :

Pilotage en Direction commune EP'AGE 36.

Organigramme présenté par l'entité juridique :

Voir organigrammes transmis.

Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir le forfait global de soins :

ESMS ou personne morale signataire destiné à percevoir le forfait global de soins PA	Centre Départemental Gériatrique de l'Indre
Caisse pivot de rattachement	CPAM de l'Indre

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

Nom de l'établissement	EHPAD du CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE
N° FINESS (ET)	36 000 6480 - 36 000 4691 - 36 000 4717 - 36 000 4725 - 36 000 2448 - 36 000 2489 - 36 000 2539 - 36 000 2588 - 36 000 3362 - 36 000 4733
Directeur	François DEVINEAU
Adresse	Gireugne BP 317 36250 SAINT MAUR
Téléphone	02.54.53.77.50
E-mail	cdgi@cdgi36.fr
Statut juridique	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Fonction publique hospitalière
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarif global
Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) sous réserve de l'approbation par les autorités de tarification * Sous réserve de l'accord préalable des autorités de tarification	<i>Transformation de l'offre en lits d'EHPAD :</i> Projet d'EHPAD « hors les murs » Accueil de nuit Projet de relaiage

*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

Capacités totales de l'établissement EHPAD du C.D.G.I.			
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont Habilité à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	558	558	558
- Dont unité sécurisée	83	83	83
- Dont Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	14	14	
- Dont Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Hébergement temporaire (HT) médicalisé	14	12	14
Hébergement temporaire (HT) médicalisé – chambre relais (1)		2	
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Accueil de jour (AJ)	10	10	10
TOTAL	582	582	582

(1) L'établissement dispose d'une autorisation de 14 lits d'hébergement temporaire habilités à l'aide sociale dont 2 lits sont réservés pour des chambres relais qui ne sont pas habilités à l'aide sociale.

Les EHPAD gérés par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Ce CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 du CASF, entre l'Organisme gestionnaire et le Conseil départemental dans les modalités et conditions prévues en annexe 6. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation correspond à la capacité de l'EHPAD, à savoir 572 lits (558 lits d'hébergement permanent et 14 lits d'hébergement temporaire) et 10 places d'accueil de jour.

La participation financière départementale à l'EHPAD pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre, est stipulée dans l'annexe 6 précitée et le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de l'Indre.

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

Voir sommaire convention en pièce jointe.

Article 2 : Objectifs du CPOM

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat sur la base du diagnostic partagé (annexe 1).

Diagnostic partagé

Elaboré au cours de l'année 2021, le diagnostic partagé a permis de mettre en évidence les points forts, les points d'amélioration et les pistes d'actions à partir :

- ✓ d'un bilan des objectifs de la précédente convention tripartite, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe ainsi que du projet d'établissement ;
- ✓ d'une visite d'état des lieux de certaines résidences par le Département et l'ARS.

Cette démarche a permis de déterminer conjointement les objectifs et d'élaborer les fiches-actions jointes au présent CPOM.

Engagements des co-contractants

Les parties s'engagent dans une démarche de maintien et d'amélioration continue de la qualité, en conformité avec la réglementation ainsi que les principes et les droits élémentaires de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Elles s'engagent également à faire en sorte que la qualité de prise en charge repose sur une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet de service, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, et également dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées.

Les objectifs du présent contrat s'appuient notamment sur :

- ✓ les axes fondamentaux inscrits dans les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017.

L'organisme gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs du présent CPOM. Les objectifs et les délais de réalisation sont énoncés dans des fiches-actions dédiées annexées au présent CPOM (Cf. annexe 9).

Les axes retenus dans le présent CPOM sont les suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Expression et participation individuelle et collective des résidents	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement 1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance 1-3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; Transformation, regroupement d'établissements renforcement de l'efficacité de gestion Opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopération Développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification 2-1bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion 2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports 2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ ou services
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes Développement de nouvelles prestations Partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs 3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé 3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée 3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS 3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile 3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire 3-7 Consolider la couverture départementale en accueil de jour
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents Démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident 4-1bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents 4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins bucco-dentaires 4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes 4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament 4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe 4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables 4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD 4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS 4-9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage 4-10 Mettre en adéquation les besoins de coordination et d'organisation des soins constatés sur le terrain et les moyens affectés 4.11 : Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA) 4.12 : Maitrise du risque infectieux
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail	5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)	6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants 6-2 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile 6-3 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel 6-4 Projet de diversification de l'offre de la Plateforme de répit : le relayage

TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT

En préalable, il est rappelé que les moyens dédiés du contrat s'inscrivent dans un calendrier budgétaire défini comme suit par le CASF :

- ✓ **Au plus tard le 31 octobre** de l'année qui précède l'exercice concerné, transmission aux autorités de tarification compétentes de l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours. Pour les établissements publics autonomes, transmission à l'ARS des délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité ;
- ✓ Notification des produits de tarification par les autorités de tarification ;
- ✓ **30 jours après la notification des ressources la plus tardive et au plus tard le 30 juin de l'année n**, transmission aux autorités de tarification du cadre normalisé de l'EPCP complet et ses annexes via un dépôt sur la plateforme EPRD de la CNSA ;
- ✓ **Dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt sur la plateforme import EPRD**, observations sur le cadre normalisé de l'EPCP complet et ses annexes par les autorités de tarification.

Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (Gir Moyen Pondéré : GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré : PMP) servent de base de calcul pour les forfaits dépendance et soins. Elles sont réalisées de façon simultanée par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Elles sont basées sur la plus récente des évaluations et, au plus tard, le 30 juin de l'année qui précède la conclusion du présent contrat, ainsi qu'au cours de la troisième année (articles R. 314-170 et suivants du CASF).

Le GMP et PMP de l'établissement couvert par le CPOM en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et Nom de l'ESMS	GMP	Validé le	PMP	Validé le	GMPS (PMPx2.59)+GMP
360006480	500 - EHPAD	691	09/07/2021	293	09/07/2021	1 449.87

Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance

Dépenses couvertes par le forfait global relatif à la dépendance (article R. 314-176 du CASF)

La part du forfait global relatif à la dépendance ne peut couvrir que les charges suivantes :

- ✓ Les fournitures pour l'incontinence ;
- ✓ Les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, concurrentement avec les produits relatifs à l'hébergement,
- ✓ Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurrentement avec les produits relatifs à l'hébergement ;

- ✓ Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux, dans les conditions prévues au présent article et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, concurremment avec les produits relatifs aux soins,
- ✓ Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- ✓ Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Modalités de calcul du forfait global relatif à la dépendance (articles R.314-172 et suivants du CASF)

Le Forfait Global Dépendance (FGD) de l'hébergement permanent (HP), correspond à l'équation tarifaire suivante :

$$\text{FGD} = \left[\frac{\text{niveau de perte d'autonomie}}{\text{nombre de personnes hébergées}} \times \text{capacité autorisée} \times \text{point GIR départemental} \right] + \text{financements complémentaires}$$

La répartition des résidents par niveau de GIR et la valorisation en points (1 040 points pour un GIR 1 ou 2, 660 points pour un GIR 3 ou 4 et 280 points pour un GIR 5 ou 6) permet de déterminer le **niveau de perte d'autonomie** de l'établissement.

La **valeur du point GIR départemental** est calculée en divisant le total des forfaits globaux dépendance de l'année N-1 de l'ensemble de tous les établissements du département par le total des points de la dernière évaluation du niveau de perte d'autonomie de ces établissements.

Le résultat de cette équation constitue le **niveau de ressource cible**, appelé forfait global dépendance cible.

Le résultat de cette équation est ensuite modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la **capacité de places autorisées et financées**. Toutefois, la décision d'appliquer la modulation au forfait dépendance revient au Département, autorité de tarification compétente.

Des modifications du forfait global relatif à la dépendance peuvent être envisagées pour tout projet nouveau en adéquation avec les orientations du schéma départemental gérontologique, dans le périmètre de l'autorisation, et sous réserve d'une validation et d'une autorisation préalable. Ce type de modification fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Dispositif transitoire de convergence

La réglementation a posé une période transitoire de 2017 à 2023 afin d'amener progressivement (au rythme de 1/7^{ème} par an) l'établissement vers le forfait global dépendance cible sur les bases du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Durant cette période, le forfait global dépendance de l'année « n » est calculé de manière dérogatoire en prenant en compte, entre autres, le forfait global dépendance n-1 et le taux d'évolution annuel arrêté par le Président du Conseil départemental.

Calcul des tarifs journaliers dépendance

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont calculés de la manière suivante :

$$\text{tarif GIR 1-2} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 (\text{nb de jours d'ouverture})} \times 1\,040$$

$$\text{tarif GIR 3-4} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 (\text{nb de jours d'ouverture})} \times 660$$

$$\text{tarif GIR 5-6} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 (\text{nb de jours d'ouverture})} \times 280$$

* nb de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents

Financement du forfait global dépendance

Le Département de l'Indre finance le forfait global dépendance, déduction faite de :

- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de l'Indre au titre du tarif journalier GIR 5 et 6 ;
- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'APA au titre des ressources, recouvrée par l'établissement d'accueil ;
- ✓ la participation des résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA ;
- ✓ la participation des résidents qui ont conservé leur domicile de secours dans un autre département ;
- ✓ la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

A noter que pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident ou pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, - à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour-, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

Pour calculer la part du financement du Département de l'Indre, l'établissement doit fournir, dans l'annexe 4 « activité » de l'arrêté du 27 décembre 2016, la répartition prévisionnelle des résidents par GIR et le nombre de résidents dont le domicile de secours n'est pas dans l'Indre. Ce **document doit être rempli de façon sincère**. Le Département vérifiera la véracité de ces données sur la base des notifications des bénéficiaires de l'APA.

Le gestionnaire de l'établissement se doit d'être vigilant d'une part sur le maintien de son activité et d'autre part sur les droits à l'APA de ses résidents.

Article 3 : Forfait soins

Modalités de calcul du forfait soins

Le forfait global relatif aux soins de l'hébergement permanent (HP) est égal à la somme des éléments suivants (article R314-159 du CASF) :

- ✓ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R314-162 du CASF prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées au point 4/1/1-2. La formule de calcul est la suivante :

$$\text{valeur du point de l'option tarifaire} \times \text{GMPS} \times \text{capacité}$$

La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

- ✓ des financements complémentaires mentionnés à l'article R.314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils peuvent couvrir les dépenses :
 - des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
 - du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
 - des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;
 - des actions de prévention ;

- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;
- des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;
- les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R314-159 du CASF est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R 314-160 du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

La dotation soins des autres dispositifs (HT, AJ, PASA, UHR, PFR, autre) est égale à la dotation soins reconductible de ces dispositifs à laquelle est appliqué le taux d'actualisation comme défini ci-dessous. Ces montants viennent s'ajouter à la dotation soins de l'HP pour former la dotation globale de soins de l'établissement.

Evolution annuelle de la dotation soins

Actualisation de la dotation soins :

La dotation soin du CPOM sera actualisée dans la limite des crédits alloués annuellement à l'ARS Centre-Val de Loire. A ce titre, l'ARS appliquera un taux d'actualisation des budgets par ESMS en fonction des directives d'actualisations de la CNSA et du taux d'actualisation de la Dotation Régionale Limitative et du respect de la politique de convergence intra-régionale, tels qu'indiqués dans le Rapport annuel d'Orientation Budgétaire.

Crédits non reconductibles :

Les EHPAD pourront être éligibles à l'attribution de crédits non reconductibles (CNR) selon les besoins recensés et les possibilités de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'attribution des CNR donne lieu à un fléchage précis par l'ARS Centre-Val de Loire qui fait l'objet d'un suivi annuel.

L'établissement doit transmettre avec l'ERCP au 08/07/N+1 le tableau de suivi des CNR.

Possibilités de modification de la dotation soins :

- ✓ Projets autorisés en cours de réalisation et inscrits au PRIAC au cours de leur année de mise en œuvre ;
- ✓ Les projets nouveaux proposés, de part et d'autre, en réponse aux besoins exprimés sur le territoire de santé de l'Indre, dans le respect de la réglementation du régime des autorisations en vigueur et sous réserve d'un accord de financement des moyens nécessaires ;
- ✓ Tout projet nouveau, dans le périmètre de l'autorisation, sous réserve d'une concertation préalable et d'un accord de financement des moyens nécessaires.

Ce type de modification fera l'objet d'un avenant au CPOM.

Financements soins pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM

- Hébergement permanent :

Forfait global de soins :

FINESS ET	Nom de PESMS	Option tarifaire	Valeur de point 2021	GMPS	Capacité de l'HP	Résultat de l'équation tarifaire = dotation plafond = cible 2021	Base reconductible soins au 01/01/2021 avant actualisation et résorption	Ecart à la dotation plafond au 01/01/2021
360006480	EHPAD GRANDS CHENES CDGI	Global	13,10	1 070,04	558	7 821 778,39	7 821 778,39	0

Financements complémentaires :

FINESS ET	Montant de financement complémentaire non reconductible pour la 1ère année du CPOM	Date d'attribution et de notification des financements complémentaires	Fléchage

Chaque année, l'octroi de financements complémentaires fera l'objet d'un avenant.

- Dotation globale au 1^{er} janvier 2021 comprenant l'ensemble des dispositifs :

FINESS ET	HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Dotation globale
360006480	7 821 778,39	161 081,77	116 338,65	69 799,21		206 560,21	8 375 558,23

Le montant de la dotation globale indiqué dans le tableau ci-dessus ne tient compte ni du taux d'actualisation qui sera appliqué en année N, ni d'une possible revalorisation de la valeur du point, ni des possibles CNR qui pourraient être attribués. Une décision de tarification sera notifiée chaque année par l'ARS Centre-Val de Loire et tiendra compte de l'ensemble de ces éléments.

Article 4 : Tarification de l'hébergement
--

Cadre général

Les EHPAD sont habilités à l'aide sociale départementale. La tarification à l'hébergement permanent et temporaire relève donc exclusivement de la compétence du Président du Conseil départemental de l'Indre pour les seuls résidents bénéficiaires de l'aide sociale (article L. 314-2 I-3e du CASF).

Dans le cadre de l'habilitation totale, une part de la capacité est tarifée hors tarification à l'aide sociale pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L.342-3-1 du CASF

et suivants et D.342-1 et suivants du CASF), en application des modalités prévues au CPOM et à la convention d'aide sociale (annexe 6).

L'établissement peut ainsi choisir de retenir pour l'ensemble des résidents le tarif arrêté par le Président du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'établir un tarif spécifique pour les résidents à titre payant sur délibération du Conseil de surveillance. Dans ce cas, il devra appliquer les dispositions indiquées ci-dessous.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le Département prend en charge le coût journalier d'hébergement comprenant :

- ✓ le ou les tarif(s) journalier(s) afférent(s) à l'hébergement correspondant au **socle de prestations**, à savoir :
 - les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
 - les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage y compris celles relatives au blanchissage du linge personnel des résidents, et de nettoyage à l'extérieur concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
 - les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
 - les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;
- ✓ le tarif journalier afférent à la dépendance en GIR 5-6 (ticket modérateur).

Pour **les résidents non bénéficiaires à l'aide sociale** (à titre payant), le prix des prestations à l'hébergement relève de la compétence de l'Organisme gestionnaire de l'établissement (article L. 342-1 et suivants du CASF).

Types de prestations d'hébergement

Les prestations offertes doivent prévoir :

- dans tous les cas un "socle de prestations" comprenant des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage du linge hôtelier et d'animation de la vie sociale (annexe 2-3-1 du CASF) ;
- pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale du Département de l'Indre, les prestations de blanchissage du linge du résident.

Elles peuvent prévoir en supplément du « socle des prestations », d'autres prestations d'hébergement librement acceptées et acquittées par les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Modalités de fixation du ou des tarif(s) pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour la première année du CPOM : (année 2022 qui sera l'année de base zéro)

Dans le cadre de la procédure contradictoire de la première année du CPOM, l'Organisme gestionnaire transmettra au Département au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 ses **propositions** budgétaires et leurs annexes pour la section hébergement. Si le Département demande des compléments, ils devront être transmis au plus tard dans un délai de quinze jours à la suite de la demande.

Parallèlement, le Département procédera à une **démarche dite « vérité des coûts, des prestations »** sur la base du compte administratif des années n-2, n-3 et n-4 et du dernier budget prévisionnel alloué.

Une **rencontre budgétaire** entre les deux parties est ensuite organisée pour valider les propositions budgétaires de l'année n (année base zéro) sur la base de cette double analyse. A l'issue de cette rencontre, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement retenu est notifié à l'établissement par voie postale et/ou voie électronique.

L'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception pour faire connaître son éventuel désaccord en motivant de manière circonstanciée les raisons qui rendent impossible, selon lui, le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir. A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés ci-dessus, l'établissement est réputé avoir approuvé la version proposée par l'autorité de tarification.

Le **tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de soixante ans et plus**¹, est calculé de la manière suivante :

Montants des charges et recettes prévisionnelles de la section = hébergement arrêtés par groupes par le département
activité prévisionnelle de l'exercice

Ce tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'Organisme gestionnaire (article R. 314-182 du CASF) afin de tenir compte notamment :

- ✓ du nombre de lits par chambre ;
- ✓ des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- ✓ de la localisation et du confort de la chambre ;
- ✓ de l'accueil temporaire ;
- ✓ de l'accueil de jour ;
- ✓ des coûts liés à la prise en charge des personnes sous protection.

Conditions d'actualisation et de revalorisation des tarifs pour les années suivantes :

Le Département arrête chaque année un taux directeur prévu à l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF. Ce taux ne constitue ni un droit, ni un maximum mais un indicateur. Il s'applique, selon les dispositions des articles L. 313-8 et R 314-40 CASF, sur les dépenses hors charges financières et dotations aux amortissements.

Le Département reste attaché au **principe d'une concertation annuelle**. Afin de préparer la rencontre annuelle entre le Département et l'Organisme gestionnaire, ce dernier devra fournir, au plus tard, pour le 31 octobre les documents suivants :

- ✓ Un rapport détaillé et justifié laissant apparaître ses besoins, ses problématiques et l'état de ses demandes ;
- ✓ Une étude financière d'impact et des surcoûts ;
- ✓ Des documents justificatifs.

Cette rencontre permettra de débattre, selon les orientations du Département :

- ✓ Des modalités de fonctionnement de l'établissement ;
- ✓ Des impacts financiers sur la tarification dans le cadre du CPOM ;
- ✓ De l'évolution de la réalisation du Projet Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- ✓ Du projet d'établissement.

A l'issue de cette démarche, le Département pourra soit :

- ✓ appliquer le taux directeur ainsi que la prise en compte des charges financières et des dotations aux amortissements ;
- ✓ prendre en compte, en totalité ou partiellement, les demandes spécifiques exprimées et ainsi amender l'évolution du tarif hébergement retenu en année N – 1. Le tarif ainsi établi pour l'année N est arrêté par le Président du Conseil départemental tandis que le tarif libre, si l'établissement décide d'appliquer cette procédure, est fixé par délibération du Conseil de surveillance de l'établissement.

Modalités de fixation des prix pour les résidents à titre payant et leur variation

Si l'établissement décide d'appliquer le principe d'une liberté de tarification pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, et en application de l'article L. 342-3 du CASF, le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour passé préalablement à l'admission entre

1 Le tarif appliqué aux résidents âgés de moins de 60 ans est précisé à l'article 5.

l'établissement et le résident ou son représentant légal. Ce contrat détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur. Une annexe contractuelle au contrat de séjour décrit l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement, qu'elles relèvent ou non du socle de prestations. Toute modification tarifaire ou de prestation fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

L'ensemble des tarifs doivent être établis et approuvés par le Conseil de surveillance de l'organisme gestionnaire, être communiqués aux résidents ou à leurs représentants légaux et portés à la connaissance du Président du Conseil départemental et du public.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé au 1er janvier de chaque année par arrêté interministériel en application des articles L. 342-3 et D. 342-5 du CASF.

Si l'établissement est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), les prestations correspondant au calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables sont régies par la convention conclue au titre de l'APL. Elles n'évoluent donc pas en fonction de cet arrêté.

Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est équivalent (article R.314-188 du CASF) :

- ✓ au tarif moyen journalier afférent à l'hébergement ;
- ✓ auquel est ajouté la part de forfait global relatif à la dépendance obtenu en divisant ce dernier par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l'établissement.

Ce tarif est affecté aux charges d'hébergement, sur la base du tarif journalier moyen à l'hébergement, et pour le solde, à la couverture des charges de dépendance.

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est arrêté par le Président du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale (ou si le principe de libre tarification est appliqué), le Conseil de Surveillance de l'établissement fixe par délibération le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Pour l'ensemble des résidents, la part de forfait global relatif à la dépendance est arrêtée par le Président du Conseil départemental.

L'évolution du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement est basé sur celle de la tarification de l'hébergement. Quant à celle du forfait relatif à la dépendance, elle relève des dispositions citées précédemment (article 2 du titre 2).

Article 6 : Investissements pluriannuels

L'ensemble des investissements prévus pendant la période effective du CPOM fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé, pour « l'année de base zéro » du CPOM, par l'ARS et/ou le Département selon leurs compétences respectives.

Le PPI annexé au présent CPOM (annexe 5) est composé d'un état des investissements pour les cinq années du CPOM avec leur date de réalisation, les modes et les durées d'amortissement, le plan pluriannuel de financement actualisé détaillé, le tableau des emprunts et le tableau des surcoûts par section tarifaire.

Le PPI intègre :

- ✓ les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements/charges financières... valorisés dans le tableau des surcoûts par section tarifaire) ;
- ✓ des projets supplémentaires d'investissement (sécurité/mise aux normes/opération de travaux : réhabilitation, restructuration, construction/projet d'établissement...).

Les accords de l'ARS et/ou du Département pourront faire l'objet d'un avenant au contrat en tant que de besoin.

Dans le cadre du passage en Etat Prévisionnel des Charges et des Produits (EPCP), le gestionnaire devra faire apparaître dans les documents à transmettre simultanément à l'ARS et au Département, les impacts des investissements prévus au PPI notamment à travers le tableau de financement par section tarifaire.

Aucun autre investissement augmentant la dotation aux amortissements et les charges financières ne pourra être engagé sans accord des autorités de tarification et, le cas échéant, entraînera une révision du PPI concerné.

Tout surcoût issu de la réactualisation annuelle des PPI pesant sur les budgets d'exploitation devra être financé dans les limites des moyens accordés par chaque financeur (forfait global pour la section tarifaire soins, forfait global pour la section tarifaire dépendance et tarifs journaliers pour la section tarifaire hébergement).

Tout recours à l'emprunt supérieur à un an pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS et/ou au Département (art. L. 314-7 du CASF). Les éventuels frais financiers découlant d'emprunts nouveaux devront être compris dans le PPI et être soumis à validation de l'autorité de tarification compétente.

L'Organisme gestionnaire devra prioriser, tant pour les investissements que pour les financements, les opérations du plan pluriannuel d'investissement, afin que leur consolidation soit globalement équilibrée.

Le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre à Châteauroux pour son activité EHPAD a fourni un PPI formalisé qui a fait l'objet d'observations et de demandes de complétude. Ce dernier a donc été déclaré incomplet à la date de signature du CPOM (tel qu'énoncé au présent article et selon les dispositions de l'arrêté NOR: SOCA0324061A du 22 octobre 2003) ; par conséquent, les autorités de tarification n'ont validé aucun Plan Pluriannuel d'Investissements dans le cadre de ce CPOM. Le PPI actuellement en cours de finalisation et ses modalités de financement devront être approuvés par les autorités de tarification et feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

Article 7 : Modalités d'affectation des résultats

Si la libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD, elle doit s'effectuer au regard des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. L'affectation de ces résultats fait l'objet d'un examen par le Conseil de Surveillance de l'Organisme gestionnaire. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Conformément à l'article R. 314-234 CASF, les résultats excédentaires sont à affecter en priorité :

1. à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2. à un compte de report à nouveau ;
3. au financement de mesures d'investissement ;
4. à un compte de réserve de compensation des déficits ;
5. à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF ;
6. à un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

En conséquence, la couverture des déficits qui reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire, est couverte en priorité :

1. par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affectée à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Toutefois, il est rappelé que conformément aux articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF, l'ARS et le Département pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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.

Par ailleurs, lors de l'étude des projets pluriannuels d'investissement, il sera tenu compte des anticipations réalisées ou non par l'organisme gestionnaire sur les affectations de résultat.

La transmission des documents de l'ERCP mentionnés aux articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, devra être faite au plus tard le 8 juillet de l'année n+1.

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 : Suivi et évaluation du contrat

Il est mis en place un comité de suivi et des dialogues de gestion pour le suivi et l'évaluation du contrat.

Le comité de suivi :

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de chaque partie au contrat.

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

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'Organisme gestionnaire en cours de contrat dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, notamment :

- ✓ évaluations internes (à fournir un an avant l'échéance du présent contrat) ;
- ✓ évaluations externes ;
- ✓ documents budgétaires et comptables ;
- ✓ suivi des objectifs du présent contrat ;
- ✓ données du tableau de bord de la performance ;
- ✓ bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat.

D'autres documents pourront être joints en tant que de besoin.

Par ailleurs, l'Organisme gestionnaire transmet aux autorités de tarification compétentes, au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné :

- ✓ l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours.

Le rapport annuel d'étape

Le rapport annuel d'étape établi par l'établissement doit être transmis au plus tard au 8 juillet de chaque année, dans le cadre de l'ERCP, qui comporte :

- ✓ Le cadre normalisé de l'ERCP complet et ses annexes ;
- ✓ Un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, dont le modèle est fixé par arrêté interministériel, et qui différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
 - Le Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé.
- ✓ Un rapport financier et d'activité qui comprend :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du présent ;
 - L'affectation des résultats ;

Il est accompagné des documents supplémentaires suivants :

- ✓ Le tableau de suivi des provisions et réserves par établissement et service ;
- ✓ Le tableau de suivi des crédits non reconductibles de la section soins par établissement et service.

L'ARS et le Département se réservent le droit de réaliser toute vérification permettant de s'assurer de la conformité du rapport annuel.

Pour la troisième année et la cinquième année du CPOM, le rapport d'étape devra également être accompagné du tableau de suivi des objectifs fixés (annexe 3 : Suivi et évaluation de la réalisation du CPOM).

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,
- ✓ au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

Un ou des dialogues de gestion supplémentaire(s) en cours d'exécution du contrat pourront être organisés dans les cas et les modalités prévus au contrat.

Le **dialogue de gestion organisé au cours de la troisième année** a pour objectif de suivre les engagements des parties. Il doit permettre de rediscuter du CPOM, notamment en cas d'événements exceptionnels et imprévisibles, quels qu'ils soient, et de veiller à son respect. Sur la base du rapport annuel d'étape, il porte notamment, pour les deux premières années du CPOM, sur :

- ✓ l'évaluation de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM ;
- ✓ le degré de réalisation des objectifs sur la base des indicateurs et des résultats attendus ;
- ✓ le contrôle de l'activité réalisée ;
- ✓ la définition de l'activité prévisionnelle pour l'année à venir.

Sur cette base, le comité de suivi se réunit et :

- ✓ 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 ;
- ✓ constate les résultats obtenus et les efforts engagés ;
- ✓ signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices.

Il peut également 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.

Le **dialogue de gestion de renouvellement du CPOM** a pour objectif d'examiner la pertinence de la dynamique de qualité et d'efficacité instaurée et de faire connaître les intentions de chacune des parties quant :

- ✓ au renouvellement du CPOM pour une période déterminée de 5 ans ;
- ✓ à sa prorogation d'un an.

Le comité de suivi se réunit au plus tard 6 mois avant la fin du CPOM et :

- ✓ examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci et arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM ;
- ✓ établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de **saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles** (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.

De même, 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 Département ou l'ARS **peut ajouter un dialogue de gestion** supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

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.

Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département

L'ARS et le Département peuvent procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des résidents.

L'Organisme gestionnaire s'engage à faciliter le contrôle par les autorités d'autorisation et de tarification de la réalisation des objectifs, en particulier par l'accès à toutes pièces justificatives, et de la bonne application de la réglementation en vigueur.

Article 2 : 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 (Tribunal Administratif de Limoges, 2 cours Bugeaud – CS 40410 - 87011 LIMOGES Cedex ou Greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4).

Article 3 : Révision et Résiliation du contrat

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du présent contrat impossible, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Conditions de révision

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, de révision des conditions de l'habilitation à l'aide sociale ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir, à titre d'exemples, lors :

- ✓ d'une modification législative ou réglementaire importante ;
- ✓ d'une modification du périmètre du CPOM ;
- ✓ de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier ;
- ✓ d'une modification des modalités de tarification ;
- ✓ pour la validation d'un PPI initial ou actualisé ;
- ✓ du changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat ;
- ✓ pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que des missions qui lui sont confiées ;

- ✓ pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- ✓ pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Département destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat ;
- ✓ ...

L'autorisation de gestion ayant été accordée au nom du gestionnaire, toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

En cas de cession de son activité, et sous réserve du transfert de l'autorisation par les autorités de tarification, le cessionnaire reprendra l'intégralité des engagements souscrits dans le contrat et ses avenants successifs. Le contrat continuera alors de plein droit.

Conditions de résiliation

Le présent contrat pourra être résilié :

- ✓ de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- ✓ de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- ✓ de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- ✓ avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, pour prise d'effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM à la convention tripartite pluriannuelle signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, le Directeur Général de l'ARS Centre – Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 8 juin 2016 et ses avenants.

Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2022 et dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Article 6 : Renouvellement du contrat

Au plus tard, six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant afin d'arrêter les conditions dans lesquelles le contrat peut être renouvelé. Au vu du dialogue de gestion de renouvellement par le comité de suivi, une décision de renouvellement ou de prorogation du CPOM est arrêtée.

Article 7 : Evaluation

Suite au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la transmission des évaluations internes et externes a été supprimée. En application du 7° de l'article 1^{er} dudit décret, il est convenu de réaliser une évaluation quinquennale de la qualité des prestations délivrées par l'EHPAD dont les résultats devront être transmis aux autorités de tarification au plus tard le 31 mars de la cinquième année du CPOM.

TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires.

1. Annexes obligatoires et communes à tous les CPOM

Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **Annexe 3 - Suivi des objectifs fixés**

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM pour suivre leur évolution. Elle est transmise aux autorités au cours de la troisième année et de la cinquième année du CPOM, eu égard à l'atteinte des objectifs.

- **Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

- **Annexe 5 - Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)**

Cette annexe précise les principaux investissements prévus à la date de signature du CPOM pour les cinq années suivantes.

Le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre à Châteauroux pour son activité EHPAD a fourni un PPI formalisé qui a fait l'objet d'observations et de demandes de complétude. Ce dernier a donc été déclaré incomplet à la date de signature du CPOM. Ce PPI actuellement en cours de finalisation et ses modalités de financement devront être approuvés par les autorités de tarification et feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

2. Annexe obligatoire pour les établissements concernés habilités

Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

- **Annexe 6 - Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**

3. Documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services

Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM

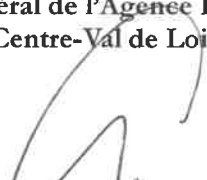

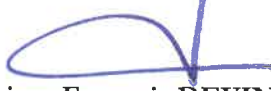

- **Annexe 7** - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)
- **Annexe 8** - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat

4. fiches actions

- **Annexe 9** - Fiches actions

Fait en 3 exemplaires originaux

A Châteauroux, le **31 MARS 2022**

<p>Pour l'Agence Régionale de Santé, Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire</p>  <p>Monsieur Laurent HABERT</p>	<p>Pour le Département de l'Indre, Le Président du Conseil départemental de l'Indre</p>  <p>Monsieur Marc FLEURET</p>
<p>Pour l'Organisme gestionnaire/l'établissement, Le Directeur du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI) pour l'activité EHPAD</p>  <p>Monsieur François DEVINEAU</p> 	

Organigramme général du CDGI

 CDGI CH de Valençay CH de Levroux EHPAD de Vatan

Processus : 01.Management stratégique, gouvernance

Sous domaine : 01.04 Direction et encadrement des secteurs d'activité

François DEVINEAU Directeur général

Secrétariat de Direction : Angélique EPINEAU/Florence PINTO

Services transversaux François DEVINEAU Directeur général	Direction des Affaires économiques, logistiques, travaux et développement durable Juliette WASTIAUX Directrice	Direction des soins et prestations hôtelières Coordination de la gestion des risques associés aux soins Nadine RABOTIN Directrice des soins	Direction des ressources humaines, relations sociales et affaires médicales Aurore MARCANTONI Directrice	Direction de la stratégie, du système d'information, de la qualité, des coopérations et relations avec les usagers Mélina LACOSTE-LAMOUREUX Directrice	Direction des Affaires financières, accueil et gestion des séjours David FLEURY Directeur
Equipe Mobile Gériatrique (EMG ETRE-INDRE) Praticien : <i>Poste vacant</i> Infirmière coordonnatrice : Charline DENIBEAU Infirmières : Céline BERAUD Fanny GIRARDIE (EMPPA) Muriel TERRASSIN (EMPPA) Psychologues : Valérie BOULGON Véronique CADET-BIABAUD Véronique IMBERT DITGEN Mandataire judiciaire à la Protection des Majeurs Fabienne DENIS Service d'Accompagnement à l'Accueil Familial (SAAF) Paule LABLANCHE Anaïs PAREJA Aumônerie Vanina ROSA Solange PLANTELINÉ	Services Economiques Services Techniques et Sécurité Chef de service : Eric LAGNEAU Adjoint chargé de la sécurité : Mickael GUILLEBAUD Service Restauration Chef de service : Dominique MABILLEAU Responsable adjoint restauration : Jean-Marie DEGANIS Cellule des Marchés Publics Angélique GERARD	Déploiement de la qualité Cadres de santé Vanessa COATRIEUX Delphine GUILLON Bouchra LANOUE François RIVIERE Christine THERET Estelle TROSSELO IDE hygiéniste Elodie RENAUX Dietéticiens Maud BASCOULERGUE Romain MOULIN Psychomotricienne Aurélie CUZUEL Référent psychomotricité Aurélien DAVOUST Ergothérapie Théo CHATARD Kinésithérapeute	Ressources Humaines Responsable de service : Sabrina LUCAS Service Médical Dr Antoine AHNOUX Dr Lahcen BOUZIDI Dr Cristian HRENIUC Dr Rafik NEHAR Dr Khawla RASLAN Dr Sadije SADRIJA Dr Said TAYAA Médecins coordonnateurs Dr Nathalie LESTRADE Dr Said TAYAA Dr Rafik NEHAR Pharmacien(s) Celia GORGEON Chakib BENMELOUKA Psychologues Anaïs BODIN Aurore GERMAIN Valentin GRIBOVAL Patrice LE BAIL Anaïs PAREJA Karine ROUET	Service informatique Delphine LEYMET Fabrice RENAULT Olivier VANVYNCKT Service qualité et gestion des risques Véronique DAUMAIN Sidonie VANDAMME Cellule qualité direction commune Coordinateur : Sidonie VANDAMME Véronique DAUMAIN Line MAIROT Nagaya TOMASZEK	Comptabilité Pauline TOURTE Gestion des séjours Chef de service : Marie PENIN Sébastien BOITE Anna CALIXTE Fabienne DENIS Coralie JOLLY Myriam PROT

Organigramme des services de soins et prestations hôtelières

CDGI

CH de Valençay

CH de Levroux

EHPAD de Vatan

Processus : 01.Management stratégique, gouvernance

Sous domaine : 01.04 Direction et encadrement des secteurs d'activité

Nadine RABOTIN

Directrice des soins et prestations hôtelières, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Secrétariat : Christelle DENIAU

Chargé du déploiement de la qualité dans les services de soins

Diététiciens
 Maud BASCOULERGUE
 Romain MOULIN

IDE hygiénistes
 Daisy BERTIN
 Elodie RENAUX

IDE coordonnatrice EMG Etre-Indre
 Charline DENIBEAU

IDE coordonnatrice Accueil de Jour et Plateforme de répit
 Virginie CHAGNON

LA CHENERAIE L'ORANGERAIE

ROBERT DEBRE LES ORCHIDEES ANIMATION

LES EPIS D'OR PASA

LES ALBIZIAS FREDERIC CHOPIN

LES TROIS RIVIERES

LA PLEIADE RIVES DE TREGONCE

ROBERT TAILLEBOURG PIERRE ANGRAND

GEORGE SAND LOUIS BALSAN

Cadre de santé François RIVIERE

Cadre de santé Bouchra LANOUE

Cadre de santé Bouchra LANOUE

FF Cadre de santé Delphine GUILLON

Cadre de santé Estelle TROSSELO

Cadre de santé Estelle TROSSELO

Cadre de santé Christine THERET

Cadre de santé Vanessa COATRIEUX

LA CHENERAIE USLD 64 LITS

- IDE référente : Elodie BESOMBES
- Secrétaire méd. : Séverine PORTRAIT
- Animation : Fabienne KONIECZNY

ROBERT DEBRE EHPAD 51 LITS

- IDE référente : Estelle DUPEUX
- Secrétaire méd. : Séverine PORTRAIT
- Animation : Emilie BEAUJEAN Elise LEMERLE

LES EPIS D'OR EHPAD 25 LITS

- IDE référente : Laurence LEFORT
- Animation : Christine JARREAU

LES ALBIZIAS EHPAD 61 LITS

- Secrétaire méd. : Fabienne GIRAUD
- Animation : Christine JARREAU

TROIS RIVIERES EHPAD 25 LITS

- IDE référente : Aurore JARREAU
- Animation : Fabienne KONIECZNY

LA PLEIADE EHPAD 60 LITS

- Animation : Christine JARREAU Sabine ROUSSEAU

R. TAILLEBOURG EHPAD 35 LITS

- IDE référente : Véronique GEORGET
- Animation : Emilie BEAUJEAN

GEORGE SAND EHPAD 81 LITS

- IDE référente : Aurélie MARCHAIS
- Animation : Emilie BEAUJEAN Sabine ROUSSEAU

L'ORANGERAIE EHPAD 40 LITS

- IDE référente : Anne-Laure PION
- Secrétaire méd. : Fabienne GIRAUD
- Animation : Maryse RONGY

LES ORCHIDEES UHR 17 LITS

- IDE référente : Karine VINCENT
- Secrétaire méd. : Séverine PORTRAIT

PASA 14 places

FREDERIC CHOPIN EHPAD 51 LITS

- Animation : Marlène TRANCHANT

RIVES DE TREGONCE EHPAD 25 LITS

- IDE référente : Virginie BISTON
- Animation : Marlène TRANCHANT

PIERRE ANGRAND EHPAD 50 LITS

- Animation : Marlène TRANCHANT

LOUIS BALSAN EHPAD 68 LITS

- Animation : Fabienne KONIECZNY

Service Animation

Rééducateurs :

Ergothérapeute : Théo CHATARD
380

Kinésithérapeute

Psychomotricienne : Aurélie CUZUEL

Référent psychomotricité : Aurélien DAVOUST

CDGI

CH de Valençay

CH de Levroux

EHPAD de Vatan

Processus : 01.Management stratégique, gouvernance

Sous domaine : 01.04 Direction et encadrement des secteurs d'activité

Aurore MARCANTONI

Direction des Ressources Humaines, des Relations Sociales et des Affaires Médicales

Service des Ressources Humaines

Chef de service :
 Sabrina LUCAS

Paie, Contrats, Gestion des Carrières
Plannings, Absentéisme,
Protection Sociale, Retraite,
Médecine du Travail

Fanny DA GLORIA
 Vanessa LACOTE
 Vanessa LONGUET

Formation, CGOS
 Cécile EUGENIE
 Marie LHERITIER

Service Médical

Dr Antoine AHNOUX
 Taillebourg, G. Sand, P. Angrand

Dr Lahcen BOUZIDI
 La Pléiade, L. Balsan,
 F. Chopin, Les Epis d'Or

Dr Cristian HRENIUC - Psychiatre
 L'Orangerie, Debré EHPAD

Dr Rafik NEHAR
 Les Albizias, Debré EHPAD
 (Mimosas, Myosotis et Oliviers)

Dr Khawla RASLAN
 USLD La Chêneiraie 1, Debré UHR,

Dr Sadije SADRIJA
 USLD La Chêneiraie 2, L'Orangerie

Dr Said TAYAA
 USLD La Chêneiraie, Debré UHR

Médecins coordonnateurs

Dr Nathalie LESTRADE
 Dr Said TAYAA
 Dr Rafik NEHAR

Secrétariat :
 Christelle DENIAU

Pharmacie à Usage Intérieur

Pharmaciens

Chakib BENMELOUKA
 Celia GORGEON

Préparatrices

Aurore BIAUNIER
 Cindy COURTILLET
 Sylvie PERREAU
 Emilie TAUPIN
 Nadia REMILLAC

Secrétariat

Claire JOLY

Psychologues

Anaïs BODIN
 Plateforme de répit, UHR, R. Debré,
 Les Albizias, G. Sand

Valérie BOULGON
 EMG ETRE-INDRE

Véronique CADET-BIABAUD
 EMG ETRE-INDRE

Aurore GERMAIN
 Chêneiraie, Les Albizias,
 R. Taillebourg, F. Chopin, L. Balsan

Valentin GRIBOVAL
 Plateforme de répit, Accueil de jour
 G. Sand

Véronique IMBERT DITGEN
 EMG ETRE-INDRE

Patrice LE BAIL
 Les Epis d'Or, P. Angrand,
 Les Rives de Trégonce, PASA

Anais PAREJA
 Les Trois Rivières, SAAF

Karine ROUET
 Chêneiraie, Orangerie,
 La Pléiade

Organigramme des Affaires Economiques, Logistiques, des Travaux et du Développement Durable du CDGI

 CDGI CH de Valençay CH de Levroux EHPAD de Vatan

Processus : 01.Management stratégique, gouvernance

Sous domaine : 01.04 Direction et encadrement des secteurs d'activité

Juliette WASTIAUX

Directrice des affaires économiques, logistiques, des travaux et du développement durable

Service Economiques**Marchés Publics**

Angélique GERARD

Energie/Usage Unique

Produits d'entretien
Petit matériel médical et hôtelier
Assurances
Alimentation

Nadia LAINEZ

Produits diététiques

Animation
Fournitures de bureau
Produits d'incontinence
Linge

Gwendoline LIEUTAUD

Travaux

Services Techniques
Investissement
Achat matériel médical
Alimentation

Angélique RENARD

Conseillère Hôtelière

Gwendoline LIEUTAUD

Service Restauration

Coordinateur EPAGE 36
Responsable restauration

Dominique MABILLEAU

Adjoint Responsable restauration

Chef de Production
Jean-Marie DEGANIS

Chef de cuisine

Véronique FAUGERE

Cuisiniers

Jonathan CHESNEL
Nicolas COULANGE
Isabelle CRECHET
Flavien ESCAPEZ
Katia GUIBERT
Aude JOUBERT
Christelle MOREAU
François PALLEAU
Steve RAJOYE
Michèle SOUADET

Plonge

Anthony THILLET

Magasin

Thierry NEVEU
Christelle CARTOUX

Services Techniques**Chef de service**

Eric LAGNEAU

Adjoint chargé de la Sécurité

Mickael GUILLEBAUD

Dépannages

Xavier CHAUMET
Didier COLOMBIER
Olivier GUILLON
Philippe JOLY
Morad LAZREG
Ludovic MIGAIRE
Robert REINETTE
Raoul TEIXEIRA
Stéphane VARENNE

Espaces verts

Nicolas BONNIN
Lilian COSSON
Maurice LABBE

Transports

Bruno BAUDAT

Vaquemestre

Véronique GUEGAN

Suppléant :


Christelle DENIAU

Entretien des locaux
Administratifs et divers**Transports de ville**

Véronique GUEGAN

Archives

Fabienne GIRAUD
Nadia AUCLAIR

 Etablissements Publics d'Accompagnement Gériatrique	Organigramme de la direction commune		DOC-543-13
			Application le : 31/12/2021 Pages : 1/1
<input checked="" type="checkbox"/> CDGI	<input checked="" type="checkbox"/> CH de Valençay	<input checked="" type="checkbox"/> CH de Levroux	<input checked="" type="checkbox"/> EHPAD de Vatan
Processus : 01.Management stratégique, gouvernance		Sous domaine : 01.04 Direction et encadrement des secteurs d'activité	

	Centre Départemental Gériatrique de l'indre	Centre Hospitalier de VALENCAY	Centre Hospitalier de LEVROUX	EHPAD de VATAN
DIRECTION GENERALE	Directeur général François DEVINEAU			
Direction affaires économiques, logistiques, travaux et développement durable	Directrice Juliette WASTIAUX			
Direction ressources humaines, relations sociales et affaires médicales	Directrice Aurore MARCANTONI			
Direction stratégie, système d'information, qualité et coopérations	Directrice Mélina LACOSTE-LAMOUREUX			
Direction affaires financières, accueil et gestion des séjours et contrôle de gestion	Directeur David FLEURY			
Direction de site CH Valençay	Directrice de site et chargée de la communication Adeline GRANGER			
Direction de site CH Levroux	Directrice de site et chargée du développement durable Cécile RIOLLET			
Direction de site EHPAD Vatan	Directrice de site Marion FONTENEAU			
Direction des soins et des prestations hôtelères Coordination de la gestion des risques associés aux soins	Coordinatrice CDGI : Nadine RABOTIN Coordinateur CH Valençay et CH Levroux : Frédéric NICOLATS			
Secrétariat de direction	Florence PINTO / Angélique EPINEAU			
Services techniques et sécurité	Coordination des services techniques et Responsable des services techniques CDGI Eric LAGNEAU			
	Responsable des services techniques Fabien LAURENT		Responsable des services techniques Thierry BORDAT	
	Responsable des services techniques Bruno SANTOS			
Restauration	Adjoint chargé de sécurité Mickael GUILLEBAUD			
	Coordination du Service Restauration et Responsable Restauration CDGI Dominique MABILLEAU			
Fonction linge	Responsable du service restauration François LOUIS		Responsable du service restauration Alexandre DOUCET	
	Référente linge Noëlle MERY			
Services de soins et hôteliers Coordination de la gestion des risques associés aux soins	Déploiement de la qualité dans les services de soins		IDE coordinatrice Amélie SALMON (EHPAD) Bruyère MORIN (SSIAD)	
	IDE Hygiénistes Daisy BERTIN / Elodie RENAUX			
	Diététiciens Maud BASCOULERGUE / Romain MOULIN			
Services administratifs et Ressources humaines	Responsable du service des ressources humaines Sabrina LUCAS		Responsable des services administratifs et des ressources humaines Alain NJRDIN	
	Responsable des services administratifs et des ressources humaines Alexandra CLERFOND			
Système d'information, qualité et gestion des risques	Coordination de la qualité Sidonie VANDAMME			
	Responsable qualité Véronique DAUMAIN		Responsable qualité Nagaya TOMASZEK	
	Responsable qualité Line MAIROT		Référente qualité Nagaya TOMASZEK	
Protection des majeurs	Informaticiens Delphine LEYMET / Fabrice RENAULT/ Olivier VANVYNCKT			
	Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs Fabienne DENIS			
Médecins coordonnateurs	Dr Nathalie LESTRADE Dr Rafik NEHAR Dr Saïd TAYAA		Dr Daniel DESDOUITS (SSR & EHPAD) Dr Feda HATMAL (EHPAD)	
Pharmaciens	Dr Michel LONGEAUD (SSR & EHPAD) Dr Jérôme DUREAU (SSR)		Dr Jean-Pierre PROUTIERE	
	Célia GORGEON Chakib BENMELOUKA		Guillaume GARRÉ	

Organigramme de la cellule qualité EP'AGE36



DIRECTION DE LA STRATEGIE, DE LA QUALITE, DU SYSTEME D'INFORMATION ET DES COOPERATIONS

Activités médico-sociales externes (EMG, accueil de jour, plateforme de répit)

Méliana LACOSTE-LAMOUREUX
Directrice qualité
dir.sihqual@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.77.31



Coordination qualité

Sidonie VANDAMME
Coordonnatrice qualité EPAGE 36
Responsable qualité au CDGI
serv.qual@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.72.13

Missions générales : traitement FSEI, organisation GEXEIN-CREX, sensibilisations à la qualité, support logiciel.



Véronique DAUMAIN
Responsable qualité au CDGI
qualite@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.72.12

Nagaya TOMASZEK
Responsable qualité au centre hospitalier de Valençay et référente à l'EHPAD de Vatan
qualite@hl-valencay.fr – Tél. 02.54.00.30.16



Line MAIROT
Responsable qualité centre hospitalier de Levroux
serv.qual@hl-levroux.fr – Tél. 02.54.29.12.17



Missions principales : organisation des revues de processus, gestion documentaire, suivi des indicateurs, suivi des programmes d'actions qualité, suivi des évaluations des pratiques professionnelles.

- 📄 Démarche qualité en restauration
- 📄 Gestion de l'air
- 📄 Gestion de l'eau
- 📄 Gestion des déchets
- 📄 Gestion des équipements biomédicaux
- 📄 Gestion du risque infectieux
- 📄 Prise en charge médicamenteuse

- 📄 Achats éco-responsables
- 📄 Développement durable
- 📄 Fonction transport des patients
- 📄 Gestion de l'énergie
- 📄 Gestion du linge
- 📄 Prise en charge de la douleur
- 📄 Prise en charge et droits des patients en fin de vie

- 📄 Communication
- 📄 Droit des patients
- 📄 Gestion des ressources financières
- 📄 Management de la qualité et des risques
- 📄 Management stratégique, gouvernance
- 📄 Parcours patient

- 📄 Dossier patient
- 📄 Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)
- 📄 Gestion des ressources humaines
- 📄 Gestion du système d'information
- 📄 Identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge
- 📄 Qualité de vie au travail
- 📄 Sécurité des biens et des personnes
- 📄 SSIAD

Missions transversales : patient traceur, enquêtes satisfaction ...

Délégation départementale de l'Indre

ANNEXE 3 - Fiche de suivi des objectifs du CPOM des EHPAD
du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI)

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
Expression et participation individuelle et collective des résidents						
1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	1/ Diffuser le protocole définissant la conduite à tenir pour l'élaboration du PAP 2/ Activer le nouveau paramétrage du PAP dans le dossier « Arcadis » 3/ Renforcer et formaliser le rôle du référent résident 4/ Communiquer sur les missions du référent auprès des équipes, résidents et familles 5/ Intégrer le résident et/ou ses proches, représentant légal dans la réalisation du PAP et développer la co-construction jusqu'à l'étape de la contractualisation du PAP 6/ Disposer d'évaluations gériatriques pour chaque résident 7/ Développer et programmer dans les organisations de travail un temps d'échange pluridisciplinaire pour l'élaboration et la réactualisation des PAP 8/ Suivre, évaluer et réactualiser les projets d'accompagnement personnalisés 9/ Inscrire au plan de formation une formation dédiée « PAP » à destination des équipes soignantes, notamment AS, ASH, IDE	- Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident - Taux de révision ou d'actualisation des PAP - Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure) - Taux d'agents soignants formés au PAP	2022-2026			
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	1/ Elaborer un dossier support, commun aux 4 établissements du groupe, comportant plusieurs documents pour : * Outiller les professionnels de santé (communication, information, recueil) * Poursuivre la communication auprès des résidents et de leurs familles * Aider au recueil des directives anticipées auprès des résidents 2/ Poursuivre les formations sur les thématiques prise en charge de la douleur, soins palliatifs 3/ Généraliser la pratique de staffs pluridisciplinaires en EHPAD en associant l'EADSP 36 dans les situations complexes de soins palliatifs 4/ Intégrer les familles dans le processus décisionnel et la prise en charge en soins palliatifs 5/ Suivre les indicateurs	- Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées - Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance	2022-2026			
1-3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale	1/ Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au cœur des projets de service 2/ Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au sein du projet d'accompagnement personnalisé 3/ Recenser et analyser les souhaits des résidents lors du recueil des habitudes de vie et tout au long du séjour 4/ Recenser et analyser les souhaits des professionnels pour développer et varier les animations 5/ Organiser la communication et la coordination des actions de vie sociale dans le service (équipe d'animation et soignants) 6/ Définir des activités d'animation en cohérence avec l'état des lieux 7/ Déployer des outils de communication (Familéo : journal familial et institutionnel à destination des résidents, point d'accès internet, etc.)	- % de PAP intégrant l'animation et la vie sociale	2022-2026			
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appropriation de l'activité des structures du CPOM : transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions ; démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.						
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	1/ Automatiser les extractions et le traitement des données des ressources humaines (rémunérations, effectifs, carrière des agents) 2/ Fiabiliser les données du tableau de bord de la performance ANAP 3/ Veiller à la complétude et la fiabilité des données budgétaires et financières dématérialisées transmises aux autorités de tarification (EPRD, PGFP, ERD, EPCP, ERCP...)	- données tableau de bord ANAP complétées à 100%	2022-2026			
2-1 bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion	1/ Formaliser les missions et décrire les activités de la fonction contrôle de gestion du groupe EP'AGE 36 2/ Elaborer un programme d'actions de la fonction contrôle de gestion 3/ Introduire et généraliser une culture de contrôle de gestion auprès des professionnels du groupe 4/ Intégrer le financement d'un temps contrôleur de gestion dans le budget base zéro (2022) des CPOM EHPAD 5/ Définir les missions, les activités, les compétences requises et les attitudes du contrôleur de gestion 6/ Rédiger la fiche de poste "contrôleur de gestion" du groupe EP'AGE 36 7/ Réaliser le recrutement du contrôleur de gestion, rattaché à la direction des affaires financières et du contrôle de gestion 8/ Planifier et déployer le programme de contrôle de gestion sur l'ensemble des établissements du groupe 9/ Insérer dans le projet de service Finances, Accueil et Gestion des Séjours, les objectifs et actions propres à la fonction contrôle de gestion		2022-2026			
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	Maintenir la dynamique de coopération au sein principalement du groupe EP'AGE 36 mais également avec les autres établissements, en se réinterrogeant régulièrement sur les nouvelles opportunités de mutualisation des fonctions supports.	- Existence de conventions de coopération inter établissements - Existence de procédure et protocoles communs aux établissements du groupe	2022-2026			
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services	Renforcement des coopérations/mutualisations internes au groupe EP'AGE 36 : 1/ Poursuivre les coopérations et mutualisations dans le cadre de la direction commune EP'AGE36 2/ Consolider les Inter-Instances de la direction commune et créer une commission des médecins coordonnateurs 3/ Formaliser une politique de recrutement inter établissements dans le cadre de la promotion professionnelle et créer une bourse des emplois internes 4/ Définir la politique de mobilité interne (établissement) et externe (groupe EP'AGE 36) 5/ Identifier et former un réseau de référents et d'experts sur des thèmes identifiés Renforcement des coopérations/mutualisations externes au groupe EP'AGE 36 : 1/ - Continuer à répondre aux appels à projets/candidatures en collaboration avec d'autres établissements du département 2/ - Renforcer les partenariats avec les établissements disposant d'un plateau technique (mettre à jour les conventions dans le cadre du GHT) 3/ - Signer des conventions de collaboration avec les services de maintien à domicile (SAAD et SSIAD) du territoire ressort 4/ - Maintenir et développer les coopérations avec le réseau départemental des EHPAD : - création d'une structure de coopération - Formaliser une conférence départementale des EHPAD - Créer un comité d'éthique et de bientraitance intégrant tous les EHPAD qui le souhaitent	- Existence de conventions de coopération inter établissements Existence de procédure et protocoles communs aux établissements du groupe	2022-2026			

Objectifs du CPDM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social						
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs					
	1/ Poursuivre le déploiement de la démarche palliative en EHPAD					
	2/ Continuer la formation du personnel en soins palliatifs dispensée par le CODESPA (cible : 50% du personnel formé) et transmettre cet apport à l'équipe par des retours de formation					
	3/ Développer dans le plan de formation des actions de formation sur les approches non médicamenteuses					
	4/ Former les médecins coordonnateurs, IDE, AS, psychologue, cadre de santé au DU Soins Palliatifs					
	5/ Formaliser un staff soins palliatifs (fréquence à définir) en fonction des besoins					
	6/ Sensibiliser régulièrement les équipes aux soins palliatifs (2 fois par an)					
	7/ Développer le partenariat et/ou les interventions de l'EADSP 36 (médecin traitant, médecins coordonnateurs, équipes soignantes, ...) ; débriefings et analyses de situations, PEC, ...					
	8/ Maintenir l'implication des cadres de santé dans la démarche institutionnelle relative aux soins palliatifs					
	9/ Développer la participation des bénévoles dans l'accompagnement de fin de vie (ALAVI, ...)					
10/ Engager une réflexion relative à un projet spécifique « soins palliatifs » pour personnaliser la prise en charge = questionnement, vision et projet global (implication des familles, accompagnement, ...)						
11/ Diversifier les approches non médicamenteuses dans la PEC						
12/ Pérenniser et dynamiser le pilotage des soins palliatifs dans les services, en lien avec l'INTERCLUD et la politique EP/AGE 36						
Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD						
1/ Evaluer et mettre à jour les conventions de partenariat entre les structures d'hospitalisation à domicile et les EHPAD des établissements d'EP/AGE 36 (conditions générales, procédures, outils, ...) A reformuler uniquement pour VATAN						
2/ Communiquer auprès des équipes d'EP AGE 36 sur les critères d'inclusion et sur les conditions d'intervention de l'HAD						
3/ Communiquer auprès des résidents et familles sur les possibilités/conditions de PEC HAD (intégrer une information dans les documents institutionnels, ...)						
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	Dossier Médical Partagé					
	1/ Finaliser le protocole définissant les règles d'alimentation des DMP à destination des services de soins (objectif de 100 % de DMP alimentés)					
	Télé-médecine					
	1/ Organiser une veille sur la référencement des spécialistes externes et des référents experts internes et diffuser un annuaire interne					
	2/ Relancer la communication sur la télé-médecine auprès des équipes médicales et paramédicales					
	3/ Poursuivre les travaux avec les CPTS pour l'organisation des téléconsultations					
	ViaTrajectoire					
	1/ Mettre à jour les fiches d'identité des établissements dans Via Trajectoire					
	2/ Poursuivre la communication sur l'outil auprès des professionnels de l'établissement et solliciter un accompagnement par le GIP e-Santé pour les utilisateurs					
	3/ Faciliter l'utilisation de l'outil pour les adresseurs potentiels et auprès des usagers (livret d'accueil, site internet...)					
Messagerie sécurisée						
1/ Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée A préciser pour affiner l'objectif						
Outils de coordination des parcours						
1/ S'inscrire dans les travaux de déploiement de la plateforme e-Parcours et plus généralement dans les politiques nationales et régionales de déploiement des systèmes d'information						
2/ Poursuivre les travaux au sein du GHT afin de disposer de logiciels interopérables sur le territoire						
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	1/ Pérenniser le dispositif en place des IDE d'astreinte					
	2/ Poursuivre la formation des agents sur les appels d'urgence					
	3/ Communiquer sur le protocole des entrées directes dans les services d'hospitalisation, sans passage aux urgences (travaux de filière gériatrique)					
	OU					
	A/Mener une réflexion et étudier la possibilité de mettre en place une équipe IDE de nuit pour les résidences extérieures du CDGI					
	B/ Elaborer la fiche de poste, précisant les missions, le périmètre d'intervention et les activités					
	C/ Constituer une équipe d'IDE de nuit, visant à assurer la continuité des soins le week-end, la nuit et sur les horaires pré-définis en l'absence d'IDE sur les résidences extérieures, et en complément de l'intervention programmée des IDE libéraux					
	D/ Définir le fonctionnement et l'organisation					
	Mettre en place les actions mises en exergue dans le projet d'établissement 2020-2025, le compte qualité, les évaluations internes et externes et le PAQ communication 2020.					
	1/ Développer la communication sur les réseaux sociaux					
2/ Organiser des journées événements						
3/ Améliorer et mettre à jour le site internet						
4/ Développer la communication extérieure via les médias locaux sur l'évolution et la modernisation du patrimoine immobilier						
5/ Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information grand public dans les cabinets des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux.						
6/ Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information destinées aux professionnels libéraux						
7/ Créer un flyer spécifique sur l'hébergement temporaire						
8/ Communiquer sur la création de chambres relais						
9/ Création d'un flyer EHPAD par établissement intégrant la présentation générale des services (CHU/CHV/VAT)						
10/ Démantèlement des articles de presse						
11/ Communiquer sur la réponse aux appels à projets et sur les financements obtenus						
12/ Poursuivre la communication sur la plateforme de repit et ses actions pour optimiser l'activité						
13/ Dans le cadre du parcours patient : Rendre le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et autres supports d'information approprié à la population accueillie ou susceptible d'être accueillie (ex. Créer des supports en gros caractères pour pallier une déficience visuelle)						
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS	Communications formalisées sur l'outil retenu					
	Articles de presse + lettre d'infos					
	Nombre de participants					
	Sites internet à jour, audit annuel, refonte de la conception des sites effectuée, Nombre de pages vues, Géolocalisation par session de visite pour connaître la provenance géographique des visiteurs.					
	100% des événements couverts par un article dans la presse locale					
	Nombre d'articles de presse					
	Nombre de flyers diffusés					
	Nombre de lettres d'information					
	1 projet = 1 affiche = 1 article de presse					
	SSR, EHPAD, SSIAD, USLD, EMS, Accueil de jour, etc. : livrets d'accueil, règlements de fonctionnement et contrats de séjour adaptés et diffusés en cas de déficience visuelle					
1 contact = 1 livret d'accueil remis, les autres documents sur demande expresse						

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)	Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile	1/ Intégrer l'animation au projet de vie individualisé - Favoriser l'implication des résidents dans les activités en tenant compte du vécu et des capacités - Associer les animatrices dans l'élaboration des PAP - Dynamiser la commission d'animation dans laquelle les résidents sont invités à participer 2/ Coordonner les activités d'animation avec les soignants et les bénévoles - Définir la politique commune d'animation - Organiser le partage des ressources afin de capitaliser les pratiques et supports - Développer les actions des bénévoles 3/ Continuer à innover en matière d'animation - Rechercher des partenariats - Développer des activités en interne ou en externe en lien avec les animaux - Faciliter l'accès au multimédia pour les résidents 4/ Ouvrir davantage les établissements vers l'extérieur - Proposer certaines activités aux personnes extérieures - Poursuivre les rencontres intergénérationnelles - Renforcer le rôle des usagers et de leurs familles dans la vie sociale de l'établissement	- Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents - Nombre de réunions réalisées avec les familles - Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors FVI) - Nombre de bénévoles intervenant au sein de l'EHPAD	2022-2026		
3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire	1/ Elaborer des supports de communication pour valoriser l'offre d'hébergement temporaire auprès du grand public, des professionnels de première ligne 2/ 2. Développer la Qualité de l'offre de service	- Nombre de places proposées en hébergement temporaire - Taux d'occupation en hébergement temporaire sur l'année - Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire sur l'année - Durée moyenne de séjour en hébergement temporaire - Liste des motifs d'admission en hébergement temporaire			
3-8 Consolider la couverture départementale en accueil de jour	1/ Mener une réflexion sur les différentes problématiques rencontrées 2/ Pérenniser le fonctionnement de l'Accueil de jour du CDGI en améliorant la question du transport et du remplacement des agents, notamment en cas d'absentéisme. 3/ Optimiser la prise en soins et la fréquentation, en trouvant des alternatives aux contraintes liées au transport 4/ Poursuivre la communication auprès des différents partenaires et du grand public	- Nombre de personnes suivies en accueil de jour au cours de l'année - Nombre de journées « portes ouvertes » réalisées - Nombre de réunions d'information réalisées sur le territoire - Nombre de contacts avec les collectivités locales, les professionnels de santé... - Nombre de partenariats et de conventions avec les SAAD			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents : démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes					
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	1/ - Repérer et reconnaître les troubles psycho-comportementaux et les évaluer avec la grille NPI-ES. 2/ - Poursuivre la sécurisation du matériel et des espaces des résidences ou des unités 3/ - Poursuivre et consolider le dispositif de formation professionnelle 4/ - Diversifier les modes de prises en charges non médicamenteuses 5/ - Développer l'accompagnement personnalisé et la gestion des troubles	- Taux d'occupation du PASA - Nombre de résidents en atelier mémoire par an - Nombre d'ASG en ETP - Nombre d'agents formés aux troubles du comportement - Pourcentage de transferts (vers des unités sécurisées) - Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	2022-2026		
4-1 Bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents	Missions liées à la prise en charge psychologique des résidents et de leur famille 1/ Recueillir le consentement de la personne âgée à son admission en Ehpad et s'assurer de son consentement tout au long de son accompagnement 2/ Réaliser les Projets d'Accompagnement Personnalisés permettant le recensement des besoins, désirs et demandes du résident et ainsi de le restituer au cœur de la prise en charge pluridisciplinaire 3/ Proposer et effectuer des suivis psychologiques individuels réguliers des résidents sur un long terme 4/ Réaliser des évaluations thymiques et cognitives auprès des résidents afin d'ajuster la pratique des équipes de soin 5/ Mettre en place des ateliers thérapeutiques adaptés aux besoins des résidents : ateliers mémoire de simulation cognitive et sociale, sensoriels, art-thérapie, musicothérapie, etc... 6/ Participer aux réflexions pluridisciplinaires quant à la prise en soin des résidents ayant des troubles psychiatriques et/ou troubles du comportement, mettre en lien et faire appel, si nécessaire, aux équipes psychiatriques gériatriques, équipes mobiles de gériatrie, services UHR, UCC, USLD, etc. 7/ Accompagner les familles des résidents en proposant un accompagnement psychologique (entretiens d'entrée, individuels, groupes de parole) Missions liées à la prévention 1/ Réaliser des temps de sensibilisations et de formations auprès des équipes de soins, 2/ Participer aux réunions pluridisciplinaires liées à la prise en soin des résidents (transmissions quotidiennes, STAFF, réunions EADSP, etc.), 3/ Proposer et mettre en place des temps d'analyse de pratique en faisant appel à un psychologue extérieur à l'institution, des réunions cliniques interdisciplinaires et des groupes de parole pour les équipes soignantes et d'accompagnement 4/ Participer aux réunions institutionnelles de réflexion, d'échange et de discussion (CDU, Commissions des Admissions, Comité de bientraitance et de Réflexion Éthique, RETEX, etc.) pour partager une approche transversale, éthique et analytique, 5/ Garantir le temps FIR – Formation Information Recherche 6/ Pouvoir bénéficier de temps de supervision, d'intervention ou d'analyse de pratiques pour éclairer nos accompagnements divers et variés.	- Temps de psychologues en ETP	2022-2026		
4-2 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires	Prévention de la dénutrition 1/ Maintenir le suivi des indicateurs nutritionnels sur l'évaluation diététique du groupe EPAGE 36 2/ Renforcer l'implication des référents nutrition a- Dans le fonctionnement des équipes opérationnelles nutrition, b- Les relations entre les unités d'EHPAD et les services restauration. c- La collaboration avec les diététiciennes dans le recueil des indicateurs de suivi nutritionnels 3/ Maintenir les actions de l'InterCLAN au niveau des services d'EHPAD 4/ Soutenir la collaboration entre les diététiciennes et les services restauration : outil de suivi de la qualité des repas et de la satisfaction des usagers 5/ Maintenir les actions contribuant à la réduction du temps de jeun (collation nocturne, petit déjeuner en chambre) 6/ Poursuivre le travail engagé sur l'amélioration de la qualité des repas 7/ Elaborer un livret informatif à destination des médecins intervenant sur l'ensemble des établissements du groupe EPAGE 36 Amélioration des soins bucco-dentaires 1/ Organiser un partenariat avec les cabinets dentaires accessibles PMR situés à proximité des structures 2/ Sensibiliser les équipes soignantes 3/ Réaliser des soins bucco-dentaires systématiquement en fonction des besoins des résidents 4/ Contrôler le suivi des soins d'hygiène bucco-dentaire (intégration dans les plans de soins AS et traçabilité)	- Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition - Nombre de résidents dénutris - Surveillance de la courbe de poids - Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments - Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration - Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé) - Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire	2022-2026		

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	1/ Elaborer et diffuser un protocole intégrant la prévention des chutes 2/ Systématiser l'évaluation du risque de chute à l'entrée en EHPAD 3/ Proposer des aménagements adaptés en fonction des risques de chute, individuels mais aussi collectifs dans le cadre des projets de restructuration des locaux. 4/ Intégrer les indicateurs de suivi des chutes dans le suivi des indicateurs de soins. 5/ Procéder à une analyse des chutes en équipe pluridisciplinaire lors de l'élaboration ou de l'actualisation du PAP ou lors d'une modification du nombre de chute pour un résident. 6/ Maintenir une information régulière des proches et des familles sur le risque de chutes 7/ Développer les ateliers d'activités physiques adaptées. 8/ Recruter les résidents forts chuteurs pour proposer des alternatives à la contention lorsque c'est possible. 9/ Améliorer le ratio soignant/résident pour permettre un accompagnement des résidents à risque de qualité. 10/ Tracer systématiquement le suivi des prescriptions de contention et leur réévaluation.	- Protocole de prévention de chutes. - Nombre de chutes prises en charge - Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation. - Nombre de chutes à répétition. - Protocole de contention - Taux de résidents avec contention prescrite. - Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	2022-2026			
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	1/ Mettre en place un double contrôle des ordonnances 2/ Développer la conciliation médicamenteuse 3/ Reconditionner l'ensemble des médicaments en présentation non unitaire ainsi que l'ensemble des fractions de doses 4/ Déployer les protocoles médicamenteux anticipés et les protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers 5/ Mettre en place des formations sur la sécurisation du circuit du médicament à destination des nouveaux arrivants 6/ Mettre en place des formations annuelles à destination des IDE sur la sécurisation du circuit du médicament 7/ Sensibiliser les agents sur le risque d'erreur lié aux interruptions de tâches et créer des groupes de travail afin de mettre en place un plan d'action spécifique 8/ Formaliser la liste des médicaments inappropriés chez le sujet âgé et mettre en place des actions afin de sensibiliser les prescripteurs à ce sujet 9/ Sécuriser le stockage des médicaments et dispositifs médicaux (dispositifs de stockage adaptés, climatisation) 10/ Promouvoir les déclarations de pharmaco et matériovigilance 11/ Favoriser la participation de différents professionnels de santé aux comités techniques de l'OMEDIT Centre-Val-de-Loire 12/ Sensibiliser les prescripteurs sur la juste prescription des antibiotiques (actions de sensibilisation, livret de bon usage des antibiotiques, EPP bon usage des antibiotiques et enquête de prévalence annuelle des antibiotiques, suivi des consommations et des résistances) 13/ Augmenter le nombre de CREX en lien avec la PECOM 14/ Déployer les actions d'informations/formations des patients/résidents (fiches d'informations, actions de sensibilisation, éducation thérapeutique)	- Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD). - Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD). - Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés. - Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée...) - Présence d'un protocole circuit du médicament - L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ? - Nombre d'écarts	2022-2026			
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	1/ Poursuivre la sensibilisation annuelle de l'ensemble des agents de l'établissement et des patients/résidents à la vaccination antigrippale ; le recensement annuel des patients/résidents et des agents volontaires ; la mise à disposition gratuite du vaccin contre la grippe aux agents ; l'organisation de la vaccination des agents directement sur le lieu de travail ; la promotion annuelle de la campagne de vaccination 2/ Diffuser le protocole d'organisation de la vaccination antigrippale dans l'établissement 3/ Réaliser au moins une enquête de prévalence portant sur la grippe saisonnière tous les 3 ans 4/ Surveiller et communiquer les taux de vaccination antigrippale agents et patients/résidents aux services et différentes instances	- Taux de résidents vaccinés contre la grippe - Taux de personnel vaccinés contre la grippe	2022-2026			
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables	Mieux identifier les EIG et les EIGAS et inciter à leur déclaration pour améliorer leur analyse	- Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG - Protocole de déclaration des EIG - Re-sensibilisation de l'ensemble du personnel - Suivi du nombre d'EIG déclarés - Communication du bilan annuel - Répertorier l'ensemble des personnels formés au CREX et les inclure dans les réunions - Nombre de RETEX formalisés	2022-2026			
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	1/ Développer l'utilisation de Via-Trajectoire 2/ Optimiser le fonctionnement de la commission d'admission 3/ Actualiser, communiquer et s'assurer de l'application de la procédure de recherche de consentement 4/ S'assurer de la remise du livret d'accueil et de son explication systématique auprès du résident et/ou de son représentant légal 5/ Désigner un référent pour l'accompagnement des professionnels dans le cadre de la recherche du consentement, le suivi et la gestion des problématiques relatives à la présentation des informations sur les droits du résident ; personne de confiance, directives anticipées... 6/ Développer l'accompagnement administratif des familles/résidents par le service AGS (demande d'aide sociale, demande de mesure de protection, etc.)		2022-2026			
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	1/ Pérenniser le Comité éthique et bientraitance 2/ Communiquer autour des travaux du comité éthique et de bientraitance 3/ Organiser une formation commune à la consolidation des compétences des référents 4/ Formaliser et transmettre des lettres de missions et feuilles de route pour les référents 5/ Organiser le tutorat sur l'apprentissage des pratiques en bientraitance au recrutement 6/ Evaluer et généraliser les bonnes pratiques via le comité éthique bientraitance	- Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année. - Nombre de réunions d'information sur la bientraitance. - Rythme des réunions du comité bientraitance	2022-2026			
4-9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hospitalières et du bien-être	1/ Mettre en adéquation les moyens AS au regard des besoins de la prise en charge en EHPAD 2/ Engager une réflexion afin de faire évoluer les organisations de travail 3/ Définir et formaliser l'organisation de travail pour chaque résidence 4/ Redéployer le temps de travail des ASH après analyse des besoins organisationnels de chaque résidence 5/ Elaborer les fiches de poste (agent hôtelier, conseiller hôtelier) 6/ Identifier et prévoir les moyens nécessaires en équipement, en formations... 7/ Mettre en œuvre la nouvelle organisation 8/ Evaluer le dispositif et mettre en place les actions d'amélioration	- Ratio AS/ASH - Taux d'encadrement soignant	2022-2026			
4-10 Mettre en adéquation les besoins de coordination et d'organisation des soins constatés sur le terrain et les moyens affectés	Recrutement de médecin coordonnateur, en application de la réglementation	- Nombre de candidatures reçues ETP de médecins coordonnateurs recrutés	2022			
4-10 Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA)	1/ Identifier le besoin fonctionnel en pratique avancée pour l'établissement 2/ Intégrer la formation IPA au plan de formation 3/ Construire le projet professionnel avec l'agent 4/ Organiser le départ en formation IPA à but d'acquisition de compétences 5/ Menner une réflexion et définir le cadre d'intervention de l'IPA 6/ Rédiger la fiche de poste 7/ Intégrer les IPA dans le fonctionnement de l'établissement 8/ Communiquer auprès des résidents et des familles sur le dispositif 9/ Mettre en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre médecins et IPA 10/ Articuler les pratiques du médecin traitant et celles de l'IPA pour pallier l'insuffisance de temps médical	- Nombre d'IDE formées aux pratiques avancées - Nombre de résidents suivi dans le cadre de la pratique avancée - Nombre et nature des prescriptions réalisées	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint) Au 31/12/2023 Au 31/12/2026	Observations
4-11 Maîtrise du risque infectieux	1/ Poursuivre la politique de sensibilisation à la vaccination (grippe, COVID-19, rougeole, etc.) auprès des résidents et des agents en organisant des sensibilisations annuelles dans chaque unité 2/ Développer les formations et les sensibilisations en hygiène à destination de l'ensemble des agents de l'établissement mais aussi des résidents 3/ Suivre et gérer les épidémies 4/ Suivre le bon usage des antibiotiques 5/ Apporter l'expertise en hygiène dans la gestion du réseau d'eau (dont prévention du risque légionnelle), du circuit des déchets, du circuit du linge et pour la gestion des travaux 6/ Accompagner le suivi et la gestion des AES 7/ Participer aux enquêtes annuelles (consommation des antibiotiques et suivi des résistances, bactériennes, consommation de solution hydro-alcoolique) 8/ Répondre aux indicateurs annuels du bilan LIN 9/ Participer à la rédaction des carnets sanitaires et classeurs HACCP 10/ Superviser la réalisation des contrôles microbiologiques des surfaces (cuisines, salles de soins, offices, etc...) 11/ Réaliser annuellement des audits de pratiques 12/ Réactualiser annuellement le DARI 13/ Participer aux inter-CLIN, inter-CAI 14/ Participer aux réunions régionales du RHC-CPIAS 15/ Participer aux réunions de la cellule hygiène du GHT 16/ Compléter et réactualiser l'ensemble de la gestion documentaire en lien avec le risque infectieux	- Consommation annuelle en antibiotiques (en DDJ/1000 JH) - Nombre d'HDJ/24h/résident EHPAD	2022-2026		
Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, amélioration des conditions d'emploi et de travail					
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	Projet social et matériel du projet d'établissement 2020/2026 1/ Maintenir les acquis et l'autonomie des résidents par le recrutement de compétences en activité physique adaptée 2/ Développer les pratiques avancées en lien avec la réduction des hospitalisations évitables 3/ Tendre vers l'augmentation du temps médical salarié en remplacement du temps médical détaillant 4/ Renforcer le temps médical partagé 5/ Garantir la coordination des actions dans le cadre du plan de formation 6/ Renforcer le rôle de l'encadrement de proximité notamment dans la diffusion des compétences acquises en formation 7/ Fidéliser les personnels en favorisant l'accès à la formation professionnelle 8/ Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelles en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service 9/ Garantir une planification conforme aux organisations définies. 10/ Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail 11/ Partager les compétences et valoriser les expertises. 12/ Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi GPMC (Politique de recrutement, stratégie d'accompagnement des parcours de professionnalisation, ...) 1/ Former des infirmiers en pratiques avancées 2/ Constituer un réseau d de référents et d'experts sur des thèmes identifiés 3/ Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelle en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service 4/ Améliorer le ratio ASI/ASH pour atteindre 70% d'AS 5/ Définir et négocier une politique de mobilité interne et externe (groupe EP/AGE 36) 6/ Organiser les modalités de "transfert de compétences" en cas de formation spécifique 7/ Favoriser l'accès à la promotion professionnelle notamment sur les métiers rares 8/ Anticiper les départs afin d'éviter moins de difficultés pour les recrutements Continuer à améliorer la qualité de vie au travail (CF processus et politique QVT) 1/ Garantir une planification conforme aux organisations définies 2/ Partager les compétences et valoriser les expertises 3/ Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail 4/ Renforcer le développement de la culture gériatrique pour les personnels soignants notamment par la connaissance croisée des métiers 5/ Harmoniser le positionnement des cadres 6/ Positionner l'IDE dans l'équipe soignante 7/ Organiser les changements de service ou d'équipe de soins à une fréquence définie en privilégiant le volontariat 8/ Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi 9/ Mettre en œuvre le plan égalité professionnelle	- Taux d'absentéisme. - Taux d'absentéisme courte durée. - Taux d'accident du travail. - Taux d'ETP vacants au 31/12. - Taux de rotation des personnels. - Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management. - Ratio d'encadrement global. - Nombre de points GIR par AS. - Ratio d'encadrement ASI/ASH. - Ratio d'encadrement IDE. - Taux de remplacement du personnel. - Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers - Plan de formation - Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS - Organisation comprenant un pool de remplacement - Nombre de formations qualifiantes	2022-2026		
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	1/ Mise en place du Rapport Social Unique	- Rapport Social Unique (RSU)	2022-2026		
Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)					
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants	1/ Restructurer les services d'EHPAD qui ne répondent pas aux normes de confort hôtelier et de prise en charge actuelles 2/ Adapter les locaux à l'évolution des pathologies des résidents accueillis (PASA, accueil de jour) 3/ Moderniser et mettre aux normes les bâtiments pour assurer une meilleure qualité de prestations 4/ Améliorer les performances énergétiques des bâtiments	- Bâtiment de 42 lits d'EHPAD à construire - Rénovation des sols et murs résidence BALSAN - Rénovation des sols et murs résidence La Piélade - Rénovation des sols et murs résidence Les 3 Rivières - Restructurer la cuisine centrale - Déplacer la PUI à Rochette et moderniser les locaux	2022-2026		
6-2 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile	Développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.		2022-2026		
6-3 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel	Créer une porte d'entrée unique pour toutes les prestations que l'on peut trouver dans un EHPAD et constituant un centre de ressources territorial par la création de places d'EHPAD à domicile en transformant des lits d'hébergement permanent		2022-2026		
6-4 Projet de diversification de l'offre de la Plateforme de répit : le relayage	Mettre en place une aide au répit à domicile plus longue : « le relayage » - objectifs à atteindre vis-à-vis du proche aidé - objectifs à atteindre vis-à-vis de l'aidant	- Nombre de demandes de renseignement reçu - Nombre de familles accompagnées - Taux de transformation (familles accompagnées / familles renseignées) - Nombre d'évaluations à domicile réalisées - Nombre d'heures d'interventions - Enquête de satisfaction auprès des familles accompagnées - Enquête de satisfaction auprès des partenaires - Enquête de satisfaction auprès des relayeurs	2022-2026		



Conventions Equipe Mobile Gériatrique EMG ETRE-INDRE

EMG « classique » :

- 🌿 EHPAD Béthanie de Pellevoisin
- 🌿 EHPAD La Charmée à Châteauroux
- 🌿 EHPAD La Chaume à Issoudun
- 🌿 EHPAD La Roseraie à Chabris
- 🌿 EHPAD Le Bois Rosier à Vatan
- 🌿 EHPAD Le Castel de Sainte-Sévère
- 🌿 EHPAD Les Jardins d'Automne à Badecon le Pin
- 🌿 EHPAD Notre Dame de Confiance de Tournon Saint Martin
- 🌿 EHPAD Rive Ardente à Chasseneuil
- 🌿 EHPAD Saint-Joseph à Ecueillé
- 🌿 EHPAD Saint-Jean à Châteauroux
- 🌿 SSIAD Saint-Gaultier
- 🌿 SSIAD Argenton sur Creuse
- 🌿 SSIAD Tournon-Saint-Martin
- 🌿 SSIAD ASMAD
- 🌿 SSIAD Saint-Plantaire
- 🌿 SSIAD Saint-Benoit-du Sault
- 🌿 SSIAD Sainte-Sévère
- 🌿 SSIAD Levroux
- 🌿 SSIAD Valençay
- 🌿 SSIAD Vatan

- 🌿 ADS Saint-Benoit-du Sault
- 🌿 ADDEXIA
- 🌿 ADMR
- 🌿 Mieux Vivre Saint-Gaultier
- 🌿 Familles Rurales
- 🌿 AMD Aigurande
- 🌿 BVCS Tournon-Saint-Martin
- 🌿 Aide à Dom 36
- 🌿 AFD
- 🌿 ASMAD

- 🌿 CH Levroux
- 🌿 CH Valençay
- 🌿 Clinique Saint François de Châteauroux

- 🌿 La Prée Ségry

EMG « Personnes Handicapées » :

- 🌿 FAM ADAPEI 36
- 🌿 FAM ALGIRA Orsennes
- 🌿 FAM La Bussière à Pérassay (Blanche de Fontarce)
- 🌿 MAS AIDAPHI Ardentes
- 🌿 MAS Les Oiseaux La Châtre
- 🌿 MAS Le Hameau de Gâtines à Valençay (AEHM)

Fiches actions CPOM EHPAD CDGI (2022-2026)

Fiches actions

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	2
1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	4
1.3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale	6
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	8
2.1 bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion	10
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	12
2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services	14
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs ...	16
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	18
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	20
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS	23
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile	25
3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire	27
3-7 Consolider la couverture départementale en accueil de jour	29
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	31
4.1 bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents	33
4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins buccodentaires.....	35
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	38
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	40
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe.....	42
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables.....	44
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	46
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	48
4.9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage	50
4.10 Mettre en adéquation les besoins de coordination et d'organisation des soins constatés sur le terrain et les moyens affectés	52
4.11 : Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA)	54
4.12 : Maitrise du risque infectieux.....	56
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences.....	58
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines.....	63
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants	64
6.2 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile	66
6.3 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel.....	67
6.4 Projet de diversification de l'offre de la Plateforme de répit : le relayage	69

Fiche Action N°1.1**Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents****1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement**

Personne référente : Direction des soins

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au Schéma gérontologique départemental 2017-2022

Outils de la loi 2002-2 ; projet de soins ; projet personnalisé ; projet d'animation ; projet d'établissement

Nécessité de poursuivre et de maintenir la généralisation du projet personnalisé d'accompagnement

Elaborer un projet de vie spécifique pour la prise en charge des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer

Description de l'action :

Au sein des établissements EP'AGE 36, la démarche d'élaboration des PAP a été déployée progressivement depuis plusieurs années et les professionnels s'impliquent dans une approche pluridisciplinaire, en revanche, des actions restent à entreprendre au CDGI :

- Diffuser le protocole définissant la conduite à tenir pour l'élaboration du PAP afin d'harmoniser les modalités et bonnes pratiques sur EP'AGE 36
- Activer le nouveau paramétrage du PAP dans le dossier « Arcadis », après avoir organisé une action de sensibilisation/information auprès des équipes
- Renforcer et formaliser le rôle du référent résident
- Communiquer sur les missions du référent auprès des équipes, résidents et familles
- Intégrer le résident et/ou ses proches, représentant légal dans la réalisation du PAP et développer la co-construction jusqu'à l'étape de la contractualisation du PAP
- Disposer d'évaluations gériatriques pour chaque résident
- Développer et programmer dans les organisations de travail un temps d'échange pluridisciplinaire pour l'élaboration et la réactualisation des PAP
- Suivre, évaluer et réactualiser les projets d'accompagnement personnalisés
- Inscrire au plan de formation une formation dédiée « PAP » à destination des équipes soignantes, notamment AS, ASH, IDE ...

Identification des acteurs à mobiliser :

Médecins traitants et/ou médecins coordonnateurs

Cadres de santé

Equipes soignantes et paramédicales

Psychologues

Animatrices

Résidents et/ou représentants légaux, familles

Moyens nécessaires :

Temps de médecins coordonnateurs (cf. 4.10 « Mettre en adéquation les besoins de coordination et d'organisation des soins constatés sur le terrain et les moyens affectés »)

Taux d'encadrement en adéquation avec les besoins de la prise en charge et les recommandations EHESP à 0,80 soit 47,00 ETP IDE supplémentaires (et d'AS supplémentaires – cf. 4.9 « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage »)

Formation des équipes soignantes au PAP

Refonte du dossier DPI « Arcadis »

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		Fin d'Action
Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident = PAP formalisés mais non signés	2019 : 94,60%	2019 : 772	
	2020 : 94,11%	2020 : 751	
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	2019 : 66,91%		
	2020 : 49,87%		
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)	Non		
Taux d'agents soignants formés au PAP			

Points de vigilance :

Problématique de temps de coordination médicale.

Bonnes pratiques à promouvoir :

Développer les actions de formation sur la thématique du « PAP » pour les ASH, AS et IDE.

Maintien et/ou développement des staffs pluridisciplinaires.

Commentaires sur le constat de résultat :

Difficulté à atteindre une cible de 100% de taux de signature, au regard de la population accueillie.

Le « PAP » et la participation du résident à son élaboration constitue un droit, mais le « PAP » n'est pas une obligation.

Fiche Action N°1.2**Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents****1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance**

Personne référente : Cadre de santé chargé(e) du déploiement de la qualité dans les services de soins

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action n° 19 du Schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance :

- anticiper les situations de crise et d'urgence ;
- favoriser l'expression des choix de la personne.

Modalités :

- faire connaître à tous, les différents dispositifs et leurs caractéristiques ;
- réaliser des supports d'information claires et accessibles à tous pour informer le public des droits de protection et de représentation apportées par la loi ASV ;
- former le personnel des ESMS...

Description de l'action :

S'assurer de la mise à disposition systématique des formulaires de directives anticipées et de désignation de la personne de confiance.

1. Elaborer un dossier support, commun aux 4 établissements du groupe, comportant plusieurs documents pour :
 - Outiller les professionnels de santé (communication, information, recueil)
 - Poursuivre la communication auprès des résidents et de leur famille
 - Aider au recueil des directives anticipées auprès des résidents
2. Poursuivre les formations sur les thématiques prise en charge de la douleur, soins palliatifs
3. Généraliser la pratique de staffs pluridisciplinaires en EHPAD en associant l'EADSP 36 dans les situations complexes de soins palliatifs
4. Intégrer les familles dans le processus décisionnel et la prise en charge en soins palliatifs
5. Suivre les indicateurs

Identification des acteurs à mobiliser :

Solliciter les équipes de liaison douleur et soins palliatifs de chaque établissement et l'Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs (pour l'élaboration de documents adaptés, participation aux staffs pluridisciplinaires).

Mettre en place un groupe de travail : référents droit du patient/résident, référents soins palliatifs, EADSP 36.

Moyens nécessaires :

Formation du personnel

Outil de recueil des indicateurs

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées	Non disponible		
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance	35,70%		

Points de vigilance :

Difficultés à aborder la question des directives anticipées à l'entrée en EHPAD.

Proportion importante de résidents entrants dans l'incapacité de donner leurs directives anticipées ou de désigner une personne de confiance.

Bonnes pratiques à promouvoir :

Existence d'un inter CLUD dont les actions sont déployées sur le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Structuration des équipes de liaison douleur et soins palliatifs.

Collaboration avec le CODESPA.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 1.3**Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents****1.3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale**

Personne référente : Cadre de santé en charge de l'équipe d'animation

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

L'EHPAD, structure médico-sociale, constitue un lieu de vie dont la finalité est la meilleure qualité de vie pour chaque résident tout au long du séjour, et ce qu'elles que soient son autonomie et ses pathologies.

L'animation sert à donner de la vie et regroupe des activités organisées, individuelles et/ou collectives qui se veulent récréatives, culturelles. Elle vise une réponse aux attentes et besoins des personnes âgées, en vue du maintien, du développement de leur vie relationnelle, sociale et culturelle, en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé.

Au CDGI, l'animation sociale repose sur des professionnels formés et impliqués, dont les interventions se répartissent entre les différentes résidences. En revanche, la configuration de l'établissement (multi sites) et par ailleurs, le nombre d'ETP en animateurs ne permettent pas de répondre pleinement à l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'animations adapté et répondant aux attentes de l'ensemble des résidents.

Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale nécessite en outre de disposer de moyens supplémentaires.

Description de l'action :

- Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au cœur des projets de services
- Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au sein du projet d'accompagnement personnalisé
- Recenser et analyser les souhaits des résidents lors du recueil des habitudes de vie et tout au long du séjour
- Recenser et analyser les souhaits des professionnels pour développer et varier les animations
- Organiser la communication et la coordination des actions de vie sociale dans le service (équipe d'animation et soignantes)
- Définir des activités d'animation en cohérence avec l'état des lieux
- Déployer des outils de communication (Familéo : journal familial et institutionnel à destination des résidents, point d'accès internet, etc.)

Identification des acteurs à mobiliser :

Les animateurs

Les cadres de santé

Les équipes soignantes

La direction des soins

Moyens nécessaires :

Temps d'animateurs

Ordinateur

Abonnement Familéo

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
% de PAP intégrant l'animation et la vie sociale			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

- Recueillir les attentes en matière d'activités individuelles et collectives
- Diversifier et adapter les activités proposées au regard des attentes et des profils des personnes accueillies (résidents atteints de MND, etc.)
- Poursuivre l'ouverture sur la cité
- Développer la communication avec la famille
- Renforcer la dimension sociale du PAP

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°2.1

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification

Personne référente : Direction des affaires financières du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au Schéma gérontologique départemental 2017-2022

Efficacité de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire.

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)... Veiller à la qualité des prestations offertes : accompagner la mise en conformité des ESMS aux cahiers des charges publiés depuis décembre 2015.

Description de l'action :

- Automatiser les extractions et le traitement des données des ressources humaines (rémunérations, effectifs, carrière des agents) afin de produire les différents tableaux de bord de gestion et de fiabiliser les résultats communiqués
- Fiabiliser les données du tableau de bord de la performance ANAP, en maintenant la dynamique de remplissage coordonnée par la Direction des affaires financières, auprès des directions de site et des directions fonctionnelles du groupe EP'AGE36
- Veiller à la complétude et la fiabilisation des données budgétaires et financières dématérialisées transmises aux autorités de tarification (EPRD, PGFP, ERRD, EPCP, ERCP...), en poursuivant les travaux menés par la cellule financière du groupe

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction générale
 Direction des affaires financières et du contrôle de gestion
 Directions de site
 Direction des affaires économiques, logistiques et des travaux
 Direction de la stratégie, du système d'information, de la qualité et des coopérations
 Direction des ressources humaines

Moyens nécessaires :

Optimisation du logiciel de gestion des ressources humaines et formations
 Mettre en place une fonction contrôle de gestion sur le groupe EP'AGE 36 (cf. 2.1 bis « Mettre en place la fonction de contrôle de gestion »)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Données tableau de bord ANAP complétées à 100%	91.10 %		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 2.1 bis

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2.1 bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion

Personne Référente : Direction des affaires financières du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

La direction générale et les différents niveaux de pilotage du groupe EP'AGE 36 ont besoin de toutes les informations nécessaires à une meilleure gouvernance du groupe, mais aussi pour une amélioration de sa performance.

Cela passe par :

- le développement d'une approche par indicateurs par la mise en place et l'optimisation d'outils de gestion communs en cohérence avec la stratégie d'EP'AGE 36 ;
- la conception et la mise en œuvre des méthodes et outils permettant d'analyser et de garantir l'utilisation efficace des ressources de l'établissement ;
- c'est aussi conseiller les décideurs au regard du développement des activités ;
- le développement d'une comptabilité analytique par secteur et sur certaines lignes budgétaires.

Description de l'action :

- Formaliser les missions et décrire les activités de la fonction contrôle de gestion du groupe EP'AGE 36
- Elaborer un programme d'actions de la fonction contrôle de gestion
- Introduire et généraliser une culture de contrôle de gestion auprès des professionnels du groupe
- Intégrer le financement d'un temps contrôleur de gestion dans le budget base zéro (2022) des CPOM EHPAD et SSIAD des établissements du groupe, selon une répartition mutualisée par budget/section tarifaire
- Définir les missions, les activités, les compétences requises et les aptitudes du contrôleur de gestion,
- Rédiger la fiche de poste "contrôleur de gestion" du groupe EP'AGE 36
- Réaliser le recrutement du contrôleur de gestion, rattaché à la direction des affaires financières et du contrôle de gestion
- Planifier et déployer le programme de contrôle de gestion sur l'ensemble des établissements du groupe
- Insérer dans le projet de service *Finances, Accueil et Gestion des Séjours*, les objectifs et actions propres à la fonction contrôle de gestion

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction générale - Direction des ressources humaines - Direction des affaires financières, accueil et gestion des séjours et du contrôle de gestion

Direction de la prévention et du développement social, Agence Régionale de Santé

Moyens nécessaires :

Partage des réseaux (serveurs partagés), centralisation des tableaux de bord de gestion sur l'ensemble des établissements

Équipement informatique du contrôleur de gestion

Financement du poste du contrôleur de gestion selon une répartition mutualisée par budget/section tarifaire de l'ensemble des établissements du groupe EP'AGE 36 : soit 1,00 ETP pour le groupe EP'AGE 36 (soit 0,50 ETP pour les EHPAD du CDGI).

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°2.2

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports

Personnes référentes : Direction générale - Direction de la stratégie/coopérations – Direction des achats

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au schéma gérontologique 2017-2022

Efficiences de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire.

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)... Formaliser davantage voire diversifier les coopérations inter établissements et/ou services

Description de l'action :

Le groupe EP'AGE 36, en direction commune, a déjà mutualisé les fonctions supports des 4 établissements du groupe.

Ainsi, les fonctions services économiques et logistiques, travaux, ressources humaines, informatique, qualité, finance, accueil et gestion des séjours sont pilotées par des directions fonctionnelles communes à tous les établissements, qui travaillent à l'harmonisation des bonnes pratiques, des indicateurs suivis, des méthodes de travail et à la coopération entre les établissements.

La fonction restauration est mutualisée entre deux établissements, puisque la cuisine du CDGI produit les repas de l'EHPAD de Vatan.

Par ailleurs les établissements du groupe EP'AGE 36 sont des établissements parties au GHT de l'Indre, et sont donc acteurs de la mutualisation des fonctions achats et SI au sein de ce GHT. Ils sont également adhérents au GCS Centre Val de Loire et au GIP e-santé, ce qui permet d'améliorer l'efficacité des achats réalisés.

Les établissements du groupe animent également des réunions départementales EHPAD qui permettent la mise en commun d'informations, de bonnes pratiques, et la coopération inter établissement.

Le groupe EP'AGE a donc atteint une certaine maturité sur la question des coopérations, et souhaite maintenir cette dynamique, en se réinterrogeant régulièrement sur les nouvelles opportunités de mutualisation des fonctions supports.

En 2021, le groupe EP'AGE engage une réflexion sur la restauration par la réalisation d'une étude de faisabilité commune aux trois cuisines du groupe pour définir des stratégies de mutualisation éventuelles.

De la même façon, un groupe de travail a été constitué pour favoriser les fonctionnements partagés entre les trois PUI du groupe. La PUI du CH Valençay et celle du CH Levroux sont déjà dirigées par le même pharmacien, ce qui favorise l'harmonisation des procédures et des méthodes de travail. L'idée est de continuer à harmoniser les pratiques sur tout le groupe et de développer la sécurisation du circuit du médicament, notamment en entamant la réflexion sur une automatisation de certaines préparations (piluliers) sur une ou plusieurs PUI.

Identification des acteurs à mobiliser : Groupe EP'AGE36, GHT de l'Indre, réseau des EHPAD du département

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Existence de conventions de coopération inter établissements	oui		
Existence de procédure et protocoles communs aux établissements du groupe	oui		
Favoriser les fonctionnements partagés entre les 3 cuisines du groupe EP'AGE 36	Projet lancé en 2021		
Favoriser les fonctionnements partagés entre les 3 PUI du groupe EP'AGE 36	Projet lancé en 2021		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°2.3

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services

Personnes référentes : Direction générale - Direction des coopérations – Direction des Ressources Humaines

Date de création : 01/01/2022

Contenu du diagnostic PRS2 :**Fiche action n° 31 du schéma gérontologique départemental 2017 -2022 :**

Formaliser davantage voire diversifier les coopérations inter établissements et/ou services

- rationaliser et maîtriser les dépenses

- adapter les organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires

Modalités :

- accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation des coûts

- s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services). La mutualisation devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts

- aider au recrutement de personnel via la mutualisation

- échange de compétences

Description de l'action :**Renforcement des coopérations/mutualisations internes au groupe EP'AGE 36 :**

- Poursuivre les coopérations et mutualisations dans le cadre de la direction commune EP'AGE36
- Consolider les inter-instances de la direction commune et créer une commission des médecins coordonnateurs
- Formaliser une politique de recrutement inter établissements dans la cadre de la promotion professionnelle et créer une bourse des emplois internes
- Définir la politique de mobilité interne (établissement) et externe (groupe EP'AGE 36)
- Identifier et former un réseau de référents et d'experts sur des thèmes identifiés

Renforcement des coopérations/mutualisations externes au groupe EP'AGE 36 :

- Maintenir et développer les coopérations avec le réseau départemental des EHPAD
- Continuer à répondre aux appels à projets/candidatures en collaboration avec d'autres établissements du département
- Renforcer les partenariats avec les établissements disposant d'un plateau technique (mettre à jour les conventions dans le cadre du GHT)
- Signer des conventions de collaboration avec les services de maintien à domicile (SAAD et SSIAD) du territoire ressort
- Maintenir et développer les coopérations avec le réseau départemental des EHPAD :
 - ↳ Envisager notamment la création d'une structure de coopération permettant de mutualiser certains moyens nécessaires difficiles à mettre en œuvre dans chaque établissement (temps partiels, difficultés de recrutement) ;
 - ↳ Formaliser une conférence départementale des EHPAD, sur la base d'une charte, et composée des directions, des coordinations de soins et des médecins coordonnateurs, dans la prolongation des rencontres et des colloques initiés depuis plusieurs années. Au-delà du lieu d'échange sur la gouvernance et le fonctionnement des établissements, la conférence pourrait également être un interlocuteur privilégié pour les partenaires comme par exemple l'ARS et le Conseil Départemental.

↳ Créer un comité d'éthique et de bienveillance intégrant tous les EHPAD qui le souhaitent, afin de partager les situations et les réflexions, pour aller plus loin dans les actions, pour être plus justes dans les décisions. Cette instance pourrait présenter un appui non négligeable pour les établissements qui n'en disposent pas.

Identification des acteurs à mobiliser :

Equipe de direction

Moyens nécessaires :

- Plan de formation mutualisé
- MAJ de la convention de direction commune et convention de mise à disposition de personnel
- Instances communes
- Conventions de coopérations

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de conventions signées			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.1

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs

Personnes référentes : Direction des soins – Médecins coordonnateurs

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé

Objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire

Objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale

Objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Description de l'action :

La démarche palliative en EHPAD est structurée et commune à tous les établissements d'EP'AGE 36.

Elle est pilotée par l'INTERCLUD qui traite les différentes politiques de lutte contre la douleur, de prise en charge de la fin de vie et de prise en charge palliative, et qui sont relayées au sein des résidences par les Equipes de Liaison Douleurs et Soins Palliatifs, composées par des référents soignants.

Cette démarche s'appuie sur une politique de formation professionnelle et des actions de formation qui sont déployées depuis plusieurs années.

Par ailleurs, depuis 2015, le CDGI contribue au développement de la formation sur la démarche palliative dans les EHPAD du département, en portant la formation DPC dispensée par le CODESPA

Encourager, renforcer et développer les partenariats les équipes de soins palliatifs

1. Poursuivre le déploiement de la démarche palliative en EHPAD
2. Continuer la formation du personnel en soins palliatifs dispensée par le CODESPA (cible : 50% du personnel formé) et transmettre cet apport à l'équipe par des retours de formation
3. Développer dans le plan de formation des actions de formation sur les approches non médicamenteuses
4. Former les médecins coordonnateurs et IDE, AS, psychologue, cadre de santé au DU Soins Palliatifs
5. Formaliser un staff soins palliatifs (fréquence à définir) en fonction des besoins
6. Sensibiliser régulièrement les équipes aux soins palliatifs (2 fois par an)
7. Développer le partenariat et/ou les interventions de l'EADSP 36 (médecin traitant, médecins coordonnateurs, équipes soignantes, ...) : débriefings et analyses de situations, PEC, ...
8. Renforcer l'implication des cadres de santé dans la démarche institutionnelle relative aux soins palliatifs
9. Développer la participation des bénévoles dans l'accompagnement de fin de vie (ALAVI, ...)
10. Engager une réflexion relative à un projet spécifique « soins palliatifs » pour personnaliser la prise en charge = questionnaire, vision et projet global (implication des familles, accompagnement, ...)
11. Diversifier les approches non médicamenteuses dans la PEC
12. Pérenniser et dynamiser le pilotage des soins palliatifs dans les services, en lien avec l'INTERCLUD et la politique EP'AGE 36

Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD

1. Evaluer et mettre à jour la convention de partenariat entre la structure d'hospitalisation à domicile et les EHPAD gérés par le CDGI (conditions générales, procédures, outils, ...)
2. Communiquer auprès des équipes des EHPAD du CDGI sur les critères d'inclusion et sur les conditions d'intervention de l'HAD
3. Communiquer auprès des résidents et familles sur les possibilités/conditions de PEC HAD (intégrer une information dans les documents institutionnels, ...)

Identification des acteurs à mobiliser :

- Médecins coordonnateurs
- Direction des soins
- Direction des ressources humaines
- Cadres de santé
- Direction des coopérations

Moyens nécessaires :

- Temps de médecin coordonnateur (cf. 4.10 « Mettre en adéquation les besoins de coordination et d'organisation des soins constatés sur le terrain et les moyens affectés »)
- Temps de coordination de soins (cf. 4.11 « Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA) »)
- Budget formation

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Existence de protocole/convention de coopération inter établissements	CONVENTION, GIP, GCS, GHT		
Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD/an	Pas disponible		
Nombre d'interventions de l'HAD / an	Pas disponible		
Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	Oui		
Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée et réévaluation	Pas disponible		
Convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)	Equipe mobile de soins palliatifs - Equipe mobile gériatrique		
Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP	Pas disponible		
Nombre d'intervention de l'EADSP	Pas disponible		
Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs	2019 : 20 2020 : 12		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°3.2

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé

Personne référente : Direction du système d'information

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale

Objectif PRS n° 29 développer l'usage de outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé

Objectif PRS n° 31 développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients

Description de l'action :

Dossier Médical Partagé :

- Finaliser le protocole définissant les règles d'alimentation des DMP à destination des services de soins (objectif de 100 % de DMP alimentés)

Télémédecine :

- Organiser une veille sur le référencement des spécialistes externes et des référents experts internes et diffuser un annuaire interne
- Relancer la communication sur la télémédecine auprès des équipes médicales et paramédicales
- Poursuivre les travaux avec les CPTS pour l'organisation des téléconsultations

Via Trajectoire :

- Mettre à jour les fiches d'identité des établissements dans Via Trajectoire
- Poursuivre la communication sur l'outil auprès des professionnels de l'établissement et solliciter un accompagnement par le GIP e-Santé pour les utilisateurs
- Faciliter l'utilisation de l'outil pour les adresseurs potentiels et auprès des usagers (livret d'accueil, site internet...)
- Participer au déploiement de l'outil dans le cadre du GHT

Messagerie sécurisée :

Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée : Dans le cadre de la prise en charge des résidents par les médecins libéraux, un protocole de transmission des ordonnances au pharmacien de l'établissement par le système de messagerie sécurisée de santé a été mis en place. Cette procédure reste néanmoins très peu utilisée et doit être rediffusée à l'ensemble des médecins concernés.

Les échanges entre praticiens hospitaliers et professionnels de santé extérieurs à l'établissement demandent aussi à être renforcés, notamment en permettant d'intégrer la MSSanté au DUI de l'établissement.

Outils de coordination des parcours :

- S'inscrire dans les travaux de déploiement de la plateforme e-Parcours et plus généralement dans les politiques nationales et régionales de déploiement des systèmes d'information
- Poursuivre les travaux au sein du GHT afin de disposer de logiciels interopérables sur le territoire

Identification des acteurs à mobiliser :

- Direction
- Service AGS
- Equipe médicale et paramédicale
- GIP Centre-Val de Loire e-Santé
- COPIL Schéma Directeur Système d'Information du GHT
- Coordonnateurs des CPTS

Moyens nécessaires :

Equipe informatique (RSSI et DPO)

Réunions sur le SDSI et sur le DMP au niveau du GHT

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux de résidents avec un DMP	43 %		
Si télémédecine : nombre télé-expertise et/ou téléconsultations réalisées /an	Pas disponible		
Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	Non Suivi		
% de résidents admis par via trajectoire	Non Suivi		
Existence d'une messagerie sécurisée	Oui		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Remplissage du DMP pour nos résidents par les services hospitaliers

Absence de correspondants médicaux pour les consultations de télémédecine

Adressage sur Via Trajectoire

Respect du consentement des résidents pour lesquels le dossier d'admission est transmis via trajectoire

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.3

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée

Personne référente : Direction des soins

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les Personnes Agées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Description de l'action :

- Pérenniser le dispositif en place des IDE d'astreinte
- Poursuivre la formation des agents sur les appels d'urgence
- Communiquer sur le protocole des entrées directes dans les services d'hospitalisation, sans passage aux urgences (travaux de filière gériatrique)

Ou

- Mener une réflexion et étudier la possibilité de mettre en place une équipe IDE de nuit pour les résidences extérieures du CDGI
- Elaborer la fiche de poste, précisant les missions, le périmètre d'intervention et les activités
- Constituer une équipe d'IDE de nuit, visant à assurer la continuité des soins le week-end, la nuit et sur les horaires pré-définis en l'absence d'IDE sur les résidences extérieures, et en complément de l'intervention programmée des IDE libéraux (Moyens supplémentaires : effectif de nuit => 3 ETP IDE et pour garantir le dispositif à partir de 15h45, effectif sur l'horaire du soir => 2 ETP IDE)
- Définir le fonctionnement et l'organisation

L'IDE sera positionnée sur une des résidences du CDGI. Elle pourra assurer un rôle de conseil et accompagner les équipes sur les conduites à tenir, téléphoniquement ou sur place. Elle sera également amenée à se déplacer sur les résidences extérieures en fonction des besoins, des prises en soins et des situations à gérer.

Identification des acteurs à mobiliser :

Directeur, directrice des soins, IDE coordinatrice du dispositif

Moyens nécessaires :

Moyens IDE, permettant de pérenniser le projet et de respecter les conditions du cahier des charge (« Un temps de repos minimal le lendemain de l'astreinte de nuit sera obligatoirement prévu en cas d'intervention »).

OU

Moyens IDE supplémentaires : 5,00 ETP d'IDE

Un véhicule

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par le forfait global soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Coopération inter établissement	CONVENTION, GIP, GCS, GHT		
Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	Pas disponible		
Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement	2019 : 320 2020 : 568		
Nombre d'interventions de l'IDE	2019 : 99 2020 : 132		
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit	2019 : 20 2020 : 15		
Nombre d'interventions IDE classées par motifs	<p>2019 : 99 déplacements</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Administration de traitements : 26 ⇒ Injections : 15 ⇒ Pansements : 9 ⇒ Déplacement pharmacie de garde : 1 ⇒ Relation famille : 7 ⇒ Décès : 9 ⇒ Evaluation d'une situation pour la prise en charge : 17 ⇒ Retour d'hospitalisation : 7 ⇒ Admission d'un résident en hébergement temporaire à 16h : 1 ⇒ Soins pour sondages urinaires : 7 <p>2020 : 132 déplacements</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Administration de traitements : 12 ⇒ Injections : 19 		

	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ <i>Pansements : 16</i> ⇒ <i>Déplacement pharmacie de garde : 0</i> ⇒ <i>Relation famille : 10</i> ⇒ <i>Décès : 24</i> ⇒ <i>Evaluation d'une situation pour la prise en charge : 27</i> ⇒ <i>Retour d'hospitalisation : 6</i> ⇒ <i>Admission d'un résident en hébergement temporaire à 16h : 0</i> ⇒ <i>Soins pour sondages urinaires : 18</i> 		
Convention avec un service de gérontopsy	Oui		
Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	Oui		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Ressources IDE (sur la base du volontariat) ; Coordination avec le dispositif départemental des IDE d'astreinte
Difficultés de recrutement

Commentaires sur le Constat de résultat :

Le dispositif d'astreinte IDE permet de gérer des situations de soins en EHPAD, évitant un passage aux urgences aux résidents.

Fiche Action N°3.4

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS

Personnes référentes : Direction générale – Direction stratégie - Service communication du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action n° 14 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ESMS) dans l'Indre :

- faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du Département ;
- permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS.

Modalités :

- application de la réglementation sur le socle des prestations ;
- diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ;
- utilisation des différents supports à disposition : livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniors36.

Description de l'action, Identification des acteurs à mobiliser et Indicateurs cible à atteindre :

Mettre en place les actions mises en exergue dans le projet d'établissement 2020-2025, le compte qualité, les évaluations internes et externes et le PAQ communication 2020.

ACTIONS	LIVRABLE/INDICATEURS
Développer la communication sur les réseaux sociaux	Communications formalisées sur l'outil retenu
Organiser des journées événements	Articles de presse + lettre d'infos Nombre de participants
Améliorer et mettre à jour le site internet	Sites internet à jour, audit annuel, refonte de la conception des sites effectuée, Nombre de pages vue, Géolocalisation par session de visite pour connaître la provenance géographique des visiteurs.
Développer la communication extérieure via les média locaux sur l'évolution et la modernisation du patrimoine immobilier	100% des événements couverts par un article dans la presse locale
Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information grand public dans les cabinets des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux.	Nombre d'articles de presse Nombre de flyers diffusés
Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information destinés aux professionnels libéraux	
Créer un flyer spécifique sur l'hébergement temporaire à diffuser dans les services sociaux, cabinets médicaux, associations d'aide à domicile, etc. Communiquer sur la création de chambres relais (plan de communication : presse, flyer).	
Création d'un flyer EHPAD par établissement intégrant la présentation générale des services (CHL/CHV/VAT)	
Dématérialisation des articles de presse	Nombre de lettres d'information

Communiquer sur la réponse aux appels à projets et sur les financements obtenus	
Pour le CDGI : Poursuivre la communication sur la plateforme de répit et ses actions pour optimiser l'activité: Diffusion du calendrier des activités, des affiches suivant évènements, des flyers / Articles presse / organisation et /ou participation à diverses actions	1 projet = 1 affiche=1 article de presse
Dans le cadre du parcours patient :Rendre le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et autres supports d'information approprié à la population accueillie ou susceptible d'être accueillie (ex: Créer des supports en gros caractères pour palier une déficience visuelle)	SSR, EHPAD, SSIAD, USLD, EMG, Accueil de jour, etc.: livrets d'accueil, règlements de fonctionnement et contrats de séjour adaptés et diffusés en cas de déficience visuelle 1 contact = 1 livret d'accueil remis, les autres documents sur demande expresse

Moyens nécessaires :

Financement d'un chargé de communication à hauteur de 1,00 ETP pour le groupe EP'AGE 36 (soit 0,50 ETP pour les EHPAD du CDGI), afin d'assurer les missions listées ci-dessus.

Le chargé de communication serait également chargé de mettre en place l'ensemble des actions de communication visant à mieux communiquer avec les familles, les usagers, le personnel, les professionnels libéraux, services sociaux, partenaires, etc.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
			Fin d'Action
Indicateurs mentionnés dans le tableau ci-dessus.			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

**CONVENTION D'HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE POUR L'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
GERE PAR LE CENTRE DEPARTEMENTAL GERIATRIQUE DE L'INDRE
(CDGI) à SAINT-MAUR**

ENTRE :

- Le Département de l'Indre, représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental, d'une part ;

ET :

- L'EHPAD géré par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI) à SAINT-MAUR dont le siège social est situé Lieudit Gireugne BP 317 36006 CHATEAUROUX Cédex, représenté par Monsieur François DEVINEAU en qualité de Directeur du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI) ; personne habilitée à signer le CPOM et conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, d'autre part.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles L.313-8, L.342-3-1 et D.342-2 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0307 et n° 2018-D-2891 du 18 octobre 2018 portant renouvellement des autorisations des EHPAD(s) gérés par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI) à SAINT-MAUR d'une capacité totale de 582 places et autorisation d'extension de la Plateforme d'Accompagnement et de Répit (PFR) de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) George Sand à Châteauroux, pour la mise en place de deux antennes : une à l'EHPAD Béthanie à Pellevoisin et une à l'EHPAD de la Cubissole à Le Blanc ;

Vu le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Indre (RDAS) ;

Considérant le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2022-2026 conclu entre l'organisme gestionnaire de l'EHPAD géré par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI) à SAINT-MAUR, le Département de l'Indre, et l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire ;

PREAMBULE :

Par arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0307 et n° 2018-D-2891 du 18 octobre 2018 portant renouvellement des autorisations des EHPAD(s) gérés par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre (CDGI) à SAINT-MAUR d'une capacité totale de 582 places et autorisation d'extension de la Plateforme d'Accompagnement et de Répit (PFR) de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) George Sand à Châteauroux, pour la mise en place de deux antennes : une à l'EHPAD Béthanie à Pellevoisin et une à l'EHPAD de la Cubissole à Le Blanc, et valant habilitation à l'aide sociale, le Président du Conseil départemental de l'Indre, en application du Code de l'Action Sociale et des Familles, a habilité l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour la totalité de sa capacité, soit 582 lits.

Le CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.313-8-1 CASF, entre l'Organisme Gestionnaire et le Conseil départemental. Les conditions et modalités sont précisées dans la présente convention.

Dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices, il est appliqué les dispositions du chapitre II du titre IV du livre III du CASF. Dans ce cadre, la tarification administrée ne vaut que pour les bénéficiaires de l'aide sociale selon les modalités prévues au CPOM et à la présente convention.

IL EST AINSI CONVENU CE QUI SUIT :**ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION**

La présente convention a pour objet de définir la nature et les conditions de mise en œuvre des missions assurées par l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes géré par le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre à Saint-Maur au titre de la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale.

ARTICLE 2 : CATÉGORIES DE PUBLICS ACCUEILLIS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement s'engage à accueillir toute femme ou homme âgé d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'incapacité au travail, dont le maintien à domicile n'est plus possible.

L'établissement peut à titre dérogatoire et après autorisation du Président du Conseil départemental de l'Indre, recevoir des personnes de moins de 60 ans.

ARTICLE 3 : NATURE DES ACTIONS ET PRESTATIONS GARANTIES AUX BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Comme pour l'ensemble des résidents, l'établissement doit satisfaire aux normes minimales qualitatives et quantitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cela porte sur :

- un hébergement à temps complet à titre permanent ou temporaire et fournissant, pour chaque résident, à minima, le socle des prestations prévu à l'annexe 2-3-1 du CASF et décrit à l'article 4 du titre 2 du présent CPOM « tarification à l'hébergement », ainsi que le blanchissage du linge des résidents ;
- la proposition et la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés ;

- une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant du temps de médecin coordonnateur ;
- la mise en œuvre et le suivi annuel d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident ;
- l'élaboration d'un contrat de séjour pour chaque résident ;
- un environnement architectural adapté et apportant un environnement confortable, rassurant et stimulant, permettant une vie sociale et un accueil des familles. L'établissement doit également disposer d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;
- l'élaboration d'un plan détaillé sur les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

L'établissement garantit également les normes réglementaires de sécurité. Toutes les prescriptions des commissions de sécurité et du service de protection contre l'incendie doivent être strictement observées et doivent être portées à la connaissance du Président du Conseil départemental.

Il doit s'assurer contre tous les risques d'accident pouvant survenir aux personnes âgées qu'il accueille, d'accidents ou dommages qui pourraient être causés par ces personnes et dont l'établissement pourrait être tenu responsable par l'application des articles 1382 et 1384 du Code Civil.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADMISSION ET DE RESERVATION DES PLACES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

4.1 – Admission à l'aide sociale

L'admission à l'aide sociale est soumise à des conditions d'attribution notamment de ressources prévues par le CASF et le RDAS de l'Indre.

Le dossier de demande d'admission à l'aide sociale, constitué des pièces justificatives dont la liste est communiquée par le Département, est déposé au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie du domicile de l'intéressé(e). Dès complétude, il est transmis au Président du Conseil départemental dans le mois suivant son dépôt.

Le dossier d'aide sociale comprend notamment la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire, fixée notamment au vu du livret de famille. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur de leurs ascendants postulant à l'aide sociale.

Après instruction par les services du Département, le Président du Conseil départemental décide de l'admission ou non à l'aide sociale, et en cas d'admission, qui est alors prononcée pour une durée maximale de 5 ans, fixe également la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale.

Aucune somme ne peut être prélevée de la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale sans l'autorisation du Département.

En cas de refus de l'aide sociale par le Président du Conseil Départemental, les frais avancés par le Département sont récupérés auprès du demandeur.

La décision est notifiée à l'intéressé(e) ou à son représentant légal et le cas échéant aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le Département.

En cas de désaccord sur l'obligation alimentaire, le Président du Conseil départemental peut saisir le juge des Affaires Familiales en lieu et place de la personne âgée pour fixer la contribution alimentaire.

L'établissement peut également exercer un recours auprès du Juge des Affaires Familiales, s'il y a lieu, contre les résidents ou contre leurs obligés alimentaires (art. L.314-12-1 du CASF ou L.6145-11 du Code de la Santé Publique).

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée dans les deux mois (délai pouvant être prolongé de deux mois à titre exceptionnel). A défaut, elle prend effet à compter de la date de dépôt de la demande (article R. 131-2 CASF).

Les décisions en cours de validité peuvent faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation. Constitue notamment un changement de situation le fait pour le bénéficiaire de changer d'établissement. La décision d'aide sociale est alors effective à la date du changement de la situation.

La décision peut être également révisée avec répétition de l'indu, s'il apparaît que l'admission a été prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées.

Dans le cas d'une demande de renouvellement de la prise en charge des frais d'hébergement, la décision prend effet à la date d'expiration de la précédente prise en charge.

4.2. Rappels concernant la pré-admission à l'aide sociale

Pour toutes les personnes qui font une demande de prise en charge à l'aide sociale, l'établissement est tenu d'effectuer la récupération de 90 % des ressources de toute nature, ainsi que de l'allocation logement en totalité, dans l'attente de la décision relative à la prise en charge au titre de l'aide sociale. Le montant minimal des ressources du bénéficiaire laissées mensuellement à sa libre disposition ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (article R.232-34 du CASF) et/ou à 30 % du montant mensuel de l'allocation adulte handicapé (article D.344-34 et suivants du CASF).

Pendant cette période, il ne peut être réclamé à l'intéressé(e), à sa famille ou à quiconque un paiement complémentaire.

Si une caution est demandée à l'entrée en établissement, celle-ci ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée (art. R.314-159 du CASF).

L'aide sociale ne prend en aucun cas en charge les éventuels frais de réservation pour la période précédant l'entrée en établissement (art. R.314-149 CASF).

4.3. Conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Dans le cadre de sa procédure d'admission, l'établissement doit donner la priorité aux bénéficiaires de l'aide sociale. En tout état de cause, l'établissement ne peut refuser l'admission d'une personne bénéficiaire de l'aide sociale sauf pour raisons médicales.

ARTICLE 5 : MODALITES DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX ET SOUTIENS SOCIAUX AUX FINS DE FACILITER L'ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement doit mettre en œuvre les partenariats nécessaires ainsi que les actions d'information, la documentation et les procédures coordonnées afin de faciliter l'admission des bénéficiaires à l'aide sociale. Ce dispositif devra être énoncé dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement. L'organisme gestionnaire tiendra régulièrement informés les services du Département de l'Indre des modifications qui pourront être apportées. Il transmettra également tous les conventionnements conclus dans le cadre de ce dispositif.

ARTICLE 6 : REGLES RELATIVES A LA TARIFICATION DES RESIDENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

La prestation d'aide sociale légale permet la prise en charge par le Département des frais d'hébergement de la personne âgée ne pouvant assumer ces coûts avec l'aide de leurs obligés alimentaires.

La participation financière du Département de l'Indre s'adresse uniquement aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre.

6.1. Règles de calcul

Le montant de la prise en charge par le Département est calculé sur la base des tarifs journaliers hébergement et dépendance GIR 5-6 arrêtés par le Président du Conseil départemental.

Les modalités de calcul de la tarification applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale sont décrites à l'article 4 du titre 2 du CPOM pour la tarification de l'hébergement et à l'article 2 du titre 2 du CPOM pour la tarification de la dépendance.

6.2. Modalités de facturation des tarifs

Les tarifs sont payés à terme à échoir en application de l'article R.314-186 du CASF.

L'établissement est tenu d'informer le Conseil départemental de toute absence dans un délai maximum de 48 heures.

L'établissement, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, facture le jour d'entrée ainsi que chaque jour de présence, sous réserve des dispositions suivantes. Il ne facture pas le jour de sortie. Le jour du décès peut être facturé.

Absences pour hospitalisation : Lorsqu'une personne âgée hébergée est hospitalisée, il est procédé à une diminution du montant du forfait hospitalier sur le prix de journée hébergement de l'établissement au-delà de 72 heures d'absence. Cette minoration est déduite de la participation de l'aide sociale. Ce dispositif s'applique pendant une durée qui ne peut excéder 30 jours consécutifs d'hospitalisation pendant laquelle la place de la personne âgée est conservée par l'établissement. Au terme du délai de 30 jours, aucune facturation ne peut être adressée au Département de l'Indre et la personne âgée retrouve l'intégralité de ses ressources. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour hospitalisation (article R.314-178 du CASF).

Absences volontaires ou pour vacances : Pour les absences de courtes durées égales ou inférieures à 72 heures (samedis, dimanches, jours fériés, autres), le tarif hébergement est facturé lorsque le lever ou le coucher a lieu dans l'établissement. Toute personne âgée hébergée à titre permanent peut s'absenter temporairement pour des vacances dont la durée ne peut excéder 35 jours au cours d'une année civile. À son retour, la personne âgée retrouve sa place ou son logement dans l'établissement. Pendant son absence, l'établissement peut utiliser la chambre en dépannage. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour convenances personnelles à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour (article R.314-178 du CASF).

6.3. Modalités d'encaissement

Pour les établissements accueillant des résidents à titre permanent : le Département encaisse le montant net des ressources du bénéficiaire, et des sommes dues au titre de l'obligation alimentaire, après déduction des charges autorisées et du montant minimum à laisser à disposition du bénéficiaire.

Pour les établissements accueillant des résidents à titre temporaire : le Président du Conseil départemental fixe la part à la charge de l'aide sociale dans la limite du plafond constitué par le tarif hébergement temporaire de l'établissement, multiplié par la durée du séjour dans la limite de 90 jours, renouvelable une fois par période de 12 mois, en tenant compte des ressources de la personne et de celles de ses obligés alimentaires, et de son droit éventuel à l'APA.

Dans le cadre d'un hébergement à titre temporaire, la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires est recouvrée directement par l'établissement. La prestation d'aide sociale est payée au bénéficiaire ou à l'établissement sous réserve de l'accord de la personne.

6.4. Modalités de revalorisation des montants

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance (notamment celui afférent au GIR 5-6) sont fixés et revalorisés selon les modalités prévues dans le CPOM aux articles 4 et 2 du titre 2 et au vu des documents budgétaires et comptables également visés dans ce contrat.

ARTICLE 7 : DUREE, CONCILIATION ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION

7.1 – Durée de la convention

La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale est conclue pour une durée maximale de 5 ans (article L. 342-3-1 du CASF).

7.2 – Renouvellement ou prolongation de la convention

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention peut être renouvelée ou prolongée, en parallèle des négociations pour le renouvellement du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

ARTICLE 8 : RETRAIT DE L'HABILITATION

L'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour l'un des motifs suivants (article L.313-9 du CASF) : évolution des objectifs et des besoins, méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention, disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus, charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

Si l'établissement ne prend les mesures nécessaires pour respecter les dispositions requises comme demandé par le Département, l'habilitation est alors retirée dans un délai de 6 mois pour tous les motifs évoqués, sauf pour celui du non-respect des objectifs et des besoins qui entraîne le retrait de l'habilitation dans un délai d'un an.

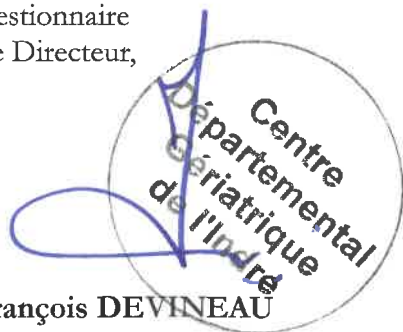
L'abrogation de l'arrêté portant habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est dûment notifiée à ce dernier et vaut résiliation de la présente convention d'habilitation.

ARTICLE 9 : CONTENTIEUX

Les contestations susceptibles de s'élever entre le Département de l'Indre et l'établissement au sujet de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sont portées devant le tribunal administratif de Limoges, 2, cours Bugeaud – CS40410 - 87011 LIMOGES Cedex.

Fait en 3 exemplaires
à *Châteauroux*
le *04/04/22*

Le représentant de l'organisme
gestionnaire
Le Directeur,



Centre
Départemental
Gériatrique
de l'Indre

Monsieur François DEVINEAU

Le Président du Conseil départemental
de l'Indre



Monsieur Marc FLEURET



CONVENTIONS



Contractualisations institutionnelles :

- ✓ CPOM USLD 2019-2023
- ✓ Conventions tripartites USLD + EHPAD 2016-2020 (avenant de prolongation au 31/12/2021)
- ✓ CAQES

Conventions Direction Commune

- ✔ Convention de Direction commune : 28/06/2014 (CDGI, CHL, CHV, Vatan)
- ✔ Convention gestion flux de patients avec USLD: 30/03/2010 (CDGI, CHV)
- ✔ Convention vente de plants de fleurs : 12/04/2012 (CDGI, CHV)
- ✔ Groupement de commandes : 30/05/2012 (CDGI, CHV)
- ✔ Adhésion groupée au GCS Télésanté Centre : 10/11/2014 (CDGI, CHL, CHV, Vatan)
- ✔ Convention Liaison VPN : 01/09/2017 (CDGI, CHL, CHV, Vatan) + avenant n°1 du 19/07/2016 + avenant n°2 du 04/05/2018 + avenant n°3 du 09/07/2019
- ✔ Convention de Partage des coûts de la GMPC : 01/09/2014 (CDGI, CHV)
- ✔ Convention Promotion formation DPC : 10/06/2015 (CDGI, CHL, CHV, Vatan)
- ✔ Convention intervention psychologues (groupe paroles) : 30/04/2015 (CDGI, CHL, CHV, Vatan)
- ✔ Convention Certification V2014 commune : 12/09/2016 (CDGI, CHV, CHL, HAS)
- ✔ Convention mutualisation moyens Plan blanc : 01/01/2016 (CDGI, CHL, CHV, Vatan)
- ✔ Conventions de mise à disposition de personnel :
 - Mandataire judiciaire à la protection des majeurs du CDGI au CHV : 24/11/2010
 - Mandataire judiciaire à la protection des majeurs du CDGI au CHL : 22/04/2013
 - TSH informatique du CDGI au CHV : 28/03/2014
 - TSH informatique du CDGI au CHL : 02/06/2014
 - TSH informatique du CDGI à Vatan : 06/03/2015
 - Infirmier(e) hygiéniste du CDGI au CHV : 30/12/2016
 - Infirmier(e) hygiéniste du CDGI au CHL : 30/12/2016
 - Infirmier(e) hygiéniste du CDGI à Vatan : 30/12/2016
- ✔ Convention prêt de véhicule (mini bus) : 17/04/2018 (CDGI, CHL)
- ✔ Convention de fourniture de repas par le CDGI pour l'EHPAD de Vatan : 12/06/2019 (CDGI, Vatan)



Conventions avec le CH de Châteauroux ou autres CH

CH de Châteauroux :

- ☛ Convention prévention des hospitalisations et accompagnement des transferts : 24/11/2006
- ☛ Convention HAD : 23/10/2007 – avenant 1 23/09/2008 – avenant 2 20/12/2010 – avenant 3 14/02/2014
- ☛ Convention filière de soins gériatriques : 16/06/2010
- ☛ Convention pour la réalisation de clichés pulmonaires : 01/01/2004 – avenant n°4 : 10/03/2011 – avenant n°5 : 02/01/2018
- ☛ Adhésion au Réseau Indrien de Médecine d'Urgence : 01/02/2013
- ☛ Convention mise à disposition temps d'aumônerie (centre Psychothérapique) : 22/01/2009
- ☛ Convention de dépannage en cas d'arrêt incontournable de la production alimentaire : 07/10/2009
- ☛ Convention fourniture de repas au personnel du pôle psychiatrique : 15/12/2010
- ☛ Convention de répartition des dépenses d'électricité tronc commun voie de circulation : 04/10/2011
- ☛ Convention mise à disposition matériel – balayeuse : 05/02/2019 (archives 12/05/2014 – avenant 1 29/03/2018)
- ☛ Convention de prêt de produits pharmaceutiques : 10/05/2007 – renouvellement 12/01/2018
- ☛ **Convention d'intervention de l'EADSP 36 dans les EHPAD du CDGI : refus de signature CH**
- ☛ Convention de fourniture de repas par le CDGI à la résidence Léontine Boursier du Centre Hospitalier de Châteauroux-Le Blanc : 12/06/2019
- ☛ Convention de mise à disposition de personnel infirmier en soins généraux à compétences psychiatriques dans le cadre de l'Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée (EMPPA) : 30/06/2020

Autres :

- ☛ Convention entre le CH de La Châtre, le CH de Valençay et le CDGI dans le cadre de la filière gériatrique : service géronto-psychiatrie, USLD, UHR et EHPAD : 19/12/2011



Conventions GHT

- ✔ **Convention cadre GHT de l'Indre : 30/06/2016**
- ✔ **Avenant n°1 à la convention constitutive du GHT de l'Indre : 16/12/2016**
- ✔ **Avenant n°2 à la convention constitutive du GHT de l'Indre : 29/06/2017**
- ✔ **Avenant n°3 à la convention constitutive du GHT de l'Indre : 30/06/2018**



Conventions partenaires autres qu'EPS

- 🚩 **AISMT** – Convention préalable intervention IPRP : 09/09/2009
- 🚩 **ALAVI** – Convention pour les activités bénévoles auprès des résidents : 15/02/2007
- 🚩 **ARS – Télémedecine** - Contrat de Télémedecine entre les 4 établissements de la direction commune et l'Agence Régional de Santé Centre-Val de Loire et annexe 1 : 01/10/2015
+ Convention de groupement de commandes pour la mise en œuvre d'une solution de télémedecine avec le **Centre hospitalier régional d'Orléans** : 15/11/2017 - Modification n°1 : 13/06/2018
- 🚩 **Association Théopolis** – Convention pour l'accueil de résidents à l'AJ du CDGI : 03/07/2017
- 🚩 **Châteauroux Métropole** – Convention de mise à disposition parcelle arrêt de bus : 19/07/2016
Contrat Local de Santé 2016-2019 : 07/12/2016 et 10/09/2020 (avenant n°1)
- 🚩 **Chiens Visiteurs** : Club cynophile de Châteauroux : 26/06/2015 – Association Au Cœur De Tes Pattes : 19/07/2018 – Canine Novellienne : 01/10/2018
- 🚩 **CODESPA** – Promotion de la formation dans le cadre du DPC : 18/12/2014
- 🚩 **Conseil Départemental** – Convention SAAF 2019-2023
- 🚩 **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** – Convention de participation au financement de l'achat ou de l'adaptation du logiciel de gestion interopérable au DMP en EHPAD : 24/12/2019
- 🚩 **De Vues à Moi** – Convention prestations d'optique et d'optométrie : 26/07/2016
- 🚩 **Ecole / Centre de Loisirs - Rencontres intergénérationnelles** : Balsan et Ecole Jules Ferry Châteauroux : 20/03/2017, 20/12/2017 et 29/01/2019 – G. Sand et Centre socio culturel Beaulieu : 24/01/2019 – P. Angrand et Ecole Paul Langevin : 05/03/2019 et 10/01/2020
- 🚩 **Espace de réflexion éthique région Centre** – Adhésion : 03/04/2014
- 🚩 **GIP e-Santé Centre-Val de Loire** – Convention pour la fourniture de services de communication électronique à haut débit et très haut débit : 17/12/2018
- 🚩 **Laboratoire Lescaroux** – Convention de collaboration en antibiothérapie : 10/03/2014
- 🚩 **Lycée agricole de Châteauroux** – Convention d'exploitation parcelle n° B097 : 23/12/2014
- 🚩 **Lycée professionnel Les Charmilles** – Convention cadre Ecole-Entreprise
- 🚩 **Mairie du Poinçonnet** – Convention prêt matériel (balayeuse) : 26/02/2016
- 🚩 **Réseau de Soins Palliatifs Centre-Val de Loire** – Convention constitutive : 04/10/2012
- 🚩 **UDAF** – Convention de parrainage ; 11/06/2015 – Convention Lire et faire lire : 22/12/2017
- 🚩 **UGECAM** – Convention d'accès au self agents de la MAS lors de formation : 05/02/2016
- 🚩 **Union française pour la santé buccodentaire de l'Indre** – Convention de prestations dépistage, prévention et éducation thérapeutique : 24/11/2014
- 🚩 **VMEH** – Convention pour les visiteurs bénévoles : 09/05/2001



Conventions Plateforme de Répit

- ✦ **Convention de fonctionnement et de financement Plateforme de répit : 20/07/2015**
- ✦ **Autorisation d'extension : Arrêté N°2018-DOMS-PA36-0307 et N°2018-D-2891 du 18/10/2018**
- ✦ **Convention de partenariat dans le cadre des activités des antennes de la PfR entre le CDGI, le CH Châteauroux-Le Blanc et l'EHPAD de Pellevoisin : 24/10/2018**
- ✦ **Conventions mise à disposition des locaux pour l'activité des antennes : CDGI/Le Blanc et CDGI/Pellevoisin : 24/10/2018**

- ✦ **Châteauroux Métropole – Convention utilisation local Passerelle ateliers mémoire : 2017, 15/01/2018, 28/01/2019 et 18/02/2020 – Convention de formation CCAS : 03/09/2018**
- ✦ **Comité Départemental de la Randonnée Pédestre de l'Indre – Organisation de randonnées (Plateforme de répit) : 13/04/2017 - 27/02/2018 – 17/01/2019**
- ✦ **Mutualité Française Centre-Val de Loire – Café des proches (Plateforme de répit) : 13/09/2016
Café des proches/Formation Alzheimer/Réseau social aidants : 05/11/2018**
- ✦ **SEP 36 – Convention de partenariat (Plateforme de répit) : 09/04/2018**

- ✦ **Maison de services au public – Convention de mise à disposition locaux pour ateliers mémoire à Mézière en Brenne : 04/03/2019**
- ✦ **Préfecture – Signataire de la Convention départementale France Services : 12/11/2019**



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360006480

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD C.D.G.I.

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CENTRE DEPTL GERIATRIQUE D INDRE (360000392)

Etb.Pub.Départ.Hosp.

GIREUGNE 36250 BP 317 ST MAUR

Téléphone : 02 54 53 77 50 Email : cdgi36@orange.fr

Sources de financement	Assurance maladie CD		Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M21		Date d'ouverture	10/05/1990
Option tarifaire	/ GMPs avec		Autorisation spécifique	PASA
CPOM en cours			Signature CTP	
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2022	(Calendrier prévisionnel)	Date d'effet de la CTP	08/06/2016
Date d'échéance du CPOM	01/01/2027		Date d'échéance CTP	08/06/2021
Partenaires signataires du CPOM			Groupe homogène	EHPAD de plus de 200 places
Etablissement mono-site	NON		Date de construction	03/07/1905
Etablissement mono-bâtiment			Nature du droit	
Nombre de sites			Superficie des locaux	46474 m2
Contraintes architecturales			Superficie des terrains	379056 m2
Nombre de chambres individuelles	568		Places installées / autorisées	582

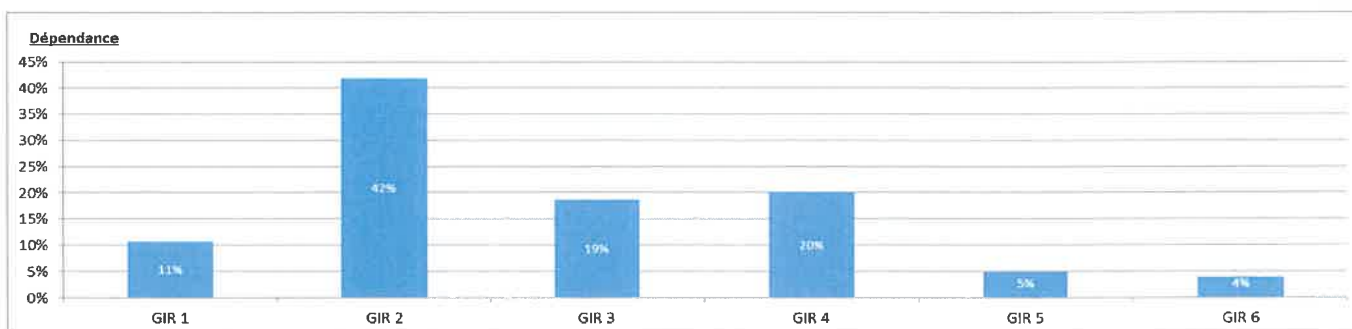
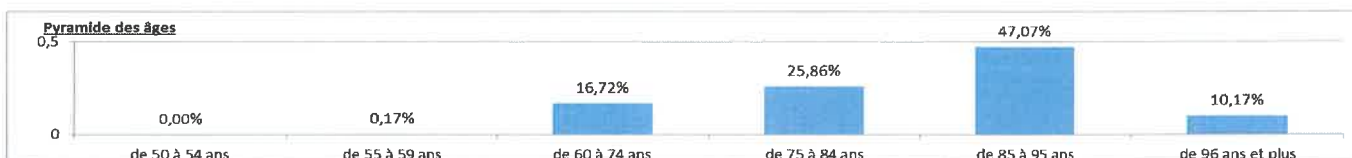
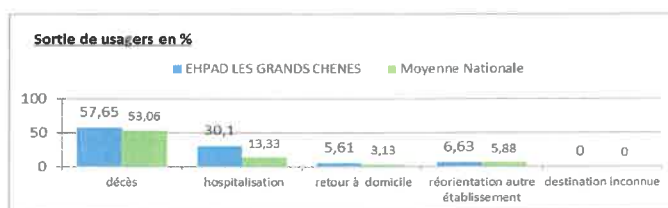
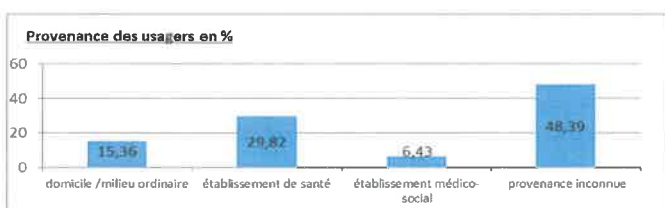
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
91,10 %	99,53 %	0	20,78 %	9,12 %	8,11 %	34,19 %	99 %	42,36 %	11,30 %	138	01/01/2020

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE		CAPACITE INSTALLEE			582
360006480	P	EHPAD	EHPAD LES GRANDS CHENES	36250	ST MAUR	Acc temporaire PA	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	14
360006480	P	EHPAD	EHPAD LES GRANDS CHENES	36250	ST MAUR	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appar	48
360006480	P	EHPAD	EHPAD LES GRANDS CHENES	36250	ST MAUR	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	90
360006480	P	EHPAD	EHPAD LES GRANDS CHENES	36250	ST MAUR	P.A.S.A.	Accueil de Jour	Alzheimer, mal appar	0
360002448	S	EHPAD	EHPAD LES RIVES DE TREGONCE	36320	VILLEDIEU SUR INDRE	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	25
360002489	S	EHPAD	EHPAD ROBERT TAILLEBOURG	38000	CHATEAUROUX	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appar	35
360002538	S	EHPAD	EHPAD LOUIS BALSAN	38000	CHATEAUROUX	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	68
360002588	S	EHPAD	EHPAD LA PLEIADE	38000	CHATEAUROUX	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	60
360003362	S	EHPAD	EHPAD GEORGE SAND	36006	CHATEAUROUX CEDEX	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	81
360003362	S	EHPAD	EHPAD GEORGE SAND	36006	CHATEAUROUX CEDEX	Acc. Personnes Agées	Accueil de Jour	Alzheimer, mal appar	10
360003362	S	EHPAD	EHPAD GEORGE SAND	36006	CHATEAUROUX CEDEX	Plateforme répit PFR	Accueil de Jour	Alzheimer, mal appar	0
360004691	S	EHPAD	EHPAD PIERRE ANGRAND GIREUGNE	36130	DEOLS	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	50
360004717	S	EHPAD	EHPAD LES TROIS RIVIERES GIREUGNE	36250	ST MAUR	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	25
360004725	S	EHPAD	EHPAD FREDERIC CHOPIN GIREUGNE	36120	ETRECHET	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	51
360004733	S	EHPAD	EHPAD LES EPIS D OR	36100	NEUVY PAILLOUX	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	25

ACTIVITES

Taux d'occupation							Coupes d'évaluation			
Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2018	2019	2020	2021	Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance	
Permanent	366	558	97,4%	99,5%	94,2%		GMP	666	23/07/2015	↓
Temporaire	366	14	16,2%	14,3%	7,9%		PMP	156	03/07/2015	↓
Ac. de Jour	227	10	64,6%	55,5%	29,2%					

	Établissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	33,83	30,88	31
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	3,15	2,22	1,92
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		36,90 %	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		26,05 %	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,25 %	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		1,92 %	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		0	
File active des personnes accompagnées sur la période		805	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	OUI	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération inter-établissements :	CONVENTION GIP GCS GHT	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement	572

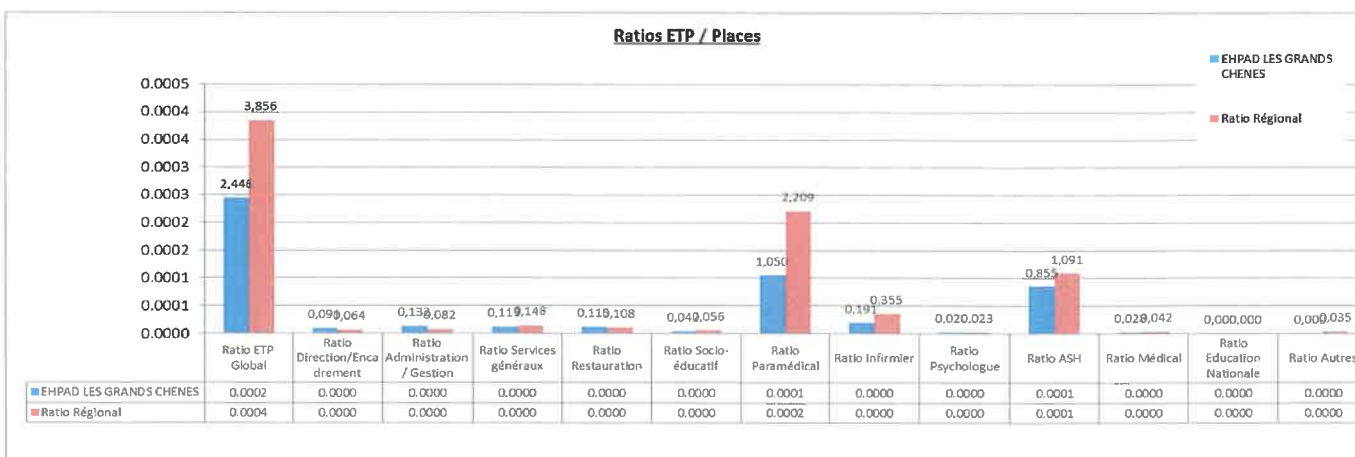
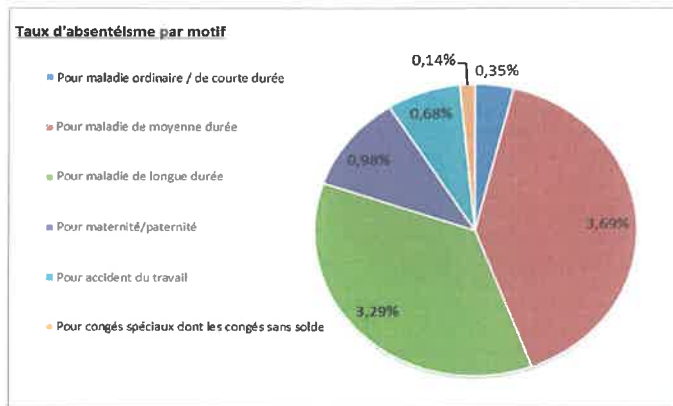
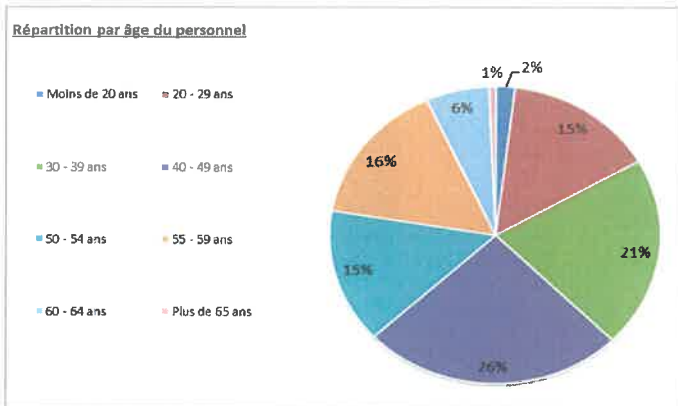
RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
405,99	15,12	21,97	18,72	19,09	6,90	174,34	3,30	141,87	4,68	0,00	0,00

Paramédical	Infirmiers	Autres infirmiers	Autres Paramédical	Diététiciens	Psychomotriciens	Logopédistes	Orthoptistes	Autres Paramédical
174,34	31,69	12,00	124,01	0,00	1,00	1,00	0,00	4,64

Socio-éducatif	Admission	Accueil	Conseils éducatifs	Accueil spécialisé	Autres socio-éducatif
6,90	0,00	6,90	0,00	0,00	0,00

Médical	Médecin	Autres Médical
4,68	0,80	3,88
Minimum règlementaire :		
0,80		

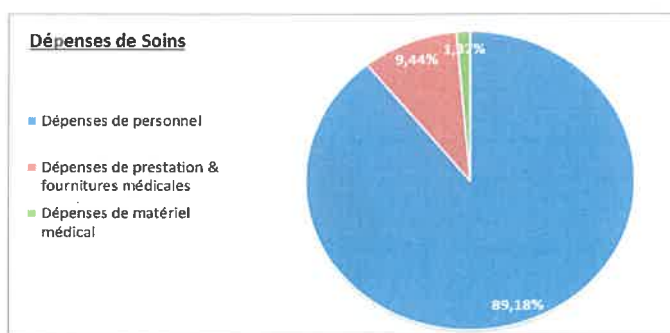
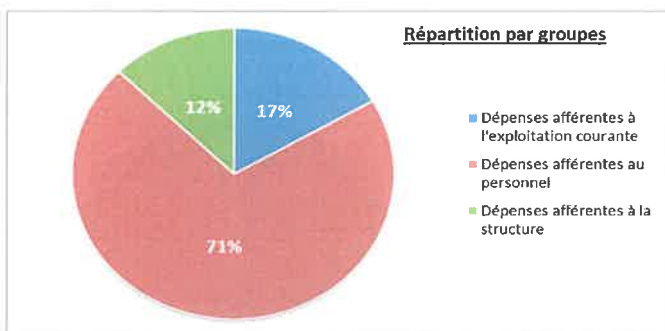


Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	0,74 %	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	9,12% (10,76% National)
Taux de prestations externes en %	0,00 %	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	20,78% (12,5% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	3,72 %	Nombre de CDD de remplacement	0

BUDGET & FINANCES

	Charges*		Produits*		
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	16,96 %	4 182 983	23 792 570	94 %	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	70,58 %	17 736 905	925 140	3 %	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	12,46 %	3 176 110	632 755	2 %	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit		25 095 998	25 350 464	254 466	Excédent
Marge Brute		11,30 %	8,11 %		CAF

* données ERCP 2019



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1	0	Taux de prestations externes	0,00 %
Base soins actualisée / Plafond	107 %	Montant de Convergence Plafond soins	0 €

* données 2019

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE

Thèmes & intitulés	2018*	2019*	Mode de calcul
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	53 %	49 %	Emprunts (comptes 16 hors c/165 c/1688 et c/169) x 100 Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés) Immobilisations nettes amortissables Dettes financières à moyen et long terme Emprunts (comptes 16 hors c/165 c/1688 et c/169) CAF
1.2. Apurement de la dette (>2)			
1.3. Durée apparente de la dette	6,63	6,17	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations			Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants
Construction	39 %	42 %	
Installations techniques, matériel et outillage Autres immobilisations corporelles	79 %	79 %	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation	8 131 152	8 596 934	FRI ou FRE ou FRNG x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Fonds de roulement d'investissement (FRI)			
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)			
Fonds de roulement net global (FRNG)	106,1	111,9	
Besoin en fonds de roulement	2 088 429	2 101 088	BFR x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.1 b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation	20,1	19,9	
Montant de Trésorerie	6 592 708	7 069 321	
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	86	92	Trésorerie x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation			Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)			[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j. Total des consommations (comptes 601 à 603)
4.2. Créances (< 30 j.)			(Solde débiteur comptes 41) x 365 j. Total des produits (comptes 70 et 73)
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)			(Solde créditeur comptes 401) x 365 j. Total des charges (comptes 60 à 62)
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales			(Solde créditeur comptes 43 et 44) x 365 j. Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	6,40 %	8,00 %	CAF x 100 Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)
Réserve de compensation des déficits			Réserve de compensation des déficits Total classe 6
Réserve de compensation des déficits en %			
Fonds dédiés			
Produits constatés d'avance			

* données CF 2019

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	03/07/1905
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	12/12/2014
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	16/05/2019
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Pharmacie à usage interne
Organisation des transports	EN INTERNE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	1		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	24	Accessibilité au transport collectif	OUI

DEMARCHE QUALITE

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">Livret d'Accueil</th></tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">OUI</td> <td style="width: 50%;"> création: 09/2015 révision : 13/11/2018 </td> </tr> </table>	Livret d'Accueil		OUI	création: 09/2015 révision : 13/11/2018	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">Règlement de Fonctionnement</th></tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">OUI</td> <td style="width: 50%;"> création: 26/09/2011 révision : 10/05/2017 </td> </tr> </table>	Règlement de Fonctionnement		OUI	création: 26/09/2011 révision : 10/05/2017	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">Contrat de séjour</th></tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">OUI</td> <td style="width: 50%;"> création: 05/06/2012 révision : 29/04/2020 </td> </tr> </table>	Contrat de séjour		OUI	création: 05/06/2012 révision : 29/04/2020	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">Conseil de la vie sociale</th></tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">OUI</td> <td style="width: 50%;"> CVS installé le 22/10/2009 dernière version arrêté composition 24/10/2019 </td> </tr> </table>	Conseil de la vie sociale		OUI	CVS installé le 22/10/2009 dernière version arrêté composition 24/10/2019		
Livret d'Accueil																					
OUI	création: 09/2015 révision : 13/11/2018																				
Règlement de Fonctionnement																					
OUI	création: 26/09/2011 révision : 10/05/2017																				
Contrat de séjour																					
OUI	création: 05/06/2012 révision : 29/04/2020																				
Conseil de la vie sociale																					
OUI	CVS installé le 22/10/2009 dernière version arrêté composition 24/10/2019																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">Charte des droits & libertés</th></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">OUI</td> </tr> </table>	Charte des droits & libertés		OUI		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">Personne Qualifiée</th></tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">OUI</td> </tr> </table>	Personne Qualifiée		OUI		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">Projet d'Etablissement ou de Service</th></tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;">OUI</td> <td style="width: 50%;">01/01/2020</td> </tr> </table>	Projet d'Etablissement ou de Service		OUI	01/01/2020	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Date dernière Evaluation</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Interne</th> <th style="text-align: center;">Externe</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">31/12/18</td> <td style="text-align: center;">17/1/20</td> </tr> </table>	Date dernière Evaluation		Interne	Externe	31/12/18	17/1/20
Charte des droits & libertés																					
OUI																					
Personne Qualifiée																					
OUI																					
Projet d'Etablissement ou de Service																					
OUI	01/01/2020																				
Date dernière Evaluation																					
Interne	Externe																				
31/12/18	17/1/20																				

	INTERNE	EXTERNE	
Prochaine Evaluation	12/2023	01/2026	Prochaine Evaluation

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
OUI	OUI	OUI	NON	Non concerné	NON

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins
Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
FONCTION PUBLIQUE : Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)	Diplôme Niveau 1 - Corps des DH (Directeurs d'hôpital)
Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
	OUI

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	Comité de pilotage de la qualité, gestion des risques et des vigilances
Nombre de réunions par an	4	4	
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	Responsable qualité- Cadre de santé dans les services. Il est prévu de nommer des référents qualité (personnel de terrain) au sein des services
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	Doc-066
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	Oui	Oui	PROC-001 et protocoles s'y référant
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	Rapport de gestion
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)	Oui	Non	Une non-conformité pour la résidence G.Sand

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	PROC-002
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	Oui	Oui	

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2	
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Si oui, laquelle			réunions des familles
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	Tous les deux ans en alternance avec celle des familles
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	Oui	Oui	Tous les deux ans en alternance avec celle des résidents

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	Oui	Oui	Toutefois, tous les PAP ne sont pas signés
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	568	568	
Nombre de chambres doubles	2	2	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	15,56 et 21 m ²	15,56 et 21 m ²	
Superficie minimale et maximale des chambres doubles	25 m ²	25 m ²	
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	570	570	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	Non	Non	
Liaison froide (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Liaison chaude (Oui ou Non)	Non	Non	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)	Non	Non	
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	Oui	Oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	Oui	Oui	
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	Oui	Oui	sous-traitant : Elis
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	sous-traitant : Bulle de Linge
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	sous-traitant : Elis
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	Oui	Oui	sous-traitant : Elis
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	PROC-010
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Non	Non	
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	Non	Non	
Périodicité du ménage dans les chambres	quotidienne	quotidienne	quotidienne pour les sanitaires , quotidien si résident nécessite des soins pour les surfaces hautes et les sols sinon hebdomadaire
Périodicité du ménage dans les locaux communs	quotidienne	quotidienne	en fonction des locaux peut être après chaque utilisation comme la salle à manger, quotidiennement pour les espaces de circulation, sanitaires et hebdomadaire pour d'autres locaux (bureaux...)
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Oui	Oui	

4. SYNTHÈSE



**SYNTHÈSE
DE L'ÉVALUATION EXTERNE
EHPAD du Centre Départemental gériatrique de
l'Indre
EP'AGE 36**

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

Introduction

- 11- Démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'établissement : 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'évaluation interne s'est déroulée sur le 2ème semestre 2018 et début 2019.

Le service qualité a développé un référentiel prenant en compte les RBPP, qui couvre l'ensemble des dimensions d'un EHPAD validé en COPIL Qualité.

Celui-ci traite de 7 thématiques :

1. Garantie des droits individuels et collectifs ;
2. Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents ;
3. Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne ;
4. La personnalisation de l'accompagnement (PAP, animation et vie sociale) ;
5. L'accompagnement de la fin de vie ;
6. Le management de l'établissement ;
7. La gestion des données du résident ;

Au total, ce sont 24 thèmes, 72 objectifs et 349 critères qui ont été étudiés.

Le référentiel permet de distinguer des observations, constats et d'y inscrire le niveau d'atteinte du critère, soit :

- Oui,
- En grande partie,
- Partiellement,
- Non.

Un calcul de cotation est réalisé (A/B/C/D). Des éléments de preuves peuvent y être indiqués.

Un groupe de travail spécifique s'est réuni pour traiter des thématiques, à l'exception de celle sur le management qui a fait l'objet d'un groupe de travail spécifique inter-établissement en octobre 2018.

Ce groupe pluri-professionnel et représentatif de chaque résidence était composé des directions, responsables qualité, responsable service accueil et gestion des séjours médecin coordonnateur, psychologue, ergothérapeute, animatrice, cadre de santé, IDE, AS, ASH, AMP, représentants du personnel et des usagers.

Le groupe relatif au management était composé des Directions, et responsables des services techniques, responsables restauration et qualité.

Suite aux groupes de travail, le service qualité a défini une analyse permettant de distinguer les points forts et les axes d'amélioration servant de base au plan d'action élaboré début 2019 devant aboutir en 2023.

Ce plan d'actions a été intégré au PAQ global pour être suivi dans le cadre de la démarche d'amélioration continue, notamment via les revues de processus.

Un rapport définitif a été formalisé puis transmis aux autorités en avril 2019.

→ **12-Modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'établissement**

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) ne font pas l'objet d'une présentation directe aux agents.

Cependant, les RBPP sont diffusées aux agents au travers des outils développés, protocoles et procédures, grilles d'évaluations utilisées.

Les référents hygiène, nutrition, douleur ... diffusent les informations sur les bonnes pratiques au sein des services.

Lors des Commissions de Coordination Gériatriques (CCG), des sessions d'informations sont proposées afin de diffuser et échanger sur des sujets thématiques en lien avec les bonnes pratiques gériatriques.

Concernant les médicaments, des outils et guides spécifiques sont mis à disposition (VIDAL, livret thérapeutique gériatrique, guide de l'antibiothérapie, guide de durée de conservation des formes multi doses après ouverture, liste des comprimés écrasables, guide de reconstitution et durée de stabilité des médicaments injectables...).

A/ Conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

→ **A1- Projet d'établissement : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions**

Un projet d'établissement a été formalisé pour l'ensemble des établissements et services rattachés au Groupe EP'AGE 36. Un groupe projet a été mis en place afin de piloter la démarche, appuyé par un cabinet de conseil spécialisé (Evocare).

La démarche conduite en 2019 a permis d'aboutir à un projet d'établissement pour la période 2020-2024. Celui-ci a notamment été validé auprès du Conseil de Surveillance.

Ce projet concerne donc les EHPAD et les SSIAD des Centres Hospitaliers de Valençay, Levroux, de l'EHPAD de Vatan et du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre.

Le contenu du projet d'établissement s'appuie sur la recommandation de l'ANESM puisqu'il comprend :

- Une partie descriptive de présentation de l'établissement avec l'histoire, les missions, les valeurs, le fonctionnement, les moyens, les principes d'intervention...
- Une partie analytique (diagnostic stratégique avec analyse de l'activité et analyse de l'environnement),
- Une partie projective avec des perspectives et axes de progrès découpée en différentes parties (projet médico-soignant, social et managérial, gestion, SI et qualité, animation / vie sociale, architectural).

Les services rattachés aux établissements doivent désormais formaliser un projet de service en déclinaison de ce projet groupe courant d'année 2020. Cette démarche est pilotée par la direction qui a présenté la méthodologie et le calendrier d'élaboration auprès des différents établissements.

Le projet EP'AGE 36 comporte une analyse des besoins du territoire régionale, départementale, complétée par une analyse documentaire, afin d'analyser l'activité actuelle (rapports d'activité N-1, anciens projets d'établissement, CR du CVS, ...) et d'une analyse des entretiens réalisés sur chaque site.

Ces analyses sont enrichies par une évaluation des précédents projets d'établissement de chaque site. Pour chaque structure, le bilan précise les objectifs atteints ou non atteints.

Cette analyse permet de s'appuyer sur un diagnostic interne et un diagnostic externe utilisés pour identifier les besoins, attentes, forces et faiblesses (SWOT) afin de définir les orientations stratégiques. L'axe fort du projet EP'AGE s'articule autour de la mise en œuvre d'un pôle gérontologique ouvert sur l'extérieur.

Un groupe projet a été mis en place afin de piloter la démarche de formalisation du projet d'établissement appuyé par un cabinet conseil.

Le projet EP'AGE a été élaboré en associant des professionnels des différents établissements ayant ainsi permis une démarche participative et permettant une représentativité des différents sites.

Tout au long de la démarche, l'établissement a régulièrement communiqué auprès des usagers et professionnels via les instances et lettres d'informations (CVS, lettre d'information usagers notamment).

Un plan de communication prévoit la réalisation d'une information générale auprès des professionnels sur les orientations et axes du projet 2020-2024. Des assemblées générales sont programmées sur les mois de février et mars 2020 sur chacun des établissements du groupe.

Dans ce plan, il est prévu de mettre à disposition le projet sur le logiciel de gestion documentaire ENNOV. Dans le même temps, afin de faciliter l'appropriation du projet par les équipes, les établissements diffuseront une synthèse papier et informatique dans chaque service. En outre, un exemplaire papier du projet sera mis à disposition sur chaque site à destination des résidents et partenaires (bénévoles, ...).

La formalisation du projet contient des fiches actions avec identification de pilotes et d'échéances, ce qui permettra d'en faciliter le pilotage et le suivi. Ces actions sont intégrées dans le Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ). Ainsi une évaluation annuelle est réalisée notamment dans le cadre des revues de processus.

Les orientations sont pertinentes au regard de l'activité et du fonctionnement des établissements et services. Elles sont notamment axées sur la spécialisation autour de la gériatrie par la construction d'un géronto-pôle départemental.

→ **A2- Adaptation entre les missions et les ressources humaines, financières et matérielles mobilisées et celles de son territoire d'intervention**

Le groupe EP'AGE 36 bénéficie d'une direction commune aux 4 établissements : CDGI, CH de Valençay, CH de Levroux et EHPAD de Vatan.

Dans ses fonctions, le Directeur Général est secondé par des adjoints en charge de plusieurs missions :

- Affaires économiques, logistiques, travaux et développement durable
- Services de soins et hôteliers - Coordination de la gestion des risques associés aux soins
- Ressources humaines, relations sociales et affaires médicales
- Stratégie, système d'information, qualité, coopérations et usagers
- Affaires financières, accueil et gestion des séjours et contrôle de gestion
- Directions de sites de Valençay, Levroux et Vatan.

Un CODIR est réalisé tous les 15 jours réunissant le directeur général et ses adjoints.

Les lits d'EHPAD du CDGI sont répartis sur plusieurs résidences :

- 3 sur le site principal
 - L'Orangerie,
 - R. Debré
 - Les Albizias,

– 9 dans et autour de Châteauroux

- Frédéric Chopin,
- La Pléiade,
- George Sand,
- Pierre Angrand,
- Louis Balsan,
- Les Rives de Trégonce,
- Taillebourg,
- Les Trois Rivières,
- Les Epis d'Or)

Le CDGI dispose de **409,20 ETP** réels sur 2018, répartis comme suit :

Catégorie de professionnel	ETP autorisés	ETP réels
Direction/Encadrement	14,91	15,18
Personnel médical d'encadrement	7,88	7,28
Autre Direction/encadrement	7,03	7,9
Administration/Gestion	19,83	24,93
Services Généraux	11,8	13,97
Restauration	15,8	17,86
Animation	7,2	7
Paramédical	182,61	176,34
Infirmier	32,7	34,7
Aide médico-psychologique	13	13
Aide-soignant	124,91	121,5
Psychomotricien	2,5	2
Ergothérapeute	0,5	0,5
Autre paramédical	9	4,64
Psychologues	3,1	3,26
D-ASH	130,76	137,78
Médical	6,5	6,82
Médecin coordonnateur	2	2
Autre médical	4,5	4,82
Autres fonctions	5,88	6,06
TOTAL	398,39	409,2

Chaque EHPAD dispose d'un temps de cadre de santé, d'IDE et d'AS/ASH dédiés.

Les temps de cadres de santé sont mutualisés et répartis sur les différentes résidences (cette organisation est définie dans l'organigramme de la direction des services de soins et prestations hôtelières). Lors de leur absence, une organisation est définie prévoyant les remplacements entre cadres. Selon les résidences, une IDE référente peut être affectée,

qui en relai et sous la responsabilité du cadre de santé, participe à la dynamique d'encadrement de l'équipe soignante.

Les postes d'animateurs, psychologues, ergothérapeutes, médecins coordonnateurs, diététiciennes, psychomotricien, secrétaires sont mutualisés sur les différents sites.

L'établissement dispose de 2 médecins coordonnateurs pour 650 résidents hébergés au sein des 12 EHPAD, de l'USLD et de l'UHR. Ces derniers, au regard de leur temps de travail et de la capacité du CDGI, ne sont pas présents physiquement sur les sites extérieurs.

Les cadres de santé du CDGI rencontrent la direction des soins une fois tous les 15 jours. Tous les 2-3 mois, l'ensemble des cadres de santé du groupe EP'AGE 36 participent à une réunion avec la direction des soins du CDGI.

La gestion financière est assurée par un service dédié, la Direction des Affaires financières, accueil et gestion des séjours.

Celui-ci rédige, entre autres, les documents comptables selon les échéances réglementaires (EPRD, ERRD).

Le PPI est élaboré suite aux demandes remontées par les différents services et établissements.

Un tableau de bord d'analyse financière suivi mensuellement permet d'obtenir les indicateurs de bonne santé financière et budgétaire de l'établissement.

Chaque établissement du groupe est signataire d'une convention tripartite qui doit évoluer en 2021 en Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Dans cette optique, le Groupe a choisi, en accord avec ses autorités de tarification et de contrôle, d'uniformiser les dates d'évaluations internes, externes et les négociations des CPOM sur les 4 établissements.

L'entrée en vigueur des CPOM est prévue au 1er janvier 2021 après un diagnostic et des négociations sur l'année 2020. Le diagnostic se basera sur des visites sur site par les autorités de tarification ainsi que sur le PAQ de l'évaluation interne et l'abrégé de l'évaluation externe.

Le projet d'établissement du groupe EP'AGE 36 2020-2024 issu d'un diagnostic du territoire s'ancre dans les objectifs du groupe et des tutelles départementales. L'établissement veillera à coordonner les objectifs du projet avec ceux du CPOM.

→ **A3- Adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels**

Les équipes dans les services sont composées à la fois d'équipe d'encadrement et de professionnels accompagnant les résidents (ASH, AS, IDE, psychologues, ergothérapeute, animateurs, diététiciennes, médecin coordonnateurs). Les ASH sont notamment affectés aux soins (Faisant Fonction d'AS) sauf sur quelques résidences où certaines sont exclusivement dédiées à des tâches hôtelières.

Les diplômes sont, le cas échéant, demandés à l'embauche. Les Ressources Humaines sollicitent également un extrait du casier judiciaire n° 2. Il serait opportun de mettre à jour ce casier judiciaire régulièrement (tous les 2 ans à minima).

Les professionnels intervenant au PASA sont tous formés ASG. L'établissement accompagne les professionnels au développement de compétences spécifiques à la prise en charge des patients âgés et vulnérables.

	Au 31/12/2018	Au 31/12/2017
Effectif	658	646
Ratio Hommes / Femmes	H = 31,90 % F = 68,10 %	H = 29,50 % F = 70,50 %
Moyenne d'âge	84,52	84,76
Répartition par GIR	- de 60 ans = 1 %	- de 60 ans = 1 %
% GIR 1		
% GIR 2	GIR 1-2 = 43 %	GIR 1-2 = 45 %
% GIR 3		
% GIR 4	GIR 3-4 = 43 %	GIR 3-4 = 42 %
% GIR 5		
% GIR 6	GIR 5-6 = 13 %	GIR 5-6 = 12 %
Nombre d'admissions	234	230
Nombre de sorties	126	119
Taux d'occupation (en %)	97,41 %	95,41 %
Nombre de journées réalisées	203 364	199 942
Nombre de journées d'hospitalisation	3 155	3 842
GMP <i>(Préciser la date des derniers et avant derniers GMP validés)</i>	657,739 (Au 18/06/2018)	660,369 (Au 21/06/2017)
PMP <i>(Préciser la date des derniers et avant derniers PMP validés)</i>	156 (Au 10/09/2015)	172 (Au 01/10/2008)
Origine géographique des Résidents		
% de résidents provenant de l'arrondissement	94,70 %	
% de résidents provenant du département voisin	3,50 %	
% de résidents provenant d'un autre département	1,80 %	

→ **A4- Modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences**

Des organigrammes Direction commune et cellule qualité ont été élaborés pour formaliser l'organisation définie au niveau du groupe.

Un organigramme général CDGI a été formalisé et est à jour. Des organigrammes détaillés relatifs à la Direction Economique, Direction Ressources Humaines et Direction des services de soins et prestations hôtelières ont également été établis.

Chaque professionnel bénéficie d'une fiche de poste disponible via la gestion documentaire. Celle-ci est également remise à chaque nouveau professionnel lors de son embauche.

Les fiches de postes sont identiques sur les différents sites du groupe EP'AGE 36.

Les entretiens de recrutement sont assurés par le service RH pour les postes d'AS et d'ASH des différentes résidences rattachées au CDGI.

Les entretiens concernant les postes d'IDE et d'IDE référente sont assurés par la direction des soins, conjointement avec la DRH.

Les professionnels chargés des entretiens de recrutement ont été formés à la conduite d'entretien et se basent également sur une grille d'appréciation.

L'accueil d'un nouvel agent prévoit un temps de présentation et de visite du service. Un temps de doublure est prévu, si cela est envisageable. De la même manière, le nouveau professionnel débute l'après-midi afin de faciliter son intégration.

L'établissement adhère au réseau WHOOG permettant de proposer les remplacements à pourvoir, via une application, prioritairement aux salariés de l'établissement.

Les modalités de remplacement sont définies et organisées.

Les entretiens d'évaluation sont réalisés annuellement par les cadres de santé des différents établissements pour les ASH, AS, IDE.

Les infirmières référentes sont reçues en entretien par la directrice des soins.

Les entretiens sont réalisés en suivant la trame fournie par « GESFORM ».

Lors des entretiens d'évaluation, les agents transmettent leurs souhaits de formation.

Une commission de formation se réunit afin de définir les formations à venir.

Les formations pour les résidences du CDGI sont réalisées de façon commune.

La construction du plan de formation doit permettre au groupe EP'AGE 36 de bénéficier d'un socle de compétences communes. Ainsi, plusieurs thématiques de formations sont régulièrement dispensées aux équipes comme la nutrition, le bio-nettoyage, la maladie d'Alzheimer, le métier d'IDE référente.

La démarche de GPMC est initiée depuis 2013, intégrée à « Gesform ».

Les dispositifs de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles mis en place participent à l'amélioration continue des métiers et compétences.

De par la difficulté de recrutement d'AS, l'établissement déploie notamment une politique d'accompagnement et de formation des ASH afin de professionnaliser les agents au contact des résidents. Par exemple, EP'AGE 36 est porteur d'un programme DPC soins palliatifs en lien avec le CODESPA et l'Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs ou propose des programmes DPC sur les gestes et postures, la nutrition...

→ **A5- Dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'établissement et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines**

Le DUERP est formalisé et suivi. Il est catégorisé par responsable d'action (RH, formation, RAQ, IDE Hygiéniste, Accueil et Gestion des Séjours, Responsable Achats, Sécurité, service technique). Celui-ci identifie plusieurs catégories de risques, notamment les risques psychosociaux. Des actions de prévention y sont prévues avec mention d'échéances.

Des temps de sensibilisation en interne sont réalisés auprès de tous les professionnels. Les cadres sont formés aux bonnes pratiques managériales.

Les professionnels sont associés aux groupes de travail mis en place au sein de l'établissement et des missions de référence existent. L'établissement avait formalisé des fiches missions par type de référence mais fera évoluer l'outil afin de disposer d'une fiche mission globale quelle que soit la référence.

Une enquête QVT a été réalisée en 2016 sur les différents établissements composant le groupe EP'AGE 36.

Le service RH souhaite développer des enquêtes de satisfaction de type flash plus régulièrement.

→ **A6- Données disponibles au sein de l'établissement 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**

Un rapport d'activité annuel, intitulé rapport de gestion, est formalisé pour chaque site permettant de caractériser la spécificité du public accueilli et de décrire les prestations et actions réalisées. Ce rapport de gestion contient notamment un volet médical et un volet animation.

En outre, le logiciel ARCADIS et le dossier informatisé permettent de tracer les ressources mobilisées pour l'accompagnement de chaque personne accueillie.

→ **A7- Cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'établissement**

Les objectifs contenus dans les projets personnalisés sont définis en cohérence avec les possibilités de l'établissement. Le travail de réflexion engagé autour des projets personnalisés permettra aux équipes de se focaliser sur quelques objectifs à suivre par résident.

B/ Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

- **B1- 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'établissement à l'évolution de son environnement**

Des conventions de partenariats sont formalisées dans différents domaines afin de développer des partenariats nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des usagers :

- Conventions inter-établissements EP'AGE 36 notamment orientées sur des mutualisations de moyens
- Conventions avec le CH de Châteauroux dans le cadre de la filière gériatrique
- Conventions avec les écoles pour l'accueil d'étudiants, conventions avec les bénévoles (VMEH, ALAVI) et associations intervenant dans le cadre d'activités d'animation (chiens visiteurs, écoles pour réalisation d'échanges intergénérationnels...), conventions avec différents services pour assurer des prestations en lien avec la santé et l'accompagnement des résidents (optique, dentaire...)

L'établissement assure le suivi des partenariats par la formalisation de conventions répertoriées dans un classeur ; un tableau récapitulatif recense les différentes conventions signées en précisant notamment l'objet de la convention et le public concerné, la date de signature, la date d'effet, la durée et les modalités d'évaluation.

Tous les professionnels de santé libéraux n'ont pas signé les contrats de collaboration (kinésithérapeutes par exemple). Pour autant, l'établissement arrive à un fonctionnement harmonieux avec ceux-ci par un travail continu afin de maintenir les bonnes relations. En revanche, des conventions ont été formalisées avec la quasi-totalité des IDEL intervenant sur les résidences du CDGI.

Des modalités d'organisation et de fonctionnement sont travaillées et définies conjointement lors des commissions de coordination gériatrique.

Les établissements du groupe EP'AGE 36 sont membres du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT) de l'Indre.

Le groupe est reconnu pour sa spécificité gériatrique et dispose de plusieurs typologies de services : EHPAD, SSIAD, PASA, UHR, accueil de jour, EMG, plateforme de répit, USLD, SSR, lits dédiés aux soins palliatifs.

Les 4 établissements sont impliqués dans la filière gériatrique et développent des projets et des coopérations.

Le CDGI porte notamment :

- une équipe mobile de gériatrie intervenant sur l'ensemble du département (EMG ETRE INDRE) au domicile des personnes âgées et en établissement.
- Une plateforme de répit pour accompagner les aidants afin de prévenir et lutter contre l'épuisement.

Le Groupe dispose d'un site internet sur lequel est référencé l'offre de services.

Une plaquette a été élaborée pour promouvoir le Groupe.

Chaque établissement dispose d'un livret d'accueil actualisé. Celui-ci est remis comme support de présentation/communication/information.

→ **B2- Perception de l'établissement par ses partenaires**

Les différents partenaires contactés dans le cadre de l'évaluation externe témoignent de leurs modalités d'intervention ainsi que de la bonne collaboration avec les différents établissements.

Il est à noter le fonctionnement de la commission de coordination gériatrique fonctionnelle au sein de l'établissement à laquelle participe certains professionnels de santé libéraux.

→ **B3- Modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'établissement autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions**

Les partenaires n'interviennent pas directement dans la démarche de réalisation des projets personnalisés des résidents. Néanmoins, cette démarche se réalise de façon pluridisciplinaire avec le concours des différents professionnels de l'EHPAD.

La réflexion engagée autour de la démarche du projet personnalisé vise à améliorer l'association de la famille et des tuteurs dans cette démarche notamment par leur sollicitation en amont sur la connaissance de la personne (déjà en place) et en aval sur le retour fait quant au projet personnalisé défini (en cours d'amélioration).

→ **B4- Ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments permettant de développer le caractère accueillant**

Des sorties sont proposées pour les résidents ; pour ce faire, l'établissement dispose de véhicules.

Des échanges intergénérationnels sont mis en place au sein des résidences avec l'intervention d'écoles au sein des établissements.

Sur le site du CDGI, un espace permet l'organisation d'événements festifs de grande ampleur.

Les différentes activités déployées au sein de l'EHPAD permettent aux résidents de maintenir des échanges et liens sociaux.

L'équipe d'animation participe au réseau de l'animation de l'Indre Anim'age 36.

Des temps festifs permettent annuellement d'accueillir les proches des résidents. Un repas des familles est ainsi proposé à chaque début d'été au sein des établissements. Il réunit les résidents et les familles.

Des bénévoles des associations VMEH et ALAVI interviennent sur les différents établissements du groupe pour compléter le temps d'animation de façon individuelle ou collective.

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

→ **C1- Outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'établissement d'élaborer les projets personnalisés**

A partir de l'admission du résident, un recueil de données est réalisé en vue d'établir le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et le plan de soins.

La trame des PAP est en cours de refonte afin d'être harmonisée pour le groupe EP'AGE 36. La trame utilisée étant jugée comme axée davantage sur la dimension du soin et des besoins et peu sur le projet de vie à partir des souhaits/envies. Un groupe de travail pluri professionnel (direction de soins, cadres, infirmiers, AS, ergothérapeute, animatrice) a permis la formalisation d'une nouvelle trame. Celle-ci a été testée sur plusieurs services et est en cours d'implémentation dans le logiciel résident lors du 1^{er} trimestre 2020.

Le PAP était jusqu'alors informatisé sur ARCADIS ; dans l'attente du paramétrage de la nouvelle trame dans le logiciel, les nouveaux PAP se réalisent sur un support papier. Il existe ainsi provisoirement 2 supports et 2 lieux de stockage des PAP.

Au jour de l'évaluation, le PAP était complété sur le logiciel. Toutefois, les objectifs ne ressortaient pas lors de l'impression de la synthèse dans une résidence (problématique d'impression). Aussi, les PAP n'étaient pas présentés ni signés par le résident et sa famille/son représentant légal. Suite au débriefing, la Direction des soins a prévu de se rapprocher du service informatique et des cadres de santé à ce sujet.

Un référent est désigné parmi les professionnels. Son rôle est en cours de re-définition notamment afin d'axer sa mission davantage sur de l'accompagnement. Le référent soignant est chargé de la vérification de l'identité de la personne, de la présentation de la chambre, la transmission des informations concernant le fonctionnement de l'appel malade, du dépôt de bijoux et objets de valeurs. Il réalise l'inventaire des objets personnels et notamment des appareillages. Le référent est chargé également de s'assurer de la compréhension du résident et de son entourage des informations. Les informations récupérées lors de ce temps d'accueil sont alors transcrites dans le logiciel ARCADIS.

Un travail est également en cours sur la refonte du rôle du référent résident avec la formalisation d'un support sous forme de « map » des différentes missions de celui-ci. De plus, le rôle de référent est confié à un binôme IDE / AS ou ASH ou agent de nuit.

→ **C2- Modes de participation des usagers 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**

Dans le cadre de la refonte de la démarche du PAP, un axe de travail est également l'amélioration de la sollicitation et participation des résidents à leurs projets.

Un recueil de données est réalisé à l'admission, en lien avec le résident et sa famille ou les tuteurs. La participation des résidents se définira en fonction de leur capacité ou non à y

être associé et à y participer. L'idée est également d'améliorer l'information des résidents et familles sur la démarche car celle-ci est actuellement peu concrète pour les usagers.

L'information et la participation du résident et de son entourage sont importantes dans la réussite du PAP.

→ **C3- 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**

Le logiciel permet de disposer d'une visualisation par code couleur (vert, orange, rouge) de la validité des projets personnalisés. Ainsi, les équipes peuvent facilement repérer les PAP à actualiser. Ceux-ci sont élaborés à l'issue des temps de transmission d'équipe.

Afin d'améliorer le suivi et l'actualisation des PAP tout en redonnant du sens à la démarche, la nouvelle procédure prévoit également de simplifier la démarche en définissant 2 à 3 objectifs par résident. Ces objectifs sont définis en équipe en concertation avec le résident, sa famille et/ou son représentant légal.

→ **C4- Modalités permettant aux usagers d'accéder aux informations les concernant**

Les différents outils d'accueil et d'information de la loi 2002-2 sont mis en place :

- Livret d'accueil composé de différentes fiches pouvant ainsi faire l'objet d'actualisation spécifique ; chaque EHPAD dispose d'une fiche spécifique permettant de présenter l'établissement
- Règlement de fonctionnement (actualisé en 2015 après avis du CVS, du CTE et validation par le conseil de surveillance) – actualisation à prévoir en 2020
- Contrat de séjour (actualisé en 2019) permettant de mentionner le type d'accueil (permanent ou temporaire).

Ces différents documents font l'objet d'une harmonisation pour les 4 sites du CDGI.

- L'établissement a annexé au livret d'accueil la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Celle-ci est affichée au sein des établissements.
- L'information sur les personnes qualifiées est présente dans le livret d'accueil.
- Le projet d'établissement est formalisé (chapitre 5.1 du présent rapport).
- L'établissement a mis en place plusieurs modes d'expression et de participation pour les usagers : Conseil de la Vie Sociale (CVS), enquêtes de satisfaction, commission menus et commission animation.

→ **C5- Prise en compte de la perception de l'établissement et de ses missions par les usagers**

Une enquête de satisfaction permet de recueillir annuellement la perception des usagers concernant l'établissement. Cette enquête est réalisée en alternant chaque année la cible

afin de l'adresser soit aux résidents (réalisée en 2014 ; 2017 ; 2019 en cours d'analyse lors de l'évaluation externe) soit aux familles (réalisée en 2016 et 2018).

La trame du questionnaire a été uniformisée pour les 4 établissements du Groupe.

L'établissement réalise un échantillonnage représentatif des différentes résidences et exclut les résidents qui ne sont pas en capacité de répondre. Le souhait des résidents de participer ou non à l'enquête est respecté. Ainsi, le taux de retour est d'environ 30% permettant une exploitation représentative des résultats. Les résultats sont satisfaisants.

Les résultats d'évaluations sont consolidés et restitués par résidence. Une communication aux résidents et aux familles est réalisée au moment des réunions de familles annuelles organisées dans les différents sites ainsi qu'en instances.

Une synthèse points forts et point à améliorer est réalisée et des actions d'amélioration ciblées sont définies. Néanmoins, il n'y a pas d'analyse comparée entre les années ; cela pourrait notamment être fait lors de l'étude 2020.

Les résidents et familles rencontrés lors de l'évaluation externe ont pu témoigner de leur satisfaction concernant l'établissement.

La gestion des réclamations et plaintes est assurée par la Direction ; un registre est tenu à jour. Une procédure en décrit les modalités de gestion.

→ **C6- 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 CVS est mis en place au sein de l'établissement ; il est commun à l'ensemble des résidences du CDGI.

Les différentes réunions du CVS s'organisent toujours sur le site principal, ce qui engendre un ressenti de non prise en compte des problématiques spécifiques des sites extérieurs malgré une réponse apportée en séance.

Celui-ci se réunit au minimum 3 fois par an tels qu'en témoignent les comptes rendus qui évoquent les différents points abordés concernant le fonctionnement de l'établissement.

Un règlement intérieur du CVS est formalisé et a été actualisé en 2019.

Un représentant des familles préside le CVS par absence de représentants des résidents en raison de la difficulté à les mobiliser dans cette mission et à appréhender les problématiques générales en dehors de leur propre lieu de vie.

L'établissement a actualisé en 2019 l'arrêté de composition du CVS qui comporte 3 collèges (usagers, organisme gestionnaire, personnel) ; le collège des usagers prévoit la représentation de chaque résidence/service rattaché au CDGI.

La composition de la liste du CVS ainsi que le dernier compte-rendu validé sont affichés sur les panneaux d'affichage situés dans l'entrée des résidences.

Les représentants sont sollicités pour participer à une réunion préparatoire avant chaque CVS.

L'établissement dispose également d'une CDU (Commission des Usagers) qui bénéficie aux établissements médico-sociaux.

Des commissions prévoient également la participation des résidents (commission animation, commission menus, comité bienveillance). Cependant il n'y a pas de compte-rendu récents formalisés et disponibles sous la GED au CDGI (sauf comité bienveillance).

Ces différents lieux d'expression démontrent que l'établissement sollicite et associe les usagers au fonctionnement de l'établissement.

D/ Garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

→ D1- Modes d'organisation de l'établissement pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

L'exercice des droits et libertés individuels (L311-3 du CASF) permet/respecte :

- o La dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité et le droit à aller et venir librement des résidents,
- o Le libre choix et le respect de leurs souhaits,
- o Une prise en charge et un accompagnement individualisé favorisant l'autonomie et l'insertion, adaptés aux besoins des résidents et respectant leur consentement éclairé systématiquement recherché,
- o L'accès à toute information ou document relatif à leur prise en charge (possibilité d'accès au dossier)
- o L'information sur les droits fondamentaux ainsi que sur les voies de recours à disposition (via le règlement de fonctionnement)
- o La participation directe des résidents à la conception et à la mise en œuvre de leur projet d'accompagnement.

Les modalités d'accès au dossier de l'utilisateur sont mentionnées dans le livret d'accueil. Une procédure groupe est formalisée.

Le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées est mis en place et s'intègre dans la procédure de préadmission où l'information est donnée par le bureau « accueil et gestion des séjours ».

Le consentement du résident est recherché avant l'admission par l'établissement avec la mise en œuvre d'une procédure particulière de recueil du consentement faisant intervenir différents professionnels de l'établissement en fonction de la situation (mandataire, psychologue, médecin).

La démarche de consentement tout au long du séjour est traitée et abordée en comité bienveillance. Les professionnels sont attentifs aux refus et veillent à les tracer. Pour les personnes non communicantes, l'observation du comportement et la recherche de l'assentiment sont mis en œuvre.

La liberté de circulation est observée dans les différents lieux de vie.

→ **D2- 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 gestion des risques a priori est organisée par la réalisation d'analyses de risques par processus et a posteriori par le traitement et le suivi des FEI.

Cette organisation est structurée et déployée dans chacun des établissements du Groupe. L'analyse de ces événements permet de faire évoluer les cartographies de risques existantes.

Des formations au circuit de signalement des FEI sur le logiciel ENNOV sont mises en place. Le DARI a fait l'objet d'une révision le 15 janvier 2020.

Les événements indésirables sont saisis de façon informatique par les agents via le logiciel ENNOV.

Les fiches d'évènement indésirable (FEI) sont réceptionnées par le service qualité qui redirige, le cas échéant, la demande vers la personne pouvant apporter une réponse.

Un Groupe d'Examen des Evènements Indésirables (GEXEIN) statue sur les actions à mettre en œuvre.

Eventuellement, selon la situation, l'évènement indésirable fait l'objet d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX) afin d'en analyser les causes.

Des comptes rendus de GEXEIN sont formalisés et un bilan des FEI est réalisé, notamment dans le rapport de gestion du CDGI.

Le groupe EP'AGE 36 a mis en place une politique de bientraitance sur l'ensemble des établissements. A cette fin, divers outils sont mis en place :

- une charte bientraitance a été élaborée en 2017 et est affichée sur chacun des sites. Cette charte est complétée d'un livret définissant les concepts et valeurs déclinés dans la charte.
- des formations relatives à la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont régulièrement organisées.
- des évaluations des pratiques et du parcours résident sont organisés régulièrement.

Un comité éthique et bientraitance a été mis en place au niveau du Groupe afin de traiter des problématiques et réflexions éthiques rencontrées. Ce groupe de réflexion est pluridisciplinaire et inter-établissements permettant ainsi le partage d'expériences et la réflexion commune.

Les psychologues réalisent des sensibilisations sur des thématiques multiples comme les troubles du comportement, l'approche non médicamenteuse, les soins palliatifs. Ils animent également des espaces de paroles sur la thématique du décès.

Une procédure de repérage et de prévention des risques de non-bientraitance a été formalisée. Cette procédure datant de 2014 pourrait faire l'objet d'une actualisation afin de réviser son contenu et d'être uniformisée pour le Groupe.

Tout au long des visites et des entretiens sur site, les évaluateurs ont pu apprécier les pratiques bienveillantes des professionnels auprès des résidents.

Le principe en vigueur au sein de l'établissement est le vouvoiement. En cas de souhait de tutoiement, celui-ci doit être tracé dans le DPI.

Les professionnels peuvent exercer des fonctions de référence ; chaque résidence et site a ainsi désigné des référents sur diverses thématiques (nutrition, douleur, bientraitance...) ; les professionnels participent ainsi aux comités, groupes ou instances inter-établissements (inter-CLUD, comité bientraitance...).

- **D3- Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'établissement ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de la personne ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels**

Les professionnels ont accès au logiciel ARCADIS qui centralise l'ensemble des informations relatives à l'accompagnement personnalisé des résidents (projet personnalisé d'accompagnement, plan de soins, animations, sorties, etc.).

Un COPIL SI est mis en place et se réunit 2 fois par an. Une sous-commission spécifique au Dossier Patient Informatisé (DPI) est organisée 3 fois par an afin de gérer l'utilisation du logiciel ARCADIS.

La gestion documentaire est informatisée. Il s'agit du logiciel ENNOV au CDGI. La direction commune a pour projet d'uniformiser cette gestion documentaire en n'utilisant qu'un seul logiciel. La réflexion d'une gestion documentaire commune est portée au niveau du GHT.

La démarche de conformité au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) est en cours avec la formalisation du registre de traitement prévu pour 2020.

Chaque professionnel souhaitant avoir accès au logiciel du groupe doit avoir des codes d'accès gérés par le service informatique. Une charte informatique a été formalisée et doit être signée par toute personne utilisant les outils informatiques du groupe.

Les dossiers de pré-admission sont à déposer auprès du site principal du CDGI au service Accueil et Gestion des séjours.

Une commission d'admission se réunit hebdomadairement pour statuer sur les demandes d'admission et de transfert inter-EHPAD du CDGI, le cas échéant. Celle-ci est composée des médecins coordonnateurs, cadres de santé des différents sites, du service Accueil et gestion des séjours et ponctuellement du directeur général.

Préalablement à la commission, les médecins coordonnateurs recueillent un maximum d'information auprès des partenaires (médecins traitants, médecins et IDE hospitaliers, familles) afin de limiter les erreurs d'orientation car il n'est pas possible d'organiser des visites de pré-admission avec la participation des résidents et familles. Lors de la commission, les médecins coordonnateurs présentent l'analyse faite du dossier et du profil de la personne puis proposent une orientation dans le service adapté en concertation avec les cadres de santé.

Un compte rendu est réalisé pour chaque demande par les cadres de santé qui reprennent les informations dans un document type. Le dossier est alors sélectionné pour une admission ou mis sur liste d'attente. Cette liste d'attente est commune entre tous les services du CDGI.

La psychologue interviendra dans la pré-admission si la personne doit être admise dans une unité sécurisée et évaluera les troubles du comportement à partir d'une évaluation NPI-ES et/ou Cohen Mansfield.

Les personnes ont la possibilité de choisir préférentiellement une résidence en particulier, sous réserve de l'adaptation du service à l'accompagnement nécessaire. Les résidents peuvent également être admis dans une résidence dans l'attente de la libération d'une place dans un autre service du CDGI.

Lorsqu'une entrée est programmée, le cadre de santé reçoit alors le dossier d'admission et transmet les informations aux équipes lors des temps de transmissions.

Une procédure d'accueil est formalisée et disponible sur ENNOV. Celle-ci prévoit un temps de rencontre dans la mesure du possible entre le cadre de santé ou l'IDE référente et le résident et son entourage en amont de l'admission. La procédure distingue l'accueil par l'IDE et par le soignant référent. L'IDE accueille le résident et transmet les informations concernant les choix des intervenants, les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance. Elle planifie le recueil des informations notamment pour l'évaluation de la douleur, poids, taille et récupère les renseignements concernant le traitement.

L'ensemble des risques inhérents à la prise en charge des résidents fait l'objet d'une formalisation (chutes, dénutrition, douleurs, escarres...) et font l'objet d'évaluations au moyen d'échelles d'évaluation adaptées intégrées au DPI. Les médecins coordonnateurs sont associés et sollicités à l'élaboration des outils et protocoles en lien avec ces différentes thématiques.

- Concernant la douleur : identification de référents, inter-CLUD, évaluation par des échelles adaptées, traçabilité dans le DPI, formation, recours à l'EADSP, protocoles...
- Concernant les escarres : évaluation du risque d'escarres par l'échelle NORTON, réalisation d'une enquête de prévalence annuelle, matériel de positionnement, pansements adaptés, protocoles, suivi des plaies
- Concernant la dénutrition : suivi mensuel du poids après une évaluation systématique à l'admission de l'IMC, inter-CLAN, équipe diététique réalisant des visites mensuelles, formation DPC nutrition, surveillance alimentaire
- Concernant les troubles du comportement : évaluation par le biais d'échelles adaptées, intervention des psychologues
- Concernant les chutes : déclaration des chutes sur le DPI, ergothérapeute, psychomotricien...
- Concernant le risque infectieux : EOH, EPP, formalisation des protocoles, inter-CLIN, évaluation du DARI et suivi du PAQ

L'ergothérapeute est disponible pour les équipes. Elle formalise des bilans intégrés au logiciel ARCADIS. Un bilan annuel est réalisé.

L'établissement a été retenu pour la mise en place d'un parcours activité soins seniors (PASS) suite à un appel à projet ARS concernant la prévention.

Le CDGI dispose d'un PASA depuis fin 2011 permettant l'accompagnement spécifique des résidents ayant des troubles du comportement modérés.

Les professionnels disposent des ressources matérielles nécessaires et suffisantes.

L'ensemble des résidences disposent d'un système d'appel malade fonctionnel.

Les médecins coordonnateurs valident les évaluations de la dépendance réalisées par les soignants. Dans le cadre de la signature du CPOM et de la préparation de la coupe PATHOS, les médecins coordonnateurs ont bénéficié d'une formation afin de réaliser le codage. De plus, l'établissement a fait appel à un médecin externe prestataire pour accompagner et réaliser les évaluations afin de pallier au manque de temps nécessaire.

Une attention particulière est portée sur l'alimentation. Ainsi, chaque résident fait l'objet d'un suivi « alimentation » durant 3 jours dès son entrée dans l'établissement et dès qu'une interrogation sur le type de régime et/ou menu se pose en réunion pluridisciplinaire ou en transmission. Une diététicienne intervient dans chaque résidence afin d'assurer un suivi mensuel du poids et réaliser des surveillances spécifiques sur l'alimentation. Elle peut réaliser des temps de sensibilisation auprès des équipes.

Une équipe de 5 psychologues aux compétences complémentaires et spécialisées en gériatrie intervient au sein des différentes résidences. Ils réalisent une évaluation cognitive dans le mois suivant l'admission du résident et assurent les suivis spécifiques auprès des résidents. Ils peuvent ponctuellement intervenir auprès des familles. Ils participent aux temps de sensibilisation/formation auprès des équipes.

La prescription des médicaments est informatisée sur ARCADIS (module DISPEN pour la pharmacie) sauf pour les libéraux et spécialistes qui prescrivent au format papier. Ainsi, l'informatisation de la prescription au sein du CDGI est d'environ 75% pour l'EHPAD. La Pharmacie à Usage Intérieur prépare et livre hebdomadairement les piluliers pour les résidences situées sur le site du CDGI. Pour les sites extérieurs, les médicaments sont livrés mensuellement en dotation globale nominative par résident puis préparés par les IDE. La distribution est réalisée par les IDE, AS ou ASH. Chaque résidence dispose également d'une dotation en cas de besoin qui a été harmonisée.

Des audits sont réalisés sur les différentes étapes du circuit du médicament pour permettre l'évaluation et la mise en place d'actions correctives ; à cela viennent s'ajouter des EPP et l'analyse des FEI en GEXEIN et/ou CREX.

Les contentions et restrictions de libertés font l'objet d'une prescription médicale et d'une surveillance concernant les bénéfices et les risques discutée en équipe en vue de réévaluer ou non le besoin.

En cas d'urgence, les IDE du site principal contactent un médecin présent sur site ; sur les sites extérieurs, les IDE appellent le 15. Les EHPAD extérieurs ne disposent pas de chariot d'urgence mais d'une dotation de matériel dont la composition a été revue afin d'être mieux fournie.

Des temps de transmission sont prévus à chaque changement de poste. Ils se réalisent dans des lieux dédiés et adaptés. Ces temps de transmission sont également l'occasion pour les cadres de santé de transmettre des informations d'ordre général, notamment sur l'actualisation des protocoles, comptes rendus d'instances...

Chaque vendredi après-midi, l'équipe du PASA réalise un staff spécifique afin d'échanger sur les évolutions et les objectifs spécifiques dans l'objectif de mieux travailler en interaction entre les services et le PASA. La coordination du PASA est assurée par le référent APA/coordonnateur en psychomotricité.

La commission de coordination gériatrique se réunit 2 fois par an au sein de l'établissement. Pour permettre la participation des professionnels libéraux, des temps

d'information/sensibilisation sur diverses thématiques sont proposées à l'occasion de chaque réunion. L'objectif poursuivi est de faire en sorte que les professionnels libéraux et hospitaliers apprennent à se connaître pour travailler ensemble et ainsi créer une dynamique globale d'accompagnement et de diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

Sur le site principal, les infirmières de nuit de l'UHR et de l'USLD sont disponibles pour assurer la continuité de l'accompagnement si besoin.

Dans ce même objectif, une astreinte infirmière de nuit est mise en place pour les services extérieurs du CDGI. Une réunion des infirmières participant à cette astreinte est organisée 2 fois par an afin d'établir un planning semestriel des astreintes. Les IDE participent au dispositif d'astreintes sur la base du volontariat et se répartissent les semaines d'astreintes, actuellement entre 9 IDE (IDE référente, IDE).

Le planning est ensuite transmis aux services pour un affichage mensuel. Lors des visites sur site, les évaluateurs ont pu mener des entretiens auprès de 5 de ces IDE. Le roulement est très régulier pour les IDE volontaires.

L'objectif de cette astreinte est de prendre le relai des IDE des unités périphériques, notamment pour assurer la collaboration avec les IDE libéraux intervenant sur les services (suivi des glycémies et pansements par exemple) ou pour accueillir les retours d'hospitalisation (traçabilité dans le logiciel ARCADIS). L'équipe d'astreinte de nuit peut également intervenir en cas d'aggravation de l'état de santé des résidents, de gestion d'imprévu, de problèmes avec les familles, lors d'un décès (pour réaliser la toilette mortuaire et l'administratif), ou faire la liaison avec les urgences médicales.

Ainsi, l'astreinte débute le lundi à 15h45 et se termine le lundi suivant à 8h. Un rapport d'activité de l'astreinte de nuit est réalisé chaque année. Un tableau de bord avec des indicateurs comme le nombre d'appels, les motifs et le nombre de déplacements est tenu et envoyé trimestriellement à l'ARS.

L'établissement a déployé le logiciel ARCADIS pour l'informatisation du dossier de l'utilisateur. L'ensemble des professionnels trace leurs transmissions et interventions sur le logiciel, via les tablettes disponibles sur les chariots de soins / de médicaments ou sur l'ordinateur de l'infirmier ou de la salle de transmission. Les libéraux qui ont signé une convention avec l'établissement se voient attribuer un code d'accès au logiciel.

Le DLU est édité depuis le logiciel ARCADIS.

Un projet d'amélioration des archives est en réflexion. Il a en effet été observé la difficulté de stockage de dossiers papier des résidents.



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
« Saint Jean »
situé au 12 rue Michelet – 36000 CHATEAUROUX
N° FINESS : 360007009
2022-2026

Entre,

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

Le Département de l'Indre,
Dénommé le Département

Adresse : Place de la Victoire et des Alliés – CS20639
Code postal : 36020
Commune : CHATEAUROUX CEDEX

représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental de l'Indre,

L'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire,
Dénommée l'ARS

Adresse : Cité Coligny, 131 rue du Faubourg Bannier
Code postal : 45 044
Commune : ORLEANS CEDEX

représentée par Monsieur Laurent HABERT, Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire,

Et d'autre part :

Le Centre Communal d'Action Sociale de Châteauroux
Dénommé l'Organisme gestionnaire
pour l'EHPAD « Saint Jean »

Adresse : 12 rue Michelet
Code postal : 36000
Commune : CHATEAUROUX

représenté par Monsieur Gil AVEROUS, en qualité de Président du CCAS de Châteauroux, personne habilitée par le Conseil d'Administration 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	3
TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat.....	4
Article 2 : Objectifs du CPOM.....	9
TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT	11
Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP	11
Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance	11
Article 3 : Forfait soins.....	13
Article 4 : Tarification de l'hébergement.....	15
Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans	18
Article 6 : Investissements pluriannuels.....	18
Article 7 : Modalités d'affectation des résultats	19
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT.....	20
Article 1 : Suivi et évaluation du contrat.....	20
Article 2 : Traitement des litiges	22
Article 3 : Révision et Résiliation du contrat.....	23
Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	24
Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans	24
Article 6 : Renouvellement du contrat.....	24
TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM.....	25
• Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé.....	25
• Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire	25
• Annexe 3 - Suivi annuel des objectifs fixés et des indicateurs retenus	25
• Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)	25
• Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	25
• Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....	25
• Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM).....	26
• Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat	26
• Annexe 9 - Fiches actions.....	26

Visas et références juridiques

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment les articles L312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le Code de la Santé Publique ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

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

Vu le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur HABERT Laurent en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Vu la délibération n° CD_20210701_001 relative à l'élection du Président du Conseil départemental ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret N°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 22 mars 2018, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental de l'Indre ;

Vu la circulaire N° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;

Vu l'instruction ministérielle n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de l'Agence Régionale de Santé ;

Vu le Programme régional de santé deuxième génération 2018- 2022 de l'ARS Centre - Val de Loire ;

Vu le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de l'ARS Centre - Val de Loire ;

Vu le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017 ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0312 et n° 2018-D-2869 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Saint Jean » à Châteauroux, d'une capacité totale de 27 places ;

Considérant la convention tripartite signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, la Directrice générale de l'ARS du Centre-Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 20 décembre 2016.

Il a été conclu ce qui suit :

TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Département de l'Indre et le Centre Communal d'Action Sociale de Châteauroux, gestionnaire de l'EHPAD « Saint Jean » à Châteauroux, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Présentation de l'Organisme gestionnaire :

Nom du gestionnaire (entité juridique)	Centre Communal d'Action Sociale à Châteauroux
N° FINESS (EJ)	360005243
Président / Directeur	Monsieur Gil AVEROUS / Madame Emmanuelle BUDAN
Adresse	1 rue de la Manufacture Royale – 36000 CHATEAUROUX
Téléphone	02 54 08 51 00
E-mail	ccas@chateauroux-metropole.fr
Statut juridique	Etablissement public autonome (collectivité territoriale)

Les modalités d'organisation de l'entité juridique :

Le CCAS est un établissement public régi par le Code de l'action sociale et des familles chargé d'animer une action générale de prévention et de développement social dans la commune en liaison étroite avec les institutions publiques et privées.

Pour remplir la tâche qui lui est impartie, il dispose d'un organe de gestion : le Conseil d'administration, et de moyens propres : un budget autonome et du personnel relevant de son autorité qui est soumis aux mêmes règles que les agents communaux : le statut de la fonction publique territoriale.

☛ Les missions du CCAS

Le CCAS propose des services sociaux

- Office des personnes à la retraite
- Service Insertion
- Service Logement
- Service de Prévention spécialisée

Le CCAS gère des établissements

- Résidence autonomie Isabelle
- Maison relais seniors St-Jean
- Résidence autonomie des Rives de l'Indre
- EHPAD St-Jean
- Résidence Pierre Perret - Foyer des jeunes travailleurs
- Aires d'accueil des Gens du voyage et de grand passage, terrains familiaux

Le CCAS assure un rôle de coordination et de veille sociale et dispose d'une administration générale

- Secrétariat de direction et des assemblées
- Ressources humaines et Finances,
- Patrimoine et sécurité

Les Centres communaux d'action sociale ont été créés par le décret-loi n° 53-1186 du 29 novembre 1953.

Ils résultent de la fusion des anciens Bureaux de bienfaisance et des Bureaux d'assistance, créés respectivement en 1796 et 1893. Autrefois appelés Bureau d'aide sociale (BAS), ils se nomment Centres communaux d'action sociale depuis 1986.

Un établissement public communal intervenant principalement dans trois domaines :

- l'aide sociale légale et la domiciliation qui, de par la loi, constituent son attribution obligatoire ;
- l'aide sociale facultative et l'action sociale, matières pour lesquelles il dispose d'une grande liberté d'intervention et pour lesquelles il met en œuvre la politique sociale déterminée par les élus locaux ;
- l'animation d'activités sociales et la gestion d'établissements.

↳ Gestion

Le conseil d'administration est composé d'un président (le maire de la commune), 4 à 8 membres élus par le conseil municipal et 4 à 8 membres bénévoles nommés par le président dont un représentant des associations œuvrant dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre les exclusions, un représentant des associations familiales désigné sur proposition de l'Union départementale des associations familiales (UDAF), un représentant des associations de retraités et de personnes âgées du département, un représentant des associations de personnes handicapées du département.

Le Conseil d'administration gère le CCAS. Il vote l'ensemble des documents budgétaires, décide des actions à mener, émet son avis sur les demandes d'aide sociale facultative et est chargé de pourvoir à l'exécution de ses délibérations, notamment par le vote des crédits et la création des emplois nécessaires.

↳ Moyens

Le CCAS dispose d'un budget autonome qui prend notamment en compte le personnel nécessaire à l'accomplissement de ses actions.

Trois sources de financement peuvent être distinguées :

- les ressources propres : les dons et legs ainsi que les produits de quêtes ou de collectes,
- les ressources liées aux services et aux actions créés et gérés par le CCAS : les participations de divers organismes au financement de certaines actions et prestations (Département, CAF...), ainsi que les participations des bénéficiaires des services et prestations assurées par le CCAS.
- les ressources extérieures non affectées à une action précise : elles proviennent de la subvention communale qui constitue l'apport prépondérant et obligatoire au fonctionnement de tous les CCAS.

↳ Les commissions du CCAS

En référence à l'article R123-19 alinéa 2 du CASF, le Conseil d'administration a décidé de la création de trois commissions et de deux sous-commissions.

Elles sont composées pour moitié de Conseillers Municipaux et pour moitié de membres nommés, désignés les uns et les autres par le Conseil d'administration.

1. La Commission pour l'insertion et le logement

Elle est chargée de fixer les orientations de la politique des secours et des aides, et d'en définir les critères d'attribution. Elle assure le suivi de tous dispositifs ayant pour objet l'insertion et le logement au sein du CCAS.

La gestion du FJT, du service Insertion et Logement, des aires d'accueil, de grand passage et des terrains familiaux des Gens du voyage, sont rattachés à cette commission.

La sous-commission des aides facultatives

Ces sous-commissions hebdomadaires sont composées d'un administrateur élu et d'un administrateur nommé et se réunissent pour statuer sur les demandes d'aides. Tous les administrateurs siègent à tour de rôle.

Le FJT et l'aire d'accueil doivent faire preuve de réactivité face aux demandes de logements ou de stationnements des usagers, aussi :

2. La Commission des actions en direction des personnes âgées

Lui sont rattachés l'EHPAD St-Jean, les Résidences Autonomies, la Maison Relais Séniors et l'Office des personnes à la retraite.

Elle doit suivre les besoins des personnes âgées accueillies et les réponses prioritaires à apporter.

Elle se réunit au moins 3 fois par an.

A noter, la décision d'admission des résidents au sein des établissements est du ressort de la Direction du CCAS et de la Direction des établissements pour personnes âgées.

3. La Commission d'appel d'offres

Une commission d'appel d'offres se réunit pour se prononcer sur l'attribution de marchés dans le cadre de la procédure formalisée des marchés de fournitures et de services des collectivités territoriales.

Cette formalisation est requise à partir d'un montant prévisionnel supérieur à 207 000 € HT (seuil au 1/01/14).

↳ Les Conseils de vie sociale et groupes d'expression des établissements

Conformément à la loi 2002-2, des instances de participation des résidents existent dans les établissements du CCAS qui proposent un logement (Foyer des jeunes travailleurs, Résidence autonomie des Rives de l'Indre, Résidence autonomie Isabelle et Maison relais séniors et EHPAD Saint-Jean).

Ils sont des lieux d'échange et d'expression formalisés sur les questions concernant le fonctionnement de l'établissement dans lequel est accueilli l'utilisateur. Ils se prononcent sur les niveaux de redevances, et sur la qualité des prestations fournies.

Les CVS sont composés :

- des représentants élus des résidents,
- des représentants élus des familles,
- des représentants du Conseil d'administration du CCAS,
- des représentants du Personnel élu au CT-CHSCT du CCAS,
- des représentants de la Direction du CCAS, avec voix consultative.

Pour les CVS, le Président est élu parmi les résidents. La durée des mandats des membres du Conseil de vie sociale est de trois ans.

A défaut de volontaires, un constat de carence est établi et un groupe d'expression réunissant l'ensemble des résidents est invité 3 fois par an à échanger avec les représentants du CCCAS.

Les relations administrateurs / agents

La Direction assure la représentation des services et établissements du CCAS auprès des Administrateurs à chaque conseil, en présence de la Gestionnaire RH / Finances et de l'Assistante de direction.

Les Administrateurs sont présents lors de la journée interservices pour dialoguer avec les agents du CCAS.

En assistant aux commissions, Copils et CVS, ils prennent connaissance en détails de certaines demandes et de certains projets.

En fonction de leur disponibilité et de leurs centres d'intérêt, ils peuvent être partie prenante d'activités du CCAS.

Quatre d'entre eux représentent le Conseil d'administration en Comité technique et en Comité Hygiène et sécurité aux côtés des représentants du personnel du CCAS.

L'organigramme de l'entité juridique (fonctionnel et comprenant les ETP) :
Voir organigrammes annexés.

Activités de l'entité juridique :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et Nom de l'établissement ou service	Date de dernier renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge	36	Résidence autonomie Isabelle		45	45
		Résidence autonomie Les rives de l'Indre	01/10/1970	40	40
		Maison Relais Saint Jean	05/12/2008	17	17
		EHPAD Saint Jean	03/01/2017 Par arrêté du 18/10/18	27	27
Handicap					
Protection de l'enfance		Prévention spécialisée	07/05/2007		
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire					
Publics spécifiques		Foyer de jeunes travailleurs		79	79
Autre activité non soumise à autorisation	36	Action sociale : - Insertion - Logement - Aires d'accueil GDV - MOUS GDV - OPR (office des personnes à la retraite)			

Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir le forfait global de soins :

ESMS ou personne morale signataire destiné à percevoir le forfait global de soins PA	CCAS de Châteauroux / EHPAD Saint Jean
Caisse pivot de rattachement	CPAM de Châteauroux

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

Nom de l'établissement	EHPAD Saint Jean à Châteauroux
N° FINESS (ET)	360007009
Directeur	Madame Marinette SOUFFLET
Adresse	10 rue Michelet – 36000 CHATEAUROUX
Téléphone	02 54 08 41 82
E-mail	marinette.soufflet@chateauroux-metropole.fr ehpadsaintjean@chateauroux-metropole.fr
Statut juridique	Fonction publique territoriale
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Fonction publique territoriale
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarifification partielle
Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) sous réserve de l'approbation par les autorités de tarification * Sous réserve de l'accord préalable des autorités de tarification	

*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

Capacités de l'établissement et habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Capacités totales de l'établissement EHPAD Saint Jean à Châteauroux			
Activité	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont habilitée à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	27	27	21
Dont unité sécurisée			
Hébergement temporaire (HT) médicalisé			
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Accueil de jour (AJ)			
TOTAL	27	27	21

L'EHPAD « Saint Jean » est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Ce CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 du CASF, entre l'Organisme gestionnaire et le Conseil départemental dans les modalités et conditions prévues en annexe 6. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation correspond à 21 lits d'hébergement permanent.

La participation financière départementale à l'EHPAD pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre, est stipulée dans l'annexe 6 précitée et le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de l'Indre.

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

Conventions concluent avec le Centre Hospitalier de Châteauroux, l'EMG être Indre, CODESPA, HAD, le réseau de soins palliatifs du centre, une diététicienne, le Service évangélique des malades, l'UDAF, l'Ecole élémentaire Buffon, la VMEH, l'association « au cœur de tes pattes ».

Article 2 : Objectifs du CPOM

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat sur la base du diagnostic partagé (annexe 1).

Diagnostic partagé

Elaboré au cours de l'année 2021, le diagnostic partagé a permis de mettre en évidence les points forts, les points d'amélioration et les pistes d'actions à partir :

- ✓ d'un bilan des objectifs de la précédente convention tripartite, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe ainsi que du projet d'établissement ;

Cette démarche a permis de déterminer conjointement les objectifs et d'élaborer les fiches-actions jointes au présent CPOM.

Engagements des co-contractants

Les parties s'engagent dans une démarche de maintien et d'amélioration continue de la qualité, en conformité avec la réglementation ainsi que les principes et les droits élémentaires de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Elles s'engagent également à faire en sorte que la qualité de prise en charge repose sur une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet de service, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, et également dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées.

Les objectifs du présent contrat s'appuient notamment sur :

- ✓ les axes fondamentaux inscrits dans les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017.

L'Organisme gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs du présent CPOM. Les objectifs et les délais de réalisation sont énoncés dans des fiches-actions dédiées annexées au présent CPOM (Cf. annexe 9).

Les axes retenus dans le présent CPOM sont les suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Expression et participation individuelle et collective des résidents	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement 1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; Transformation, regroupement d'établissements renforcement de l'efficacité de gestion. Opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopération Développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification 2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports 2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes Développement de nouvelles prestations Partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs 3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé 3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée 3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS 3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents Démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro-Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident 4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins bucco-dentaires 4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes 4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament 4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe 4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables 4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD 4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail	5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines
Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)	6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants 6-2 Adaptation de la structure aux besoins identifiés. 6-3 Adaptation de la structure aux objectifs de développement durable.

TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT

En préalable, il est rappelé que les moyens dédiés du contrat s'inscrivent dans un calendrier budgétaire défini comme suit par le CASF :

- ✓ **Au plus tard le 31 octobre** de l'année qui précède l'exercice concerné, transmission aux autorités de tarification compétentes de l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours. Pour les établissements publics autonomes, transmission à l'ARS des délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité ;
- ✓ Notification des produits de tarification par les autorités de tarification ;
- ✓ **30 jours après la notification des ressources la plus tardive et au plus tard le 30 juin de l'année n**, transmission aux autorités de tarification du cadre normalisé de l'EPRD complet et ses annexes via un dépôt sur la plateforme EPRD de la CNSA ;
- ✓ **Dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt sur la plateforme import EPRD**, validation/rejet du cadre normalisé de l'EPRD complet et ses annexes par les autorités de tarification.

Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (Gir Moyen Pondéré : GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré : PMP) servent de base de calcul pour les forfaits dépendance et soins. Elles sont réalisées de façon simultanée par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Elles sont basées sur la plus récente des évaluations et, au plus tard, le 30 juin de l'année qui précède la conclusion du présent contrat (et exceptionnellement au 31 juillet pour l'année 2021), ainsi qu'au cours de la troisième année (articles R. 314-170 et suivants du CASF).

Le GMP et PMP de l'établissement couvert par le CPOM en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et Nom de PESMS	GMP	Validé le	PMP	Validé le	GMPS (PMPx2.59)+GMP
360007009	500 - EHPAD	748	22/07/2021	282	27/07/2021	1 478,38

Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance

Dépenses couvertes par le forfait global relatif à la dépendance (article R. 314-176 du CASF)

La part du forfait global relatif à la dépendance ne peut couvrir que les charges suivantes :

- ✓ Les fournitures pour l'incontinence ;
- ✓ Les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement,
- ✓ Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- ✓ Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux, dans les conditions prévues au présent article et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, concurremment avec les produits relatifs aux soins,
- ✓ Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- ✓ Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Modalités de calcul du forfait global relatif à la dépendance (articles R.314-172 et suivants du CASF)

Le Forfait Global Dépendance (FGD) de l'hébergement permanent (HP), correspond à l'équation tarifaire suivante :

$$\text{FGD} = \left[\frac{\text{niveau de perte d'autonomie}}{\text{nombre de personnes hébergées}} \times \text{capacité autorisée} \times \text{point GIR départemental} \right] + \text{financements complémentaires}$$

La répartition des résidents par niveau de GIR et la valorisation en points (1 040 points pour un GIR 1 ou 2, 660 points pour un GIR 3 ou 4 et 280 points pour un GIR 5 ou 6) permet de déterminer le **niveau de perte d'autonomie** de l'établissement.

La **valeur du point GIR départemental** est calculée en divisant le total des forfaits globaux dépendance de l'année N-1 de l'ensemble de tous les établissements du département par le total des points de la dernière évaluation du niveau de perte d'autonomie de ces établissements.

Le résultat de cette équation constitue le **niveau de ressource cible**, appelé forfait global dépendance cible.

Le résultat de cette équation est ensuite modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la **capacité de places autorisées et financées**. Toutefois, la décision d'appliquer la modulation au forfait dépendance revient au Département, autorité de tarification compétente.

Des modifications du forfait global relatif à la dépendance peuvent être envisagées pour tout projet nouveau en adéquation avec les orientations du schéma départemental gérontologique, dans le périmètre de l'autorisation, et sous réserve d'une validation et d'une autorisation préalable. Ce type de modification fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Dispositif transitoire de convergence

La réglementation a posé une période transitoire de 2017 à 2023 afin d'amener progressivement (au rythme de 1/7^{ème} par an) l'établissement vers le forfait global dépendance cible sur les bases du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Durant cette période, le forfait global dépendance de l'année « n » est calculé de manière dérogatoire en prenant en compte, entre autres, le forfait global dépendance n-1 et le taux d'évolution annuel arrêté par le Président du Conseil départemental.

Calcul des tarifs journaliers dépendance

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont calculés de la manière suivante :

$$\text{tarif GIR 1-2} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 1\,040$$

$$\text{tarif GIR 3-4} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 660$$

$$\text{tarif GIR 5-6} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 280$$

* nb de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents

Financement du forfait global dépendance

Le Département de l'Indre finance le forfait global dépendance, déduction faite de :

- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de l'Indre au titre du tarif journalier GIR 5 et 6 ;
- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'APA au titre des ressources, recouvrée par l'établissement d'accueil ;
- ✓ la participation des résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA ;
- ✓ la participation des résidents qui ont conservé leur domicile de secours dans un autre département ;
- ✓ la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

A noter que pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident ou pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, - à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour-, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

Pour calculer la part du financement du Département de l'Indre, l'établissement doit fournir, dans l'annexe 4 « activité » de l'arrêté du 27 décembre 2016, la répartition prévisionnelle des résidents par GIR et le nombre de résidents dont le domicile de secours n'est pas dans l'Indre. Ce **document doit être rempli de façon sincère**. Le Département vérifiera la véracité de ces données sur la base des notifications des bénéficiaires de l'APA.

Le gestionnaire de l'établissement se doit d'être vigilant d'une part sur le maintien de son activité et d'autre part sur les droits à l'APA de ses résidents.

Article 3 : Forfait soins

Modalités de calcul du forfait soins

Le forfait global relatif aux soins de l'hébergement permanent (HIP) est égal à la somme des éléments suivants (article R314-159 du CASF) :

- ✓ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R314-162 du CASF prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées au point 4/1/1-2. La formule de calcul est la suivante :

$$\text{valeur du point de l'option tarifaire} \times \text{GMPS} \times \text{capacité}$$

La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

- ✓ des financements complémentaires mentionnés à l'article R.314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils peuvent couvrir les dépenses :
 - des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
 - du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
 - des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;

- des actions de prévention ;
- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;
- des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;
- les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R314-159 du CASF est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R 314-160 du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

La dotation soins des autres dispositifs (HT, AJ, PASA, UHR, PFR, autre) est égale à la dotation soins reconductible de ces dispositifs à laquelle est appliqué le taux d'actualisation comme défini ci-dessous. Ces montants viennent s'ajouter à la dotation soins de l'HP pour former la dotation globale de soins de l'établissement.

Evolution annuelle de la dotation soins

Actualisation de la dotation soins :

La dotation soin du CPOM sera actualisée dans la limite des crédits alloués annuellement à l'ARS Centre-Val de Loire. A ce titre, l'ARS appliquera un taux d'actualisation des budgets par ESMS en fonction des directives d'actualisations de la CNSA et du taux d'actualisation de la Dotation Régionale Limitative et du respect de la politique de convergence intra-régionale, tels qu'indiqués dans le Rapport annuel d'Orientation Budgétaire.

Crédits non reconductibles :

Les EHPAD pourront être éligibles à l'attribution de crédits non reconductibles (CNR) selon les besoins recensés et les possibilités de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'attribution des CNR donne lieu à un fléchage précis par l'ARS Centre-Val de Loire qui fait l'objet d'un suivi annuel. L'établissement doit transmettre avec l'ERRD au 30/04/N+1 le tableau de suivi des CNR.

Possibilités de modification de la dotation soins :

- ✓ Projets autorisés en cours de réalisation et inscrits au PRIAC au cours de leur année de mise en œuvre ;
- ✓ Les projets nouveaux proposés, de part et d'autre, en réponse aux besoins exprimés sur le territoire de santé de l'Indre, dans le respect de la réglementation du régime des autorisations en vigueur et sous réserve d'un accord de financement des moyens nécessaires ;
- ✓ Tout projet nouveau, dans le périmètre de l'autorisation, sous réserve d'une concertation préalable et d'un accord de financement des moyens nécessaires.

Ce type de modification fera l'objet d'un avenant au CPOM.

Financements soins pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM

- Hébergement permanent :

Forfait global de soins :

FINESS ET	Nom de l'ESMS	Option tarifaire	Valeur de point 2021	GMPS	Capacité de l'HP	Résultat de l'équation tarifaire = dotation plafond = cible 2021	Base reductible soins au 01/01/2021 avant actualisation et résorption	Ecart à la dotation plafond au 01/01/2021
360007009	EHPAD « Saint Jean »	Partielle	10,48	1 274,05	27	360 505,19	351 188,91	9 316,28

Financements complémentaires :

FINESS ET	Montant de financement complémentaire pour la 1ère année du CPOM	Date d'attribution et de notification des financements complémentaires	Fléchage

Chaque année, l'octroi de financements complémentaires fera l'objet d'un avenant.

- Dotation globale au 1^{er} janvier 2021 comprenant l'ensemble des dispositifs :

FINESS ET	HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Dotation globale
360007009	351 188,91						351 188,91

Le montant de la dotation globale indiqué dans le tableau ci-dessus ne tient compte ni du taux d'actualisation qui sera appliqué en année N, ni d'une possible revalorisation de la valeur du point, ni des possibles CNR qui pourraient être attribués. Une décision de tarification sera notifiée chaque année par l'ARS Centre-Val de Loire et tiendra compte de l'ensemble de ces éléments.

Article 4 : Tarification de l'hébergement

Cadre général

L'EHPAD est habilité partiellement à l'aide sociale départementale. La tarification à l'hébergement permanent relève donc exclusivement de la compétence du Président du Conseil départemental de l'Indre pour les seuls résidents bénéficiaires de l'aide sociale (article L. 314-2 I-3e du CASF).

Dans le cadre de l'habilitation partielle, une part de la capacité est tarifée hors tarification à l'aide sociale pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L.342-3-1 du CASF et suivants et D.342-1 et suivants du CASF), en application des modalités prévues au CPOM et à la convention d'aide sociale (annexe 6).

L'établissement peut ainsi choisir de retenir pour l'ensemble des résidents le tarif arrêté par le Président du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'établir un tarif spécifique pour les résidents à titre payant sur délibération du Conseil d'administration. Dans ce cas, il devra appliquer les dispositions indiquées ci-dessous.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le Département prend en charge le coût journalier d'hébergement comprenant :

- ✓ le ou les tarif(s) journalier(s) afférent(s) à l'hébergement correspondant au **socle de prestations**, à savoir :
 - les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
 - les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage y compris celles relatives au blanchissage du linge personnel des résidents, et de nettoyage à l'extérieur concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
 - les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
 - les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;
- ✓ le tarif journalier afférent à la dépendance en GIR 5-6 (ticket modérateur).

Pour les **résidents non bénéficiaires à l'aide sociale** (à titre payant), le prix des prestations à l'hébergement relève de la compétence de l'Organisme gestionnaire de l'établissement (article L. 342-1 et suivants du CASF).

Types de prestations d'hébergement

Les prestations offertes doivent prévoir :

- dans tous les cas un "socle de prestations" comprenant des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage du linge hôtelier et d'animation de la vie sociale (annexe 2-3-1 du CASF) ;
- pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale du Département de l'Indre, les prestations de blanchissage du linge du résident.

Elles peuvent prévoir en supplément du « socle des prestations », d'autres prestations d'hébergement librement acceptées et acquittées par les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Modalités de fixation du ou des tarif(s) pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour la première année du CPOM : (année 2022 qui sera l'année de base zéro)

Dans le cadre de la procédure contradictoire de la première année du CPOM, l'Organisme gestionnaire transmettra au Département au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 ses **propositions** budgétaires et leurs annexes pour la section hébergement. Si le Département demande des compléments, ils devront être transmis au plus tard dans un délai de quinze jours à la suite de la demande.

Parallèlement, le Département procédera à une **démarche dite « vérité des coûts, des prestations »** sur la base du compte administratif des années n-2, n-3 et n-4 et du dernier budget prévisionnel alloué.

Une **rencontre budgétaire** entre les deux parties est ensuite organisée pour valider les propositions budgétaires de l'année n (année base zéro) sur la base de cette double analyse. A l'issue de cette rencontre, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement retenu est notifié à l'établissement par voie postale et/ou voie électronique.

L'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception pour faire connaître son éventuel désaccord en motivant de manière circonstanciée les raisons qui rendent impossible, selon lui, le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir. A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés ci-dessus, l'établissement est réputé avoir approuvé la version proposée par l'autorité de tarification.

Le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de soixante ans et plus¹, est calculé de la manière suivante :

Montants des charges et recettes prévisionnelles de la section = hébergement arrêtés par groupes par le Département
activité prévisionnelle de l'exercice

Ce tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'Organisme gestionnaire (article R. 314-182 du CASF) afin de tenir compte notamment :

- ✓ du nombre de lits par chambre ;
- ✓ des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- ✓ de la localisation et du confort de la chambre ;
- ✓ de l'accueil temporaire ;
- ✓ de l'accueil de jour ;
- ✓ des coûts liés à la prise en charge des personnes sous protection.

Conditions d'actualisation et de revalorisation des tarifs pour les années suivantes :

Le Département arrête chaque année un taux directeur prévu à l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF. Ce taux ne constitue ni un droit, ni un maximum mais un indicateur. Il s'applique, selon les dispositions des articles L. 313-8 et R 314-40 CASF, sur les dépenses hors charges financières et dotations aux amortissements.

Le Département reste attaché au **principe d'une concertation annuelle**. Afin de préparer la rencontre annuelle entre le Département et l'Organisme gestionnaire, ce dernier devra fournir, au plus tard, pour le 31 octobre les documents suivants :

- ✓ Un rapport détaillé et justifié laissant apparaître ses besoins, ses problématiques et l'état de ses demandes ;
- ✓ Une étude financière d'impact et des surcoûts ;
- ✓ Des documents justificatifs.

Cette rencontre permettra de débattre, selon les orientations du Département :

- ✓ Des modalités de fonctionnement de l'établissement ;
- ✓ Des impacts financiers sur la tarification dans le cadre du CPOM ;
- ✓ De l'évolution de la réalisation du Projet Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- ✓ Du projet d'établissement.

A l'issue de cette démarche, le Département pourra soit :

- ✓ appliquer le taux directeur ainsi que la prise en compte des charges financières et des dotations aux amortissements;
- ✓ prendre en compte, en totalité ou partiellement, les demandes spécifiques exprimées et ainsi amender l'évolution du tarif hébergement retenu en année N – 1. Le tarif ainsi établi pour l'année N est arrêté par le Président du Conseil départemental tandis que le tarif libre, si l'établissement décide d'appliquer cette procédure, est fixé par délibération du Conseil d'administration de l'établissement.

¹ Le tarif appliqué aux résidents âgés de moins de 60 ans est précisé à l'article 5.

Modalités de fixation des prix pour les résidents à titre payant et leur variation

Si l'établissement décide d'appliquer le principe d'une liberté de tarification pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, et en application de l'article L. 342-3 du CASF, le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour passé préalablement à l'admission entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. Ce contrat détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur. Une annexe contractuelle au contrat de séjour décrit l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement, qu'elles relèvent ou non du socle de prestations. Toute modification tarifaire ou de prestation fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

L'ensemble des tarifs doivent être établis et approuvés par le Conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, être communiqués aux résidents ou à leurs représentants légaux et portés à la connaissance du Président du Conseil départemental et du public.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé au 1er janvier de chaque année par arrêté interministériel en application des articles L. 342-3 et D. 342-5 du CASF.

Si l'établissement est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), les prestations correspondant au calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables sont régies par la convention conclue au titre de l'APL. Elles n'évoluent donc pas en fonction de cet arrêté.

Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est équivalent (article R.314-188 du CASF) :

- ✓ au tarif moyen journalier afférent à l'hébergement ;
- ✓ auquel est ajouté la part de forfait global relatif à la dépendance obtenu en divisant ce dernier par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l'établissement.

Ce tarif est affecté aux charges d'hébergement, sur la base du tarif journalier moyen à l'hébergement, et pour le solde, à la couverture des charges de dépendance.

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est arrêté par le Président du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale (ou si le principe de libre tarification est appliqué), le Conseil d'administration de l'établissement fixe par délibération le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Pour l'ensemble des résidents, la part de forfait global relatif à la dépendance est arrêtée par le Président du Conseil départemental.

L'évolution du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement est basé sur celle de la tarification de l'hébergement. Quant à celle du forfait relatif à la dépendance, elle relève des dispositions citées précédemment (article 2 du titre 2).

Article 6 : Investissements pluriannuels

L'ensemble des investissements prévus pendant la période effective du CPOM fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé, pour « l'année de base zéro » du CPOM, par l'ARS et/ou le Département selon leurs compétences respectives.

Le PPI annexé au présent CPOM (annexe 5) est composé d'un état des investissements pour les cinq années du CPOM avec leur date de réalisation, les modes et les durées d'amortissement, le plan pluriannuel de financement actualisé détaillé, le tableau des emprunts et le tableau des surcoûts par section tarifaire.

Le PPI intègre :

- ✓ les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements/charges financières... valorisés dans le tableau des surcoûts par section tarifaire) ;
- ✓ des projets supplémentaires d'investissement (sécurité/mise aux normes/opération de travaux : réhabilitation, restructuration, construction/projet d'établissement...).

Les accords de l'ARS et/ou du Département pourront faire l'objet d'un avenant au contrat en tant que de besoin.

Dans le cadre du passage en Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD), le gestionnaire devra faire apparaître dans les documents à transmettre simultanément à l'ARS et au Département, les impacts des investissements prévus au PPI notamment à travers le tableau de financement par section tarifaire.

Aucun autre investissement augmentant la dotation aux amortissements et les charges financières ne pourra être engagé sans accord des autorités de tarification et, le cas échéant, entraînera une révision du PPI concerné.

Tout surcoût issu de la réactualisation annuelle des PPI pesant sur les budgets d'exploitation devra être financé dans les limites des moyens accordés par chaque financeur (forfait global pour la section tarifaire soins, forfait global pour la section tarifaire dépendance et tarifs journaliers pour la section tarifaire hébergement).

Tout recours à l'emprunt supérieur à un an (art. L. 314-7 du CASF) pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS et/ou au Département (art. L. 314-7 du CASF). Les éventuels frais financiers découlant d'emprunts nouveaux devront être compris dans le PPI et être soumis à validation de l'autorité de tarification compétente.

L'Organisme gestionnaire devra prioriser, tant pour les investissements que pour les financements, les opérations du plan pluriannuel d'investissement, afin que leur consolidation soit globalement équilibrée.

Le Centre Communal d'Action Sociale de Châteauroux pour l'EHPAD « Saint Jean » n'a pas fourni à la date de signature du CPOM un PPI complet (tel qu'énoncé au présent article et selon les dispositions de l'arrêté NOR: SOCA0324061A du 22 octobre 2003) ; par conséquent, les autorités de tarification n'ont validé aucun Plan Pluriannuel d'Investissements dans le cadre de ce CPOM. Le PPI et les modalités de financement définitivement approuvés par les autorités de tarification feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

Par ailleurs, le bâtiment hébergeant l'EHPAD « Saint Jean » appartient à la Ville de Châteauroux. Tous travaux effectués par cette dernière et générant un impact sur le budget de fonctionnement et sur le tarif journalier de l'EHPAD (et en particulier par le règlement d'une redevance) devra faire l'objet d'une présentation et d'une validation préalable auprès des autorités de tarification.

Article 7 : Modalités d'affectation des résultats

Si la libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD, elle doit s'effectuer au regard des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. L'affectation de ces résultats fait l'objet d'un examen par le Conseil d'administration de l'Organisme gestionnaire. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Conformément à l'article R. 314-234 CASF, les résultats excédentaires sont à affecter en priorité :

1. à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2. à un compte de report à nouveau ;
3. au financement de mesures d'investissement ;
4. à un compte de réserve de compensation des déficits ;
5. à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF ;
6. à un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

En conséquence, la couverture des déficits qui reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire, est couverte en priorité :

1. par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affectée à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Toutefois, il est rappelé que conformément aux articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF, l'ARS et le Département pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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.

Par ailleurs, lors de l'étude des projets pluriannuels d'investissement, il sera tenu compte des anticipations réalisées ou non par l'organisme gestionnaire sur les affectations de résultat.

La transmission des documents de l'ERRD mentionnés aux articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, devra être faite au plus tard le 30 avril de l'année n+1.

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 : Suivi et évaluation du contrat

Il est mis en place un comité de suivi et des dialogues de gestion pour le suivi et l'évaluation du contrat.

Le comité de suivi :

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de chaque partie au contrat.

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

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'Organisme gestionnaire en cours de contrat dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, notamment :

- ✓ évaluations internes (à fournir un an avant l'échéance du présent contrat) ;
- ✓ évaluations externes ;
- ✓ documents budgétaires et comptables ;
- ✓ suivi des objectifs du présent contrat ;
- ✓ données du tableau de bord de la performance ;
- ✓ bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat.

D'autres documents pourront être joints en tant que de besoin.

Par ailleurs, l'Organisme gestionnaire transmet aux autorités de tarification compétentes, au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné :

- ✓ l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours ;

Le rapport annuel d'étape

Le rapport annuel d'étape établi par l'établissement doit être transmis au plus tard au 30 avril de chaque année, dans le cadre de l'ERRD, qui comporte :

- ✓ Le cadre normalisé de l'ERRD complet et ses annexes ;
- ✓ Un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, dont le modèle est fixé par arrêté interministériel, et qui différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
 - Le Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé.
- ✓ Un rapport financier et d'activité qui comprend :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du présent ;
 - L'affectation des résultats ;

Il est accompagné des documents supplémentaires suivants :

- ✓ Le tableau de suivi des provisions, réserves et fonds dédiés par établissement et service ;
- ✓ Le tableau de suivi des crédits non reconductibles de la section soins par établissement et service.

L'ARS et le Département se réservent le droit de réaliser toute vérification permettant de s'assurer de la conformité du rapport annuel.

Pour la troisième année et la cinquième année du CPOM, le rapport d'étape devra également être accompagné du tableau de suivi des objectifs fixés (annexe 3 : Suivi et évaluation de la réalisation du CPOM).

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,
- ✓ au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

Un ou des dialogues de gestion supplémentaire(s) en cours d'exécution du contrat pourront être organisés dans les cas et les modalités prévus au contrat.

Le dialogue de gestion organisé au cours de la troisième année a pour objectif de suivre les engagements des parties. Il doit permettre de rediscuter du CPOM, notamment en cas d'événements exceptionnels et imprévisibles, quels qu'ils soient, et de veiller à son respect. Sur la base du rapport annuel d'étape, il porte notamment, pour les deux premières années du CPOM, sur :

- ✓ l'évaluation de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM ;
- ✓ le degré de réalisation des objectifs sur la base des indicateurs et des résultats attendus ;
- ✓ le contrôle de l'activité réalisée ;
- ✓ la définition de l'activité prévisionnelle pour l'année à venir.

Sur cette base, le comité de suivi se réunit et :

- ✓ 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 ;
- ✓ constate les résultats obtenus et les efforts engagés ;
- ✓ signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices.

Il peut également 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.

Le **dialogue de gestion de renouvellement du CPOM** a pour objectif d'examiner la pertinence de la dynamique de qualité et d'efficacité instaurée et de faire connaître les intentions de chacune des parties quant :

- ✓ au renouvellement du CPOM pour une période déterminée de 5 ans ;
- ✓ à sa prorogation d'un an.

Le comité de suivi se réunit au plus tard 6 mois avant la fin du CPOM et :

- ✓ examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci et arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM ;
- ✓ établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan, arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM, alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de **saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles** (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.

De même, 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 Département ou l'ARS **peut ajouter un dialogue de gestion** supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

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.

Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département

L'ARS et le Département peuvent procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des résidents.

L'Organisme gestionnaire s'engage à faciliter le contrôle par les autorités d'autorisation et de tarification de la réalisation des objectifs, en particulier par l'accès à toutes pièces justificatives, et de la bonne application de la réglementation en vigueur.

Article 2 : 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 (Tribunal Administratif de Limoges, 2 cours Bugeaud – CS 40410 - 87011 LIMOGES Cedex ou Greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4).

Article 3 : Révision et Résiliation du contrat

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du présent contrat impossible, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Conditions de révision

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, de révision des conditions de l'habilitation à l'aide sociale ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir, à titre d'exemples, lors :

- ✓ d'une modification législative ou réglementaire importante ;
- ✓ d'une modification du périmètre du CPOM ;
- ✓ de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier ;
- ✓ d'une modification des modalités de tarification ;
- ✓ pour la validation d'un PPI initial ou actualisé ;
- ✓ du changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat ;
- ✓ pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que des missions qui lui sont confiées ;
- ✓ pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- ✓ pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Département destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat ;
- ✓ ...

L'autorisation de gestion ayant été accordée au nom du gestionnaire, toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

En cas de cession de son activité, et sous réserve du transfert de l'autorisation par les autorités de tarification, le cessionnaire reprendra l'intégralité des engagements souscrits dans le contrat et ses avenants successifs. Le contrat continuera alors de plein droit.

Conditions de résiliation

Le présent contrat pourra être résilié :

- ✓ de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- ✓ de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- ✓ de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- ✓ avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, pour prise d'effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM à la convention tripartite pluriannuelle signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé du Centre – Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 20 décembre 2016.

Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2022 et dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Article 6 : Renouvellement du contrat

Au plus tard, six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant afin d'arrêter les conditions dans lesquelles le contrat peut être renouvelé. Au vu du dialogue de gestion de renouvellement par le comité de suivi, une décision de renouvellement ou de prorogation du CPOM est arrêtée.

Article 7 : Evaluation

Suite au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la transmission des évaluations internes et externes a été supprimée. En application du 7° de l'article 1^{er} dudit décret, il est convenu de réaliser une évaluation quinquennale de la qualité des prestations délivrées par l'EHPAD dont les résultats devront être transmis aux autorités de tarification au plus tard le 31 mars de la cinquième année du CPOM.

TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires.

1. Annexes obligatoires et communes à tous les CPOM

Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **Annexe 3 - Suivi annuel des objectifs fixés**

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM pour suivre leur évolution. Elle est transmise aux autorités au cours de la troisième année et de la cinquième année du CPOM, eu égard à l'atteinte des objectifs.

- **Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

Le PGFP proposé et rattaché au CPOM ne peut être retenu en l'absence de PPI validé.

- **Annexe 5 - Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)**

Cette annexe précise les principaux investissements prévus à la date de signature du CPOM pour les cinq années suivantes. A la signature du CPOM, le Centre Communal d'Action Sociale de Châteauroux pour l'EHPAD « Saint Jean » n'a pas fourni de PPI complet.

2. Annexe obligatoire pour les établissements concernés habilités

Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

- **Annexe 6 - Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**

3. Documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services

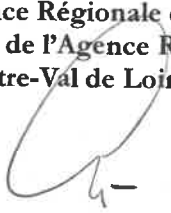
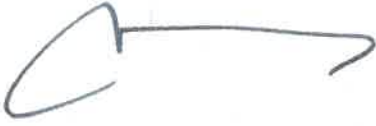


Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 7 -** Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)
- **Annexe 8 -** Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat

4. fiches actions

- **Annexe 9 -** Fiches actions

Fait en 3 exemplaires originaux
A Châteauroux, le **03 FEV. 2022**

<p>Pour l'Agence Régionale de Santé, Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire</p>  <p>Monsieur Laurent HABERT</p>	<p>Pour le Département de l'Indre, Le Président du Conseil départemental de l'Indre</p>  <p>Monsieur Marc FLEURET</p>
<p>Pour l'Organisme gestionnaire/l'établissement, Le Président du CCAS de Châteauroux</p>   <p>Monsieur Gil AVEROUS</p>	



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Annexe 2

Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité (sous réserve de validation).

Avec ses quatre établissements pour personnes âgées, le CCAS dispose d'une palette d'offre d'hébergement pour les différentes situations rencontrées par les personnes âgées :

- Résidence autonomie des Rives de l'Indre : « *Encore autonome, je souhaite vieillir entouré, dans une ambiance familiale et sécurisée* ».
- Résidence autonomie Isabelle : « *Mes capacités ne sont plus les mêmes, je souhaite que l'on m'apporte de l'aide chez moi, que l'on m'accompagne pour garder mes capacités restantes le plus longtemps possible et vivre dans une atmosphère chaleureuse* ».
- Maison Relais Séniors St Jean : « *J'ai plus de 55ans, des difficultés sociales et/ou psychologiques. Je suis isolé avec de faibles revenus, des difficultés d'accès au logement ordinaire. La MRS m'offre un environnement sécurisant, accueillant et chaleureux.* ».
- EHPAD St Jean : « *J'ai besoin d'aide, d'accompagnement et de soins au quotidien. Je souhaite vivre dans un établissement m'offrant bienveillance, sécurité et respect de mes choix. Et qui veillera avec mon concours à maintenir mes capacités restantes* ».

POINT REMARQUABLE :

La Résidence Isabelle, la MRS et l'EHPAD SAINT-JEAN sont sur la même site : chaque structure a son bâtiment avec ses espaces de vie, mais le service de restauration prépare les repas sur place et assure une prestation de qualité adaptée aux besoins des différents établissements ; la Direction des établissements pour personnes âgées a également ses locaux sur le site.

Il s'agit sur ce site de faire vivre un projet permettant l'accueil de différents publics dans le respect de chacun en favorisant les échanges et la compréhension.

Les moments partagés entre résidents des différentes structures permettent de mieux se connaître et de moins appréhender le moment éventuel du passage à l'EHPAD.

Le site de Saint Jean, préfigure ainsi l'évolution du secteur de l'hébergement des personnes âgées tel que l'on peut l'imaginer à l'avenir savoir :



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

La Résidence autonomie qui assure prévention de la perte d'autonomie et accompagnement des moments de rupture via un forfait autonomie et un forfait Soins courants (temps d'infirmière Co et d'aide-soignante) en lien avec des partenaires du domicile et des EHPAD disposant de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Un EHPAD qui peut assurer la suite sans rupture pour les situations de perte d'autonomie les plus importantes et/ou les pathologies nécessitant une surveillance plus importante, et qui pourra dans un avenir proche travailler avec la Résidence Autonomie notamment pour assurer une surveillance renforcée la nuit - pourquoi pas ? - ou accompagner des moments complexes.

Une Maison Relais qui accueille des personnes ayant eu des parcours difficiles, ou ayant été accueillis en structures spécialisées qui peuvent ainsi trouver un lieu de vie prenant en compte leurs besoins spécifiques et aussi ceux liés au vieillissement, dans un environnement favorisant la mixité et évitant la stigmatisation.

L'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Saint-Jean est une structure destinée à recevoir des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie et dont l'état de santé nécessite un accompagnement quotidien pour tous les actes de la vie courante.

Il remplit ce rôle d'accompagnement de personnes âgées en grande perte d'autonomie :

- Suite à un séjour à la résidence Isabelle, à la résidence des Rives de l'Indre ou de la maison Relais Senior.
- Venant de leur domicile et recherchant plutôt un accueil dans une petite structure.

En outre il s'est inscrit ces dernières années dans une volonté de modernisation et d'adaptation aux besoins actuels des personnes âgées tant sur le plan de ses locaux, que de ses équipements ou de la formation de ses professionnels. Un défi reste à relever celui de l'adaptation aux besoins spécifiques d'une population âgée présentant parfois des troubles sévères du comportement.

A travers ses projets et orientations il s'inscrit donc pleinement dans les orientations du Schéma gérontologique départemental 2017-2022 notamment :

- Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existant
- Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
- Former les professionnels sociaux ou médico-sociaux au repérage précoce des risques de perte d'autonomie

A CHATEAUROUX, le 30 Mars 2021

Signature de l'établissement

Emmanuelle BUDAN
Directrice du C.C.A.S.

ARS du Centre-Val de Loire
Délégation départementale de l'Indre
Cité administrative - Bâtiment C
CS 30587 - Boulevard George Sand
36019 Châteauroux Cedex

486

Conseil Départemental de l'Indre
Direction de la Prévention
Et du Développement Social
Maison Départementale de la Solidarité
Centre Colbert - 4, rue Eugène Rolland
B.P. 601
36000 CHATEAUROUX Cedex

Délégation départementale de l'Indre

**ANNEXE 3 - Fiche de suivi des objectifs du CPOM de
 l'EHPAD "Saint Jean" à Châteauroux**

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
Expression et participation individuelle et collective des résidents						
1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	Finalisation de la révision des outils de la loi 2002-2 et plus particulièrement : contrat de séjour et règlement de fonctionnement et intégrer le volet PAP.	- Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident - Existence d'une procédure PAP au sein de l'établissement - Taux de PAP formalisés - Taux de révision ou d'actualisation des PAP	2022-2026			
	Actualisation de ces outils à intégrer au plan d'action pluriannuel qualité afin de respecter les obligations du CASF.					
	Poursuite de la formalisation des PAP.					
	Signature des PAP par les résidents, mise en place et révision annuelle.					
	Planification pluriannuelle des révisions à réaliser (par l'IDEC pour le PAP, par la Direction pour le CS, RF et livret d'accueil).					
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	Améliorer les connaissances de tous sur les directives anticipées et le rôle de la personne de confiance : 1- Les professionnels : réaliser un temps d'information en s'appuyant sur les outils de la HAS. 2- Familles et proches : mettre cette thématique à l'ordre du jour d'un groupe d'expression.	- Nombre de résidents ayant formulé des directives anticipées - Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance - Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	2022-2026			
	Poursuivre et s'assurer de la systématisation à l'admission de : la remise d'un document d'information, l'explication sur les 2 dispositifs.					
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures du CPOM : transformation des établissements : regroupement d'établissements : renforcement de l'efficacité de gestion : opérations de mutualisation de certaines fonctions : démarches de coopérations : développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.						
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	Poursuivre le remplissage COMPLET des données du tableau de bord ANAP et notamment concernant : la gestion des ressources humaines (GPEC) et le développement durable.	- Données tableau de bord ANAP complétées à 100%	2022-2026			
	Sensibiliser les services RH de la ville à la retransmission des données auprès de l'EHPAD lorsque la demande est faite.					
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	Formaliser le partenariat avec l'EHPAD La Charmée (soins bucco-dentaires, vision, achats, formations).	- Existence de protocoles / conventions de coopération inter-établissements	2022-2026			
	Développer les coopérations avec l'hôpital de Châteauroux par la révision de la convention existante et intégrer des partenariats spécifiques pour bénéficier du soutien de l'EOH et de référents douleur et PRI.					
	Prévoir une convention avec l'HAD pour la mise à disposition d'une Infirmière référente de nuit (sous réserve de la disponibilité d'un service (HAD ou autre) prêt à contractualiser avec les EHPAD(s) pour ce service).					
	Conventionner avec chacun des partenaires et réviser régulièrement les partenariats.					
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services	Poursuivre les deux axes de travail engagés visant à organiser, rationaliser et optimiser les coûts:	- Convention avec l'EHPAD La Charmée - Protocole d'achat commun aux établissements PA - Actualiser la convention signée durant la vie du CPOM	2022-2026			
	1- Mutualisation de certains achats avec les autres services du CCAS					
	2- Regroupement des achats entre les différents établissements pour personnes âgées du CCAS					
	3- Coopération avec l'EHPAD la Charmée (notamment en situation de crise) pour l'approvisionnement sur des EPI.					
	Process à formaliser dans le cadre d'un protocole complété par des modes opératoires pour les différentes organisations (EPI/ fournitures administratives, produits d'entretien, investissements) en place pour la gestion des achats.					

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes : développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social						
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	Poursuivre et renforcer la coopération avec l'EADSP	- Existence de protocoles/conventions de coopération inter-établissements - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an - Nombre d'interventions de l'HAD / an	2022-2026			
	Rédiger un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	- Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur - Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée - Convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)				
	Renouveler la formation des professionnels à l'évaluation de la douleur	- Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP - Nombre d'interventions de l'EADSP - Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs				
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	DMP (Dossier Médical Partagé) : à déployer pour l'ensemble des résidents de l'assurance maladie via le logiciel du dossier des résidents. Mise en place du DMP pour les résidents.	- Compatibilité du logiciel soin avec le DMP - Taux de résidents avec un DMP - Si télé-médecine : nombre de télé-expertise et / ou téléconsultations réalisées / an - Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an - % de résidents admis par via trajectoire - Existence d'une messagerie sécurisée	1er trimestre 2022 - 01/12/2023			
	Télé-médecine : se rapprocher du siège de l'ARS pour une mise en place.					
	Via trajectoire : promouvoir l'utilisation de Via Trajectoire dans le dossier d'admission et sur le site internet en cours de réalisation.					
	E-Santé : Faciliter le déploiement dans l'établissement de tous les systèmes d'information et outils nationaux et régionaux présents et à venir (messagerie sécurisée...).					
	Permettre l'accès direct au logiciel de santé pour certains professionnels de santé : laboratoires, radiologie et prioritairement pharmacie partenaire.					
Participer au projet ESMS numérique.						
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	Signature d'une convention avec un partenaire assurant un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit afin de : * sécuriser l'accompagnement de nuit * limiter/ réduire les hospitalisations de nuit en urgence	- Coopération inter-établissements - Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences - Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement - Nombre d'interventions de l'IDE (avec déplacement) - Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit - Convention avec un service de gérontopsy - Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	2022-2026			
	Rédiger et tenir à jour un protocole de gestion de l'urgence pour les professionnels de nuit					
	Initier un travail médecin co/médecins généralistes visant à anticiper et prévenir les situations à risques la nuit.					
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS	Révision et actualisation des outils de la loi 2002-2 à réaliser et planifier tous les 2 ans (CS, RF, livret d'accueil)	- Existence d'un site internet. Si oui, nombre de connexions annuelles - Nombre de livrets d'accueil transmis. - Création et diffusion d'un flyer EHPAD permettant sa présentation auprès des visiteurs et professionnels partenaires - Création de supports d'information adaptés - Taux d'actualisation par outils et par an	2022-2026			
	Intégrer des annexes informatives : tarification et coût des prestations, organigramme, libre choix des intervenants extérieurs, directives anticipées, personne de confiance					
	Création d'un site internet dédié intégrant les informations sur le fonctionnement, l'organisation et la tarification de l'EHPAD Saint Jean.					
	Poursuivre et participer à des actions de communication: forum des associations, portes ouvertes.					
Adapter les supports d'information à la population accueillie (ex : créer des supports en gros caractères pour palier une déficience visuelle)						
BENEVOLAT :						
1- Renforcer l'équipe de bénévoles						
2- Rédiger une charte du bénévolat et la faire signer aux bénévoles		- Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents				

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile	3- Former les bénévoles à l'intervention en EHPAD auprès de personnes dépendantes et psychologiquement fragilisées	- Nombre de réunions réalisées avec les familles - Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PVI)	2022-2026			
	FAMILLES :					
	* Planifier des temps d'information (soit sur l'actualité de l'Ets soit thématiques)					
	* Poursuivre l'information via un Communiqué régulier					
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents : démarches favorisant la bien-être et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance : accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes						
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	Renforcer l'accompagnement par un élargissement des techniques adaptées notamment non médicamenteuses : ateliers divers menés avec l'aide d'intervenants extérieurs (parcours d'activités physiques adaptées, médiation animale, gymnastique spécialisée, sophrologie, art thérapie..).	- Nombre de résidents en atelier mémoire par an - Nombre d'agents formés aux troubles du comportement - Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	2022-2026			
	Travailler avec le médecin coordonnateur et le pharmacien référent sur la réduction de la médication et la réévaluation régulière des traitements.					
	Poursuivre la formation des professionnels à l'accompagnement des troubles du comportement .					
	Envisager si besoin la formation d'assistants de soins en gérontologie pour certains professionnels, en cas d'évolution du projet de service validé.					
4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins bucco-dentaires	Renforcer le suivi de l'hydratation et assurer une traçabilité régulière.	- Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition - Taux de résidents dénutris - Surveillance de la courbe de poids - Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments - Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration - Existence d'une convention pour les soins bucco-dentaires (cabinets dentaires, établissements de santé) - Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire	2022-2026			
	Poursuivre régulièrement les commissions restauration.					
	Travailler la mise en place d'un enrichissement des plats en interne et limiter le recours aux compléments alimentaires					
	Poursuivre le travail engagé sur les textures modifiées et mettre en place le manger-mains.					
	Rechercher et formaliser un partenariat pour l'accès à des dépistages (visuels et bucco-dentaires) dans l'établissement (partenaires extérieurs / Mutualité Vv3).					

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	Assurer un suivi trimestriel (à minima) des actions correctives individualisées (analyse des chutes).	<ul style="list-style-type: none"> - Protocole de prévention des chutes. - Nombre de chutes prises en charge - Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation. - Nombre de chuteurs à répétition. - Protocole de contention. - Taux de résidents avec contention prescrite. - Nombre de personnes verticalisées - Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique 	2022-2026			
	Mettre en place les outils de l'humanité favorisant le maintien du tonus musculaire : toilette évaluative, manutention relationnelle, verticalisation 10 mns par jour					
	Mener des actions de prévention grâce au parcours d'activités physiques adaptées.					
	Mettre en place des sessions supplémentaires de gymnastique adaptée spécifiques pour les personnes atteintes de maladie d'alzheimer et maladies apparentées.					
	Travailler avec le médecin-coordonnateur à la réduction des prescriptions de médicaments favorisant la chute.					
	Actualiser les protocoles : prévention de la chute / contention / prévention des escarres.					
	Mener des groupes de travail dans le cadre QVT/humanité : travail de nuit / contention / escarres.					
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	Mettre en place les actions correctives issues du diagnostic Interdiag	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDHPAD). - Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDHPAD). - Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés. - Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...) - Présence d'un protocole circuit du médicament - L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ? - Nombre d'écarts 	2022-2026			
	Réviser la protocolisation du circuit du médicament.					
	Evaluer la connaissance des professionnels concernant le bon usage du médicament (5B).					
	Mettre en place une pharmacie d'urgence et le protocole adapté.					
	Assurer le suivi annuel de la convention d'externalisation de la PDA mise en place avec une pharmacie.					
	Engager une réflexion sur la réduction du nombre de médicaments prescrits					
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	Promouvoir comme chaque année la campagne de vaccination :	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents vaccinés contre la grippe - Taux de personnels vaccinés contre la grippe 	2022-2026			
	1- Résidents : poursuivre la vaccination interne réalisée par les IDE.					
	2- Professionnels : diffuser les informations sur la vaccination proposée par le service de médecine préventive de la Ville de Chateauroux ; informer les professionnels sur leur rôle dans le circuit de prévention de la diffusion de la grippe saisonnière.					
	Sensibiliser les professionnel à la nécessité de réduire l'absentéisme lié à la grippe					
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables	Finaliser le protocole sur la gestion des EI et des EIG	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG - Protocole de déclaration des EIG - Nombre d'EIG déclarés - Nombre de RETEX formalisés - Fréquence annuelle de re-sensibilisation de l'ensemble du personnel 	2022-2026			
	Former / informer les professionnels					
	Organiser un RETEX systématique suite à un EIG.					
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	COMITE d'ADMISSION :	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure d'admission - Via trajectoire : information donnée dans les supports d'information - Révision du projet d'établissement : MAJ des critères d'admission 	2022-2026			
	1- Réviser et redéfinir les critères d'admission dans le cadre de la révision du projet d'établissement					
	2- Mettre à jour la procédure d'admission					
	3- Réviser les outils d'information afin d'intégrer le dispositif via trajectoire : livret d'accueil/ site internet/ plaquette d'information					
	CONSETEMENT du résident :					
	1- Actualiser, communiquer et s'assurer de l'application de la procédure de recherche de consentement					
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	Poursuivre la mise en œuvre de la démarche humanité au sein de l'établissement.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année : formation humanité. - Nombre de réunions d'information sur la bientraitance. - Rythme des réunions du COPIL bientraitance (Qualité/QVT/ Humanité) 	2022-2026			
	1- Inscrire les valeurs définies en équipe dans le projet d'établissement et le livret d'accueil des professionnels.					
	2- Nommer et former un référent Bientraitance/Humanité.					
	3- Finaliser la formalisation du protocole de prévention/ et signalement de la maltraitance.					
	4- Mettre en place des temps d'information/formation : définition de la maltraitance/prévention/signalement (modalités et obligations).					
5- Réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et auprès des familles, analyser les résultats et planifier des actions correctives si nécessaire.						
Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail						
	Mise en œuvre d'un plan de formation pluri annuel adapté aux besoins des professionnels au regard de différents points : souhaits exprimés par les professionnels, recommandations identifiées dans le cadre du Ségur de la santé, évolution du profil des résidents accueillis.	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'absentéisme. - Taux d'absentéisme de courte durée. - Taux d'accident du travail. 				

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	Poursuivre le plan d'amélioration de la qualité d'accompagnement mis en place depuis 2019 et notamment : Humanitude, Troubles psychocomportementaux, Gestion de la douleur, Sécurisation de la gestion du médicament,	- Taux d'ETP vacants au 31/12. - Taux de rotation des personnels. - Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management. - Ratio d'encadrement global. - Nombre de points GIR par AS. - Ratio d'encadrement AS/ASH. - Ratio d'encadrement IDE. - Taux de remplacement du personnel. - Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers - Plan de formation	2022-2026			
	Évaluer la connaissance des RBPP par les professionnels (Enquête Flash) régulièrement.	- Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS - Organisation comprenant un pool de remplacement - Nombre de formations qualifiantes				
	Mettre en place une enquête de satisfaction des professionnels, la réaliser tous les 2 ans, et formaliser un plan d'actions correctives si besoin, validé par le COPIL qualité/QVT/humanitude.					
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	Réaliser des évaluations permettant de mieux prendre en compte l'expression des besoins des professionnels :		2022-2026			
	1- Enquête de satisfaction des professionnels à réaliser, traiter et analyser via l'outil AGEVAL.	- Enquête de satisfaction des professionnels				
	2 - Mener une évaluation des risques psycho-sociaux.	- Taux d'absentéisme/ d'AT / de TMS - Nombre de professionnels formés /an				
	3- Actualiser le plan d'amélioration des conditions de travail en intégrant les actions à mener au regard des évaluations réalisées.					
	4- Mettre à jour le DUERP pour prendre en compte les résultats des évaluations réalisées.					
Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)						
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants	Sécurisation de l'entrée/sortie de l'établissement via un dispositif efficient, identifiable et connu de tous.		2022-2026			
	Agrandissement des parties communes afin de permettre un accompagnement des personnes présentant des troubles du comportement de façon adaptée tout en permettant aux autres résidents de disposer de locaux de vie collective adaptés à leurs besoins	- Etude et projet				
	Salle de repos permettant aux personnels de s'isoler et se ressourcer en situation d'accompagnement difficile.					
6-2 Adaptation de la structure aux besoins identifiés.	Recentrer chaque professionnel sur son cœur de métier et limiter les glissements de tâche		2022-2026			
	Renforcer l'équipe professionnelle pour adapter la prise en soin aux besoins des résidents					
	Compléter le temps infirmier (gestion des médicaments, toilettes évaluatives, suivis thérapeutiques et des soins) pour aussi faciliter le recrutement et l'implication dans le projet de la structure.	- Enquêtes de satisfaction : professionnels/ Familles/ résidents - Organisation des soins d'hygiène : nombre de toilettes debout/ douches/ bains thérapeutiques				
	Renforcer l'équipe des aides-soignantes					
	Libérer les professionnels du bionettoyage des locaux communs et des sols des chambres					
6-3 Adaptation de la structure aux objectifs de développement durable.	Raccordement de l'EHPAD Saint-Jean au réseau de GEOTHERMIE du quartier St Jean (projet global permettant une économie de 269 T de CO ² /an pour l'ensemble des bâtiments du quartier concerné) : objectif 2025. Intégrer cette mesure dans une stratégie plus large formalisée de développement durable des établissements pour PA du CCAS : action citoyenne.	- Suivi du coût annuel de l'énergie - Emission de CO ² - Rédaction d'un projet et d'une charte de développement durable	2022-2026			
	Installer une climatisation à l'EHPAD (couloir) : multiplication des périodes caniculaires et augmentation des températures.					



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360007009

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD SAINT JEAN

Public Territorial

CENTRE COMMUNAL D ACTION SOCIALE (360005243)

C.C.A.S.

12 RUE MICHELET - 36000 CHATEAUROUX

Téléphone : 02 54 08 41 82 Email : ehpad saintjean@chateauroux-metropole.fr

Sources de financement	Etat Assurance maladie CD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M22	Date d'ouverture	01/06/1991
Option tarifaire	tarif partiel / GMPs sans PUI	Autorisation spécifique	Aucune
CPOM en cours	NON	Signature CTP	OUI
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2022	Date d'effet de la CTP	20/12/2016
Date d'échéance du CPOM	01/01/2027 (Calendrier prévisionnel)	Date d'échéance CTP	20/12/2021
Partenaires signataires du CPOM		Groupe homogène	EHPAD de 25 à 44 places
Etablissement mono-site	OUI	Date de construction	01/06/1991
Etablissement mono-bâtiment	OUI	Nature du droit	AUTRE
Nombre de sites		Superficie des locaux	1294 m2
Contraintes architecturales	NON	Superficie des terrains	300 m2
Nombre de chambres individuelles	27	Places installées / autorisées	27

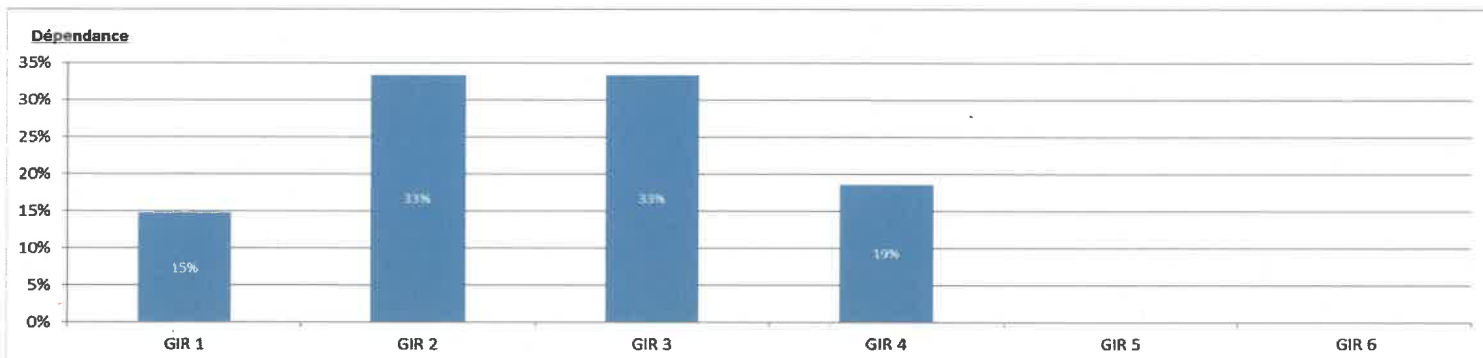
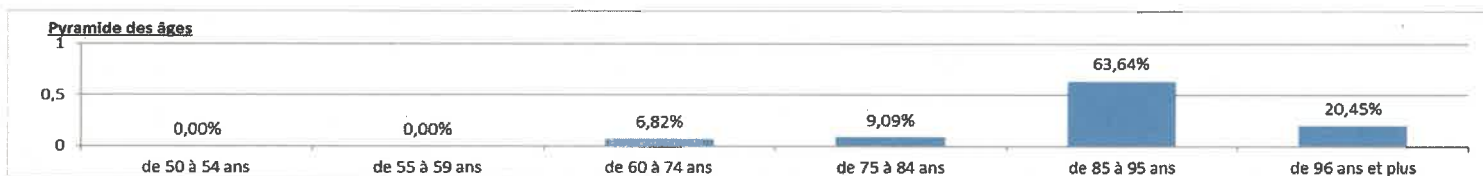
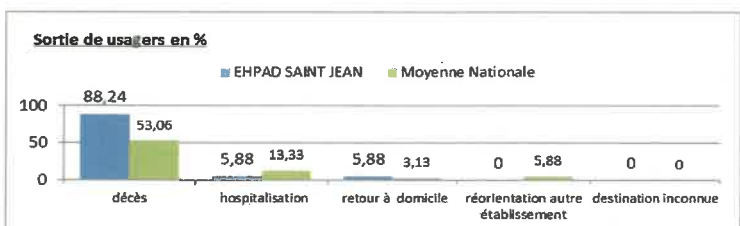
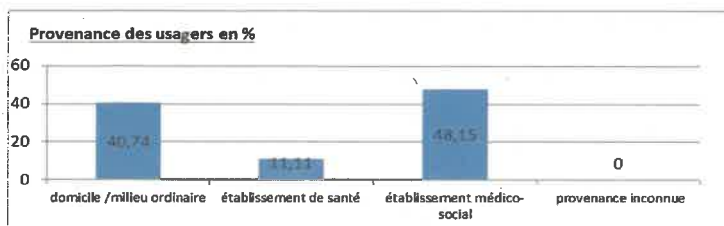
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
100%	95%	14	7,89%	7,99%	-0,90%	0,00%	101%	51,46%	4,24%	0	03/10/2017

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE	CAPACITE INSTALLEE			27
360007009	P	EHPAD	EHPAD SAINT JEAN	36000 CHATEAUROUX	Acc. Personnes Âgées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	27

ACTIVITES

Taux d'occupation							Coupes d'évaluation			
Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2018	2019	2020	2021		Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance
Permanent	365	27	75%	94%	97%		GMP	0		↑
Temporaire							PMP	0		↑
Ac. de Jour										

	Établissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	68,52	30,88	31
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	0,19	2,22	1,92
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		9,09%	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		3,70%	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,00%	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		1,30%	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		11	
File active des personnes accompagnées sur la période		61	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EQUIPE MOBILE PSYCHO-GERIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	NON	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération inter-établissements :	GIE GCS	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement :	27

RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
15,30	0,25	0,55	0,00	0,00	0,00	7,60	0,20	6,50	0,20	0,00	0,00

Paramédical	Infirmier	Aide médico-psychologique	Aide soignant	Kinésithérapeute	Psychomotricien	Ergothérapeute	Orthophoniste	Autre Paramédical
7,60	1,60	1,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

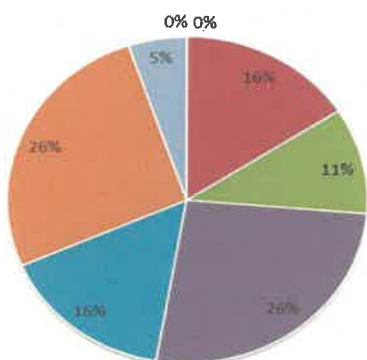
Socio-éducatif	Aide médico-psychologique	Animateur	Moniteur éducatif	Bibliothécaire spécialisé	Assistant social	Autre Socio-éducatif
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Médical	Médecin Coordinateur	Autres Médical
0,20	0,20	0,00

Minimum réglementaire : 0,25

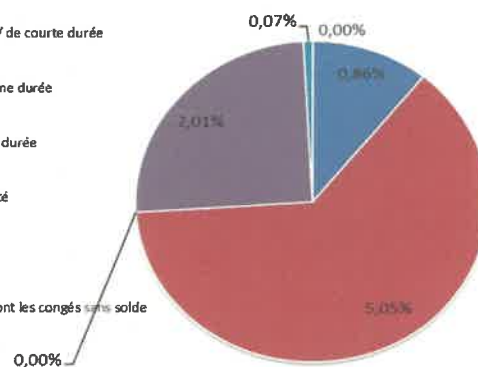
Répartition par âge du personnel

- Moins de 20 ans
- 20 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 54 ans
- 55 - 59 ans
- 60 - 64 ans
- Plus de 65 ans

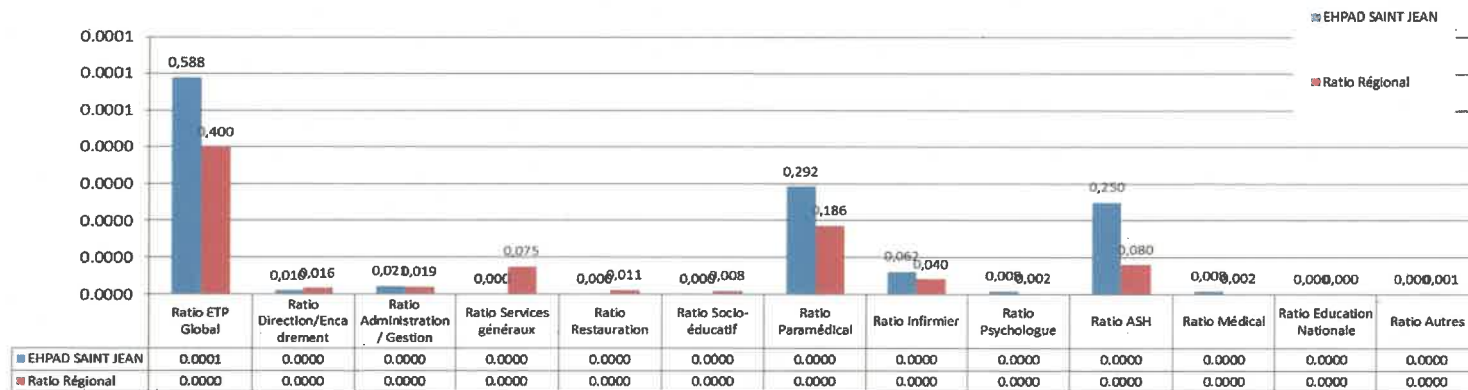


Taux d'absentéisme par motif

- Pour maladie ordinaire / de courte durée
- Pour maladie de moyenne durée
- Pour maladie de longue durée
- Pour maternité/paternité
- Pour accident du travail
- Pour congés spéciaux dont les congés sans solde



Ratios ETP / Places

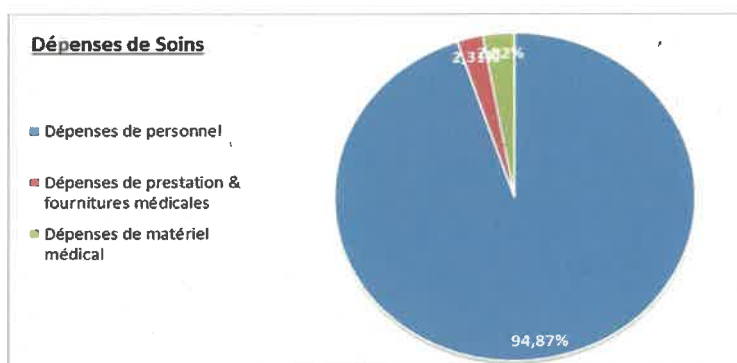
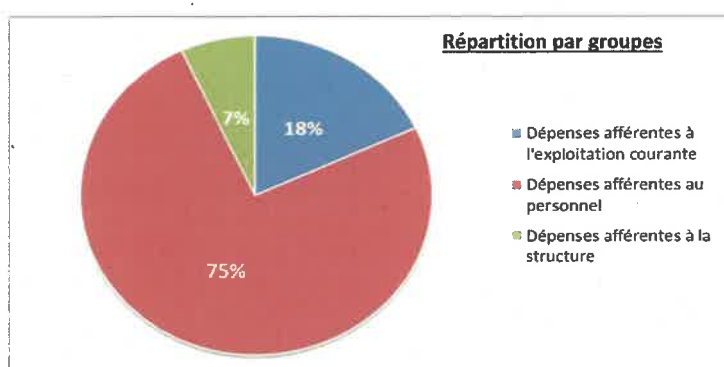


Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	0,00%	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	7,99% (10,76% National)
Taux de prestations externes en %	0,00%	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	7,89% (12,5% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	1,63%	Nombre de CDD de remplacement	14

BUDGET & FINANCES

	Charges*		Produits*		
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	15,84%	145 337	868 769	97%	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	73,24%	671 927	27 385	3%	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	10,91%	100 115	-	0%	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit	-21 225	917 379	896 155		Excédent
Marge Brute		4,24%	-2,05%		CAF

* données ERRD 2018



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1	0	Taux de prestations externes	0,00%
-------------------------------------	---	------------------------------	-------

Base soins actualisée / Plafond	97%	Montant de Convergence Plafond soins	16 562 €
---------------------------------	-----	--------------------------------------	----------

* données 2019

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE

Thèmes & intitulés	2017*	2018*	Mode de calcul
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	0%	0%	Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) x 100 Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés) Immobilisations nettes amortissables Dettes financières à moyen et long terme Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) CAF
1.2. Apurement de la dette (>2)	0,00	0,00	
1.3. Durée apparente de la dette	0,00	0,00	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations			Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants
Construction	0%	0%	
Installations techniques, matériel et outillage Autres immobilisations corporelles	0%	0%	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation	19	7	FRI ou FRE ou FRNG x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	-8	-17	
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	26 504	22 870	
Fonds de roulement net global (FRNG)	11	-10	
Besoin en fonds de roulement	26 504	-23 191	BFR x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation	11	-10	Trésorerie x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Montant de Trésorerie	0	321	
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	0	0	Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	0	0	
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	0	0	[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j. Total des consommations (comptes 601 à 603) [Solde débiteur comptes 41] x 365 j. Total des produits (comptes 70 et 73) [Solde créditeur comptes 401] x 365 j. Total des charges (comptes 60 à 62) [Solde créditeur comptes 43 et 44] x 365 j. Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)
4.2. Créances (< 30 j.)	53	27	
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	30	37	
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	2	3	
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	-3,21%	-2,05%	CAF x100 Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)
Réserve de compensation des déficits	0	0	Réserve de compensation des déficits Total classe 6
Réserve de compensation des déficits en %	0,00%	0,00%	
Fonds dédiés	0	0	
Produits constatés d'avance	87 426 €	440 €	

* données ERRD 2018

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	AUTRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	01/06/1991
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	EN COURS	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	00/01/1900 A REVOIR
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	01/09/2017
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	NON	Plateau technique / Equipement en propre	Salle de soins
Organisation des transports	MIXTE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	0		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	1	Accessibilité au transport collectif	OUI

DEMARCHE QUALITE

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Livret d'Accueil</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">1 01/06/2019</td></tr> </table>	Livret d'Accueil	1 01/06/2019	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Règlement de Fonctionnement</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI 31/12/2017</td></tr> </table>	Règlement de Fonctionnement	OUI 31/12/2017	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Contrat de séjour</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI 31/12/2017</td></tr> </table>	Contrat de séjour	OUI 31/12/2017	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Conseil de la vie sociale</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI 01/02/2020</td></tr> </table>	Conseil de la vie sociale	OUI 01/02/2020			
Livret d'Accueil														
1 01/06/2019														
Règlement de Fonctionnement														
OUI 31/12/2017														
Contrat de séjour														
OUI 31/12/2017														
Conseil de la vie sociale														
OUI 01/02/2020														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Charte des droits & liberté</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> </table>	Charte des droits & liberté	OUI	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Personne Qualifiée</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> </table>	Personne Qualifiée	OUI	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Projet d'Etablissement ou de Service</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI 03/10/2017</td></tr> </table>	Projet d'Etablissement ou de Service	OUI 03/10/2017	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Date dernière Evaluation</th></tr> <tr> <th style="text-align: center;">Interne</th> <th style="text-align: center;">Externe</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">01/08/2013 A REVOIR</td> <td style="text-align: center;">01/03/2014 A REVOIR</td> </tr> </table>	Date dernière Evaluation	Interne	Externe	01/08/2013 A REVOIR	01/03/2014 A REVOIR
Charte des droits & liberté														
OUI														
Personne Qualifiée														
OUI														
Projet d'Etablissement ou de Service														
OUI 03/10/2017														
Date dernière Evaluation														
Interne	Externe													
01/08/2013 A REVOIR	01/03/2014 A REVOIR													

INTERNE	EXTERNE				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Prochaine Evaluation</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">01/2022</td> </tr> </table>	Prochaine Evaluation	01/2022	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Prochaine Evaluation</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">01/2024</td> </tr> </table>	Prochaine Evaluation	01/2024
Prochaine Evaluation	01/2022				
Prochaine Evaluation	01/2024				

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
	OUI	OUI	NON		NON

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins

Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
FONCTION PUBLIQUE : Titre III de la fonction publique territoriale (département commune, y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)	Diplôme niveau 4 ou 5

Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
	OUI

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Nombre de réunions par an	1	1	Normalement 1 fois/mois en comité restreint et 1 fois/trimestre en mode élargi
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	Non	Non	
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	Non	Non	
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	Non	Non	A finaliser
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	Oui	Oui	Révisions en cours
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	Non	Non	En cours de finalisation
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	Oui	Oui	

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2	
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	Non	Non	Procès verbal de carence
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Si oui, laquelle	Groupe d'expression : réunion 3 fois par an		
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	Dernière enquête : 2019 mais uniquement sur la restauration. La dernière enquête globale date de 2015-2016
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	Non	Non	

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	Non	Non	PVI existant mais formalisation à réaliser
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	Non	Non	Oui en 2021
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	Non	Non	Evaluation régulière et ajustement permanent : formalisation à réaliser

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	27	21	
Nombre de chambres doubles	0	0	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	22m ²	22m ²	
Superficie minimale et maximale des chambres doubles			
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	27	21	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	Oui	Oui	Production à la résidence autonomie Isabelle
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	Non	Non	
Liaison froide (Oui ou Non)	Non	Non	
Liaison chaude (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	Oui	Oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	Oui	Oui	
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	Oui	Oui	société AGIR
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	société Bulle de Linge
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	société AGIR
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	Oui	Oui	société AGIR
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Non	Non	
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	Non	Non	
Périodicité du ménage dans les chambres	Quotidien	Quotidien	
Périodicité du ménage dans les locaux communs	Quotidien	Quotidien	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)			Procédures à revoir; La traçabilité n'est pas assurée régulièrement
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)			

**CONVENTION D'HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE POUR L'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
« Saint Jean » à CHATEAUROUX**

ENTRE :

- Le Département de l'Indre, représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental, d'une part ;

ET :

- L'EHPAD « Saint Jean » à CHATEAUROUX dont le siège social est situé 12, rue Michelet 36000 CHATEAUROUX, représenté par Monsieur Gil AVEROUS en qualité de Président du Centre Communal d'Action Sociale gérant l'EHPAD « Saint Jean », personne habilitée par le Conseil d'Administration à signer le CPOM et conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, d'autre part.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles L.313-8, L.342-3-1 et D.342-2 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0312 et n° 2018-D-2869 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Saint Jean » à Châteauroux, géré par le Centre Communal d'Action Sociale de Châteauroux, d'une capacité totale de 27 places ;

Vu le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Indre (RDAS) ;

Considérant le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2022-2026 conclu entre l'organisme gestionnaire de l'EHPAD « Saint Jean » à CHATEAUROUX, le Département de l'Indre, et l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire ;

PREAMBULE :

Par arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0312 et n° 2018-D-2869 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Saint Jean » à Châteauroux, géré par le Centre Communal d'Action Sociale de Châteauroux, d'une capacité totale de 27 places et valant habilitation à l'aide sociale, le Président du Conseil départemental de l'Indre, en application du Code de l'Action Sociale et des Familles, a habilité l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour 21 lits d'hébergement permanent (6 lits ne sont pas habilités à l'aide sociale).

Le CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.313-8-1 CASF, entre l'Organisme Gestionnaire et le Conseil départemental. Les conditions et modalités sont précisées dans la présente convention.

Dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices, il est appliqué les dispositions du chapitre II du titre IV du livre III du CASF. Dans ce cadre, la tarification administrée ne vaut que pour les bénéficiaires de l'aide sociale selon les modalités prévues au CPOM et à la présente convention.

IL EST AINSI CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir la nature et les conditions de mise en œuvre des missions assurées par l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « Saint Jean » à Châteauroux au titre de la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale.

ARTICLE 2 : CATÉGORIES DE PUBLICS ACCUEILLIS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement s'engage à accueillir toute femme ou homme âgé d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail, dont le maintien à domicile n'est plus possible.

L'établissement peut à titre dérogatoire et après autorisation du Président du Conseil départemental de l'Indre, recevoir des personnes de moins de 60 ans.

ARTICLE 3 : NATURE DES ACTIONS ET PRESTATIONS GARANTIES AUX BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Comme pour l'ensemble des résidents, l'établissement doit satisfaire aux normes minimales qualitatives et quantitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cela porte sur :

- un hébergement à temps complet à titre permanent ou temporaire et fournissant, pour chaque résident, à minima, le socle des prestations prévu à l'annexe 2-3-1 du CASF et décrit à l'article 4 du titre 2 du présent CPOM « tarification à l'hébergement », ainsi que le blanchissage du linge des résidents ;
- la proposition et la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant du temps de médecin coordonnateur ;
- la mise en œuvre et le suivi annuel d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident ;
- l'élaboration d'un contrat de séjour pour chaque résident ;
- un environnement architectural adapté et apportant un environnement confortable, rassurant et stimulant, permettant une vie sociale et un accueil des familles. L'établissement doit également disposer d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;
- l'élaboration d'un plan détaillé sur les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

L'établissement garantit également les normes réglementaires de sécurité. Toutes les prescriptions des commissions de sécurité et du service de protection contre l'incendie doivent être strictement observées et doivent être portées à la connaissance du Président du Conseil départemental.

Il doit s'assurer contre tous les risques d'accident pouvant survenir aux personnes âgées qu'il accueille, d'accidents ou dommages qui pourraient être causés par ces personnes et dont l'établissement pourrait être tenu responsable par l'application des articles 1382 et 1384 du Code Civil.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADMISSION ET DE RESERVATION DES PLACES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

4.1 – Admission à l'aide sociale

L'admission à l'aide sociale est soumise à des conditions d'attribution notamment de ressources prévues par le CASF et le RDAS de l'Indre.

Le dossier de demande d'admission à l'aide sociale, constitué des pièces justificatives dont la liste est communiquée par le Département, est déposé au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie du domicile de l'intéressé(e). Dès complétude, il est transmis au Président du Conseil départemental dans le mois suivant son dépôt.

Le dossier d'aide sociale comprend notamment la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire, fixée notamment au vu du livret de famille. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur de leurs ascendants postulant à l'aide sociale.

Après instruction par les services du Département, le Président du Conseil départemental décide de l'admission ou non à l'aide sociale, et en cas d'admission, qui est alors prononcée pour une durée maximale de 5 ans, fixe également la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale.

Aucune somme ne peut être prélevée de la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale sans l'autorisation du Département.

En cas de refus de l'aide sociale par le Président du Conseil Départemental, les frais avancés par le Département sont récupérés auprès du demandeur.

La décision est notifiée à l'intéressé(e) ou à son représentant légal et le cas échéant aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le Département.

En cas de désaccord sur l'obligation alimentaire, le Président du Conseil départemental peut saisir le juge des Affaires Familiales en lieu et place de la personne âgée pour fixer la contribution alimentaire.

L'établissement peut également exercer un recours auprès du Juge des Affaires Familiales, s'il y a lieu, contre les résidents ou contre leurs obligés alimentaires (art. L.314-12-1 du CASF ou L.6145-11 du Code de la Santé Publique).

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée dans les deux mois (délai pouvant être prolongé de deux mois à titre exceptionnel). A défaut, elle prend effet à compter de la date de dépôt de la demande (article R. 131-2 CASF).

Les décisions en cours de validité peuvent faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation. Constitue notamment un changement de situation le fait pour le bénéficiaire de

changer d'établissement. La décision d'aide sociale est alors effective à la date du changement de la situation.

La décision peut être également révisée avec répétition de l'indu, s'il apparaît que l'admission a été prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées.

Dans le cas d'une demande de renouvellement de la prise en charge des frais d'hébergement, la décision prend effet à la date d'expiration de la précédente prise en charge.

4.2. Rappels concernant la pré-admission à l'aide sociale

Pour toutes les personnes qui font une demande de prise en charge à l'aide sociale, l'établissement est tenu d'effectuer la récupération de 90 % des ressources de toute nature, ainsi que de l'allocation logement en totalité, dans l'attente de la décision relative à la prise en charge au titre de l'aide sociale. Le montant minimal des ressources du bénéficiaire laissées mensuellement à sa libre disposition ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (article R.232-34 du CASF) et/ou à 30 % du montant mensuel de l'allocation adulte handicapé (article D.344-34 et suivants du CASF).

Pendant cette période, il ne peut être réclamé à l'intéressé(e), à sa famille ou à quiconque un paiement complémentaire.

Si une caution est demandée à l'entrée en établissement, celle-ci ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée (art. R.314-159 du CASF).

L'aide sociale ne prend en aucun cas en charge les éventuels frais de réservation pour la période précédant l'entrée en établissement (art. R.314-149 CASF).

4.3. Conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Dans le cadre de sa procédure d'admission, l'établissement doit donner la priorité aux bénéficiaires de l'aide sociale. En tout état de cause, l'établissement ne peut refuser l'admission d'une personne bénéficiaire de l'aide sociale sauf pour raisons médicales.

ARTICLE 5 : MODALITES DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX ET SOUTIENS SOCIAUX AUX FINS DE FACILITER L'ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement doit mettre en œuvre les partenariats nécessaires ainsi que les actions d'information, la documentation et les procédures coordonnées afin de faciliter l'admission des bénéficiaires à l'aide sociale. Ce dispositif devra être énoncé dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement. L'organisme gestionnaire tiendra régulièrement informés les services du Département de l'Indre des modifications qui pourront être apportées. Il transmettra également tous les conventionnements conclus dans le cadre de ce dispositif.

ARTICLE 6 : REGLES RELATIVES A LA TARIFICATION DES RESIDENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

La prestation d'aide sociale légale permet la prise en charge par le Département des frais d'hébergement de la personne âgée ne pouvant assumer ces coûts avec l'aide de leurs obligés alimentaires.

La participation financière du Département de l'Indre s'adresse uniquement aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre.

6.1. Règles de calcul

Le montant de la prise en charge par le Département est calculé sur la base des tarifs journaliers hébergement et dépendance GIR 5-6 arrêtés par le Président du Conseil départemental.

Les modalités de calcul de la tarification applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale sont décrites à l'article 4 du titre 2 du CPOM pour la tarification de l'hébergement et à l'article 2 du titre 2 du CPOM pour la tarification de la dépendance.

6.2. Modalités de facturation des tarifs

Les tarifs sont payés à terme à échoir en application de l'article R.314-186 du CASF.

L'établissement est tenu d'informer le Conseil départemental de toute absence dans un délai maximum de 48 heures.

L'établissement, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, facture le jour d'entrée ainsi que chaque jour de présence, sous réserve des dispositions suivantes. Il ne facture pas le jour de sortie. Le jour du décès peut être facturé.

Absences pour hospitalisation : Lorsqu'une personne âgée hébergée est hospitalisée, il est procédé à une diminution du montant du forfait hospitalier sur le prix de journée hébergement de l'établissement au-delà de 72 heures d'absence. Cette minoration est déduite de la participation de l'aide sociale. Ce dispositif s'applique pendant une durée qui ne peut excéder 30 jours consécutifs d'hospitalisation pendant laquelle la place de la personne âgée est conservée par l'établissement. Au terme du délai de 30 jours, aucune facturation ne peut être adressée au Département de l'Indre et la personne âgée retrouve l'intégralité de ses ressources. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour hospitalisation (article R.314-178 du CASF).

Absences volontaires ou pour vacances : Pour les absences de courtes durées égales ou inférieures à 72 heures (samedis, dimanches, jours fériés, autres), le tarif hébergement est facturé lorsque le lever ou le coucher a lieu dans l'établissement. Toute personne âgée hébergée à titre permanent peut s'absenter temporairement pour des vacances dont la durée ne peut excéder 35 jours au cours d'une année civile. À son retour, la personne âgée retrouve sa place ou son logement dans l'établissement. Pendant son absence, l'établissement peut utiliser la chambre en dépannage. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour convenances personnelles à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour (article R.314-178 du CASF).

6.3. Modalités d'encaissement

Pour les établissements accueillant des résidents à titre permanent : le Département encaisse le montant net des ressources du bénéficiaire, et des sommes dues au titre de l'obligation alimentaire, après déduction des charges autorisées et du montant minimum à laisser à disposition du bénéficiaire.

Pour les établissements accueillant des résidents à titre temporaire : le Président du Conseil départemental fixe la part à la charge de l'aide sociale dans la limite du plafond constitué par le tarif hébergement temporaire de l'établissement, multiplié par la durée du séjour dans la limite de 90 jours, renouvelable une fois par période de 12 mois, en tenant compte des ressources de la personne et de celles de ses obligés alimentaires, et de son droit éventuel à l'APA.

Dans le cadre d'un hébergement à titre temporaire, la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires est recouvrée directement par l'établissement. La prestation d'aide sociale est payée au bénéficiaire ou à l'établissement sous réserve de l'accord de la personne.

6.4. Modalités de revalorisation des montants

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance (notamment celui afférent au GIR 5-6) sont fixés et revalorisés selon les modalités prévues dans le CPOM aux articles 4 et 2 du titre 2 et au vu des documents budgétaires et comptables également visés dans ce contrat.

ARTICLE 7 : DUREE, CONCILIATION ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION

7.1 – Durée de la convention

La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale est conclue pour une durée maximale de 5 ans (article L. 342-3-1 du CASF).

7.2 – Renouvellement ou prolongation de la convention

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention peut être renouvelée ou prolongée, en parallèle des négociations pour le renouvellement du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

ARTICLE 8 : RETRAIT DE L'HABILITATION

L'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour l'un des motifs suivants (article L.313-9 du CASF) : évolution des objectifs et des besoins, méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention, disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus, charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

Si l'établissement ne prend les mesures nécessaires pour respecter les dispositions requises comme demandé par le Département, l'habilitation est alors retirée dans un délai de 6 mois pour tous les motifs évoqués, sauf pour celui du non-respect des objectifs et des besoins qui entraîne le retrait de l'habilitation dans un délai d'un an.

L'abrogation de l'arrêté portant habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est dûment notifiée à ce dernier et vaut résiliation de la présente convention d'habilitation.

ARTICLE 9 : CONTENTIEUX

Les contestations susceptibles de s'élever entre le Département de l'Indre et l'établissement au sujet de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sont portées devant le tribunal administratif de Limoges, 2, cours Bugeaud – CS40410 - 87011 LIMOGES Cedex.


Fait en 3 exemplaires
à CHATEAUXROUX
le 03 FEV. 2022

Le représentant de l'organisme
gestionnaire
Le Président du CCAS de
Châteauroux,



Monsieur Gil AVEROUS

Le Président du Conseil départemental
de l'Indre



Monsieur Marc FLEURET



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007009

EHPAD SAINT JEAN

Public Territorial

CENTRE COMMUNAL D ACTION SOCIALE (360005243)

C.C.A.S.

12 RUE MICHELET - 36000 CHATEAUROUX

Téléphone : 02 54 08 41 82 Email : ehpad saintjean@chateauroux-metropole.fr

Fiche Action N°1.1

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement

Personne Référente :	Infirmière Coordinatrice	Date de création	01/08/2021	
Constat du diagnostic	Outils de la loi 2002-2 ; projet de soins ; projet personnalisé ; projet d'animation ; projet d'établissement Nécessité de poursuivre et de maintenir la généralisation du projet personnalisé d'accompagnement Elaborer un projet de vie spécifique pour la prise en charge des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer			
Description de l'action	Finalisation de la révision des outils de la loi 2002-2 et plus particulièrement : contrat de séjour et règlement de fonctionnement et intégrer le volet PAP. Actualisation de ces outils à intégrer au plan d'action pluriannuel qualité afin de respecter les obligations du CASF. Poursuite de la formalisation des PAP. Signature des PAP par les résidents, mise en place et révision annuelle. Planification pluriannuelle des révisions à réaliser (par l'IDEC pour le PAP, par la Direction pour le CS, RF et livret d'accueil).			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction CCAS, Direction des établissements, Médecin Coordonateur/IDEC, Tous les professionnels de l'EHPAD, CVS, résidents leurs représentants légaux, familles.			
Moyens nécessaires	Disposer d'un référent PAP pour chaque résident. Réunion régulière CVS et/ou groupe d'expression.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident	35%		
	Existence d'une procédure PAP au sein de l'établissement	en cours		
	Taux de PAP formalisés	27 rédigés mais 35 % signés		
	Taux de révision ou d'actualisation des PAP	0%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Poursuivre le développement de la <i>Culture de l'écrit</i> dans la structure			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°1 .2			
Axe 1			
Expression et participation individuelle et collective des résidents			
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance			
Personne Référente :	Infirmière coordinatrice	Date de création	01/08/2021
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 19 : - anticiper les situations de crise et d'urgence ; - favoriser l'expression des choix de la personne.		
	Modalités : - faire connaître à tous, les différents dispositifs et leurs caractéristiques ; - réaliser des supports d'information claires et accessibles à tous pour informer le public des droits de protection et de représentation apportés par la loi ASV ; - former le personnel des ESMS...		
Description de l'action	Améliorer les connaissances de tous sur les directives anticipées et le rôle de la personne de confiance : 1 Les professionnels : réaliser un temps d'information en s'appuyant sur les outils de la HAS . 2 Familles et proches : mettre cette thématique à l'ordre du jour d'un groupe d'expression. Poursuivre et s'assurer de la systématisation à l'admission de : la remise d'un document d'information, l'explication sur les 2 dispositifs.		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction d'établissement, Médecin-coordonnateur, Professionnel d'accueil.		
Moyens nécessaires	Temps d'information à mettre en place qui devra se tenir-à minima annuellement		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Nombre de résidents ayant formulé des directives anticipées		
	Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance		
	Taux de résidents ayant leurs directives anticipées		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Lors de l'admission, systématiser la vérification des documents remis : nomination de la personne de confiance, rédaction de directives anticipées.		
Commentaires sur le Constat de résultat			



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007009

EHPAD SAINT JEAN

Public Territorial

CENTRE COMMUNAL D ACTION SOCIALE (360005243)

C.C.A.S.

12 RUE MICHELET - 36000 CHATEAUROUX

Téléphone : 02 54 08 41 82 Email : ehpadSaintjean@chateauroux-metropole.fr

Fiche Action N°2.1

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification

Personne Référente :	Directeur des établissements PA	Date de création	01/08/2021	
Constat du diagnostic	Efficacité de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilier/locaux ; réponse aux besoins du territoire			
	objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...			
Description de l'action	Poursuivre le remplissage COMPLET des données du tableau de bord ANAP et notamment concernant : la gestion des ressources humaines (GPEC) et le développement durable. Sensibiliser les services RH de la ville à la retransmission des données auprès de l'EHPAD lorsque la demande est faite.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction des établissements pour PA; Responsable Finances du CCAS; Responsable RH Ville de Chateauroux.			
Moyens nécessaires	Disposer des données gérées par les services mutualisés de la Ville de Chateauroux (RH et Patrimoine).			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Données tableau de bord ANAP complétées à 100%	100%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	S'assurer de la cohérence des données notamment financières avec les documents transmis dans l'ERRD.			
Commentaires sur le Constat de résultat	L'objectif de fiabilisation des données dématérialisées a été atteint.			

Fiche Action N° 2.2				
Axe 2				
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.				
2.2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports				
Personne Référente :	Direction des établissements PA		Date de création	01/08/2021
Constat du diagnostic	Efficacité de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilier/locaux ; réponse aux besoins du territoire			
	objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...			
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> * Formaliser le partenariat avec l'EHPAD La Charmée (soins bucco-dentaires, vision, achats, formations). * Développer les coopérations avec l'hôpital de Châteauroux par la révision de la convention existante et intégrer des partenariats spécifiques pour bénéficier du soutien de l'EOH et de référents douleur et PRI. * Prévoir une convention avec l'HAD pour la mise à disposition d'une Infirmière référente de nuit (sous réserve de la disponibilité d'un service (HAD ou autre) prêt à contractualiser avec les EHPAD(s) pour ce service). * Conventionner avec chacun des partenaires et réviser régulièrement les partenariats. 			
Identification des acteurs à mobiliser	Hopital de Châteauroux/ Direction des affaires médicales. CCAS/ Direction des Etablissements pour personnes âgées/ Direction du CCAS. VYV3 Centre Val de Loire/Direction EHPAD La Charmée CDGI/ EHPAD La Pleiade.			
Moyens nécessaires	Rencontres à organiser avec les différents partenaires cités ci-dessus : Hopital de Chateauroux; EHPAD la Charmée(vvv3), CDGI.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Existence de protocoles / conventions de coopération inter-établissements	oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Ouverture sur l'extérieur des établissements pour personnes âgées du CCAS /Favoriser le décloisonnement de l'EHPAD en interne (résidences autonomie et Maison des séniors) et en externe (avec d'autres EHPAD).			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°2.3				
Axe 2				
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.				
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ ou services				
Personne Référente :	Direction des Etablissements PA		Date de création	01/08/2021
Constat du diagnostic	objectif fiche action 31 : - rationaliser et maîtriser les dépenses - adapter les organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires			
	Modalités : - accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation des coûts - s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services), la mutualisation devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts - aider au recrutement de personnel via la mutualisation - échange de compétences			
Description de l'action	<p>Poursuivre les deux axes de travail engagés visant à organiser, rationaliser et optimiser les coûts :</p> <p>1) Mutualisation de certains achats avec les autres services du CCAS 2) Regroupement des achats entre les différents établissements pour personnes âgées du CCAS 3) Coopération avec l'EHPAD la Charmée (notamment en situation de crise) pour l'approvisionnement sur des EPI. Processus à formaliser dans le cadre d'un protocole complété par des modes opératoires pour les différentes organisations (EPI/ fournitures administratives, produits d'entretien, investissements) en place pour la gestion des achats.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	CCAS : responsable patrimoine/ gestion des achats. Direction des établissements pour personnes âgées Groupements d'achats (RESAH, GCS, UGAP...) Direction des achats Ville de Chateauroux IDEC EHPAD saint-Jean/ Responsable de restauration			
Moyens nécessaires	Conventions à négocier, rédiger, et organiser leur signature.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 4 ^e trimestre 2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	convention avec l'EHPAD La Charmée	NON		
	Protocole d'achat commun aux Ets PA	EN COURS		
	Actualiser la convention signée durant la vie du CPOM			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	S'assurer du renouvellement des marchés et de leur respect. Veiller à l'actualisation du protocole.			
Commentaires sur le Constat de résultat				



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007009

EHPAD SAINT JEAN

Public Territorial

CENTRE COMMUNAL D ACTION SOCIALE (360005243)

C.C.A.S.

12 RUE MICHELET - 36000 CHATEAUROUX

Téléphone : 02 54 08 41 82 Email : ehpad SAINT JEAN@chateauroux-metropole.fr

Fiche Action N°3.1

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs

Personne Référente :	Direction des établissements PA	Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI		
	objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie		
Description de l'action	Poursuivre et renforcer la coopération avec l'EADSP Rédiger un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur Renouveler la formation des professionnels à l'évaluation de la douleur.		
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin-coordonnateur./ Infirmière coordinatrice/ Infirmières Médecins traitants des résidents.		
Moyens nécessaires	Disponibilité de l'équipe de l'EADS. Financement de temps de formations pour les professionnels.		

	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026			
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Existence de protocoles / conventions de coopération inter-établissements	oui				
	Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an	0	0%			
	Nombre d'interventions de l'HAD / an	0				
	Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	non				
	Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	0%				
	convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)	Equipe mobile de soins palliatifs Equipe mobile Gériatrique Equipe Mobile Psycho-Gériatrique				
	nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP	0	0%			
	nombre d'interventions de l'EADSP	0				
	Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur	0				
	Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Veillez au respect des lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005 : garantir les droits des personnes malades (Information, accès au dossier médical, personne de confiance, directives anticipées, refus de soins,...).				
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement sur l'objet patient					

Fiche Action N°3.2								
Axe 3								
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social								
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé								
Personne Référente :	Médecin Coordonnateur/Direction des établissements PA	Date de création	01/08/2021					
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 29 développer l'usage de outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé 31 développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients							
Description de l'action	<p>1/ DMP (Dossier Médical Partagé) : à déployer pour l'ensemble des résidents de l'assurance maladie via le logiciel du dossier des résidents. Mise en place du DMP pour les résidents.</p> <p>2/ Télémédecine : se rapprocher du siège de l'ARS pour une mise en place.</p> <p>3/ Via trajectoire : promouvoir l'utilisation de Via Trajectoire dans le dossier d'admission et sur le site internet en cours de réalisation.</p> <p>4/ E-Santé : Faciliter le déploiement dans l'établissement de tous les systèmes d'information et outils nationaux et régionaux présents et à venir (messagerie sécurisée...).</p> <p>5/ Permettre l'accès direct au logiciel de santé pour certains professionnels de santé : laboratoires, radiologie et prioritairement pharmacie partenaire.</p> <p>6/ Participer au projet ESMS numérique.</p>							
Identification des acteurs à mobiliser	<p>ARS Centre-Val de Loire en charge de la télémédecine</p> <p>Réseaux de santé (Centre hospitalier, clinique, SSR, Spécialiste, ...)</p> <p>GIP SI Centre-Val de Loire e-sante.</p> <p>Médecin Coordonnateur, Infirmière Coordinatrice</p> <p>Prestataire logiciel dossier soins du résident</p>							
Moyens nécessaires	<p>Acquisition de matériels pour la télémédecine.</p> <p>Acquisition de module spécifiques : DMP pour compléter notre logiciel de gestion du dossier du résident</p> <p>Pharmacie;</p>							
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		1r trimestre 2022	Date de fin :		01/12/2023		
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
	compatibilité du logiciel soin avec le DMP		non					
	taux de résidents avec un DMP		0%					
	si télémédecine : nombre de télé-expertise et / ou téléconsultations réalisées / an		0					
	Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an		0					
	% de résidents admis par via trajectoire		0%					
	Existence d'une messagerie sécurisée		oui					
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Respect des choix individuels des résidents (notamment pour l'intervention de professionnels de santé libéraux).</p> <p>Respect de la loi du 4 mars 2002 sur le droit à l'information médicale.</p> <p>Respect du RGPD.</p>							
Commentaires sur le Constat de résultat								

Fiche Action N°3.3				
Axe 3				
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social				
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée				
Personne Référente :	Direction des Etablissements pour PA/Médecin Coordonnateur	Date de création	Aout 2021.	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI			
	objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les Personnes Agées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie			
Description de l'action	1) Signature d'une convention avec un partenaire assurant un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit afin de : * sécuriser l'accompagnement de nuit * limiter/ réduire les hospitalisations de nuit en urgence 2) Rédiger et tenir à jour un protocole de gestion de l'urgence pour les professionnels de nuit 3) Initier un travail médecin co/médecins généralistes visant à anticiper et prévenir les situations à risques la nuit.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction du CCAS/ Direction des Etablissements pour personnes âgées Médecin-coordonnateur/médecins traitants généralistes Partenaires HAD/ CPTS			
Moyens nécessaires	Convention avec HAD ou autre partenaire relatif à la mise à disposition d'une IDE d'astreinte de nuit. Financement du dispositif indispensable Révision de la convention avec le Centre Hospitalier de Chateauroux/2022			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	
	Coopération inter-établissements	GIE GCS		
	Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	0%		
	Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE (sans déplacement)	0		
	Nombre d'interventions de l'IDE (avec déplacement)	0		
	Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit	1%		
	Convention avec un service de gérontopsy	non		
	Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Favoriser et s'inscrire dans le dispositif départemental des IDE de nuit en cas de mise en place d'un tel service.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 3.4				
Axe 3				
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social				
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS				
Personne Référente :	Direction des établissements PA		Date de création	Aout 2021
Constat du diagnostic	objectif fiche action 14 : - faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du Département ; - permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS.			
	Modalités : - application de la réglementation sur le socle des prestations ; - diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ; - utilisation des différents supports à disposition: livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniors36.			
Description de l'action	Révision et actualisation des outils de la loi 2002-2 à réaliser et planifier tous les 2 ans (CS, RF, livret d'accueil) Intégrer des annexes informatives : tarification et coût des prestations, organigramme, libre choix des intervenants extérieurs, directives anticipées, personne de confiance Création d'un site internet dédié intégrant les informations sur le fonctionnement, l'organisation et la tarification de l'EHPAD Saint Jean. Poursuivre et participer à des actions de communication : forum des associations, portes ouvertes., Adapter les supports d'information à la population accueillie (ex : créer des supports en gros caractères pour palier une déficience visuelle)			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction des établissements pour personnes âgées/Direction du CCAS Direction de la communication Ville de Chateauroux Conseil de la Vie Sociale.			
Moyens nécessaires	Coût de la création d'un site internet. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Existence d'un site internet. Si oui, nombre de connexions annuelles	Oui mais non dédié		
	Nombre de livrets d'accueil transmis.	Fourni lors de chaque admission. Lors des visites et inscriptions: remise d'un dépliant de présentation.		
	Création et diffusion d'un flyer EHPAD permettant sa présentation auprès des visiteurs et professionnels partenaires	Existant		
	Création de supports d'information adaptés			
	Taux d'actualisation par outils et par an			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Organiser et programmer l'actualisation régulière de tous ces outils.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 3.5				
Axe 3				
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social				
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile				
Personne Référente :	Direction des Etablissements/ Responsable EHPAD (IDEC).		Date de création	01/08/2021
Constat du diagnostic	Objectif fiche action 15 : - permettre à la personne âgée dépendante accueillie en établissement de conserver un lien social ; - développer la communication ; - faciliter les relations résident/famille/établissement.			
	Modalités : - veiller à la mise en place et au fonctionnement du CVS; - proposer d'autres modes de participation ; - inciter les bénévoles à suivre des formations ; - faire vivre la charte du bénévolat ; - inciter les établissements à organiser des réunions d'information régulière en direction des familles.			
Description de l'action	BENEVOLAT : * Renforcer l'équipe de bénévoles * Rédiger une charte du bénévolat et la faire signer aux bénévoles * Former les bénévoles à l'intervention en EHPAD auprès de personnes dépendantes et psychologiquement fragilisées FAMILLES : * Planifier des temps d'information (soit sur l'actualité de l'Ets soit thématiques). * Poursuivre l'information via un communiqué régulier			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction des établissements Conseil de la vie sociale ou groupe d'expression Bénévoles intervenants.			
Moyens nécessaires	Convention avec les associations. Accompagnement des bénévoles. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents	0		
	Nombre de réunions réalisées avec les familles	2 à 3/an		
	Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PVI)			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	En cas de carence lors des élections du CVS, maintenir les groupes d'expression permettant à tous de participer (résidents et famille). Compte tenu de la grande dépendance de certains résidents accueillis, favoriser pour eux les entretiens individuels (la participation à des réunions est difficile).			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement en fin d'action annuelle			



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007009

EHPAD SAINT JEAN

Public Territorial

CENTRE COMMUNAL D ACTION SOCIALE (360005243)

C.C.A.S.

12 RUE MICHELET - 36000 CHATEAUXROUX

Téléphone : 02 54 08 41 82 Email : ehpad SAINTJEAN@chateauxroux-metropole.fr

Fiche Action N° 4.1

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro-Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident

Personne Référente :	Direction des Etablissements PA/ Médecin -Coordonnateur	Date de création	Août 2021.	
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie développer le recours à l'évaluation gériatrique en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télé-médecine, consultations avancées, développer le recours à l'expertise géronto-psychiatrique, favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif.....</p>			
Description de l'action	<p>Renforcer l'accompagnement par un élargissement des techniques adaptées notamment non médicamenteuses : ateliers divers menés avec l'aide d'intervenants extérieurs (parcours d'activités physiques adaptées, médiation animale, gymnastique spécialisée, sophrologie, art thérapie..).</p> <p>Travailler avec le médecin coordonnateur et le pharmacien référent sur la réduction de la médication et la réévaluation régulière des traitements.</p> <p>Poursuivre la formation des professionnels à l'accompagnement des troubles du comportement .</p> <p>Envisager si besoin la formation d'assistants de soins en gérontologie pour certains professionnels, en cas d'évolution du projet de service validé.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction du CCAS/ Direction des établissements pour personnes âgées Médecin coordonnateur/Infirmière coordinatrice Partenaires extérieurs de la formation/Intervenants extérieurs (ateliers)</p>			
Moyens nécessaires	<p>Financements ARS/ Conférence des financeurs pour les ateliers d'activités à visée non médicamenteuse. Financements ARS/ CD pour la formation individuelle des professionnels (coûts pédagogiques et remplacements). Mobilisation de crédits au titre de la conférence des financeurs sous réserve du programme coordonné des actions de prévention et de l'enveloppe dédiée à ce titre par la CNSA. Ces crédits sont non reconductibles et ne permettent pas de recruter du personnel sauf temporairement pour mener une action dédiée</p> <p>Les moyens demandés auprès de la Conférence des Financeurs pourront être étudiés sous condition d'éligibilité au dispositif. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 1 ^{er} Trimestre 2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de résidents en atelier mémoire par an	0		
	Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	14		
	Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	En cours (14)		

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	
Commentaires sur le Constat de résultat	

Fiche Action N° 4.2			
Axe 4			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes			
4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins bucco-dentaires			
Personne Référente :	Médecin Coordonnateur/ IDEC	Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail		
	<p>objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention</p> <p>objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie</p> <p>Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...)</p> <p>développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.</p>		
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> * Renforcer le suivi de l'hydratation et assurer une traçabilité régulière. * Poursuivre régulièrement les commissions restauration. * Travailler la mise en place d'un enrichissement des plats en interne et limiter le recours aux compléments alimentaires * Poursuivre le travail engagé sur les textures modifiées et mettre en place le manger-mains. * Rechercher et formaliser un partenariat pour l'accès à des dépistages (visuels et bucco-dentaires) dans l'établissement (partenaires extérieurs / Mutualité Vyv3). 		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction du CCAS/ Direction des établissements pour personnes âgées Médecin coordonnateur/Infirmière coordinatrice Partenaires extérieurs de la formation/Intervenants extérieurs (ateliers) Mutualité Centre Val de Loire via VYV3.		
Moyens nécessaires	Améliorer la valeur de la journée alimentaire afin d'intégrer le coût de prestations nouvelles. Rencontre avec VYV3. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 1r trimestre 2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours
	Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	non	
	Taux de résidents dénutris	0%	
	Surveillance de la courbe de poids	oui	
	Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	53%	
	Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	oui en 2019	
	Existence d'une convention pour les soins bucco-dentaires (cabinets dentaires, établissements de santé)	Non	
	Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire	22%	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Veiller à vérifier l'information des salariés /l'obligation de proposer une collation de nuit à l'ensemble des résidents. Systématiser pour tous les résidents cette proposition de collation, le soir au moment du coucher et la nuit pour les personnes réveillées.		
Commentaires sur le Constat de résultat	L'ensemble de l'établissement est impliqué dans ce projet.		

Fiche Action N° 4.3				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes				
Personne Référente :	Médecin-Coordonateur/ Infirmière Coordinatrice	Date de création	Aout 2021.	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques de chute			
Description de l'action	1) Assurer un suivi trimestriel (à minima) des actions correctives individualisées (analyse des chutes). 2) Mettre en place les outils de l'humanité favorisant le maintien du tonus musculaire : toilette évaluative, manutention relationnelle, verticalisation 10 mns par jour 3) Mener des actions de prévention grâce au parcours d'activités physiques adaptées. 4) Mettre en place des sessions supplémentaires de gymnastique adaptée spécifiques pour les personnes atteintes de maladie d'alzheimer et maladies apparentées. 5) Travailler avec le médecin-coordonnateur à la réduction des prescriptions de médicaments favorisant la chute. 6) Actualiser les protocoles : prévention de la chute / contention / prévention des escarres. 7) Mener des groupes de travail dans le cadre QVT/humanitude : travail de nuit / contention / escarres.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction du CCAS/ Direction des établissements pour personnes âgées; Médecin coordonnateur/Infirmière coordinatrice; Partenaires extérieurs de la formation/Intervenants extérieurs (ateliers); Professionnels des établissements (groupes de travail interne QVT/ humanitude)			
Moyens nécessaires	Financement Ars/Conférence des financeurs : ateliers de prévention, formation des professionnels (toilette évaluative, manutention relationnelle). Les moyens demandés auprès de la Conférence des Financeurs pourront être étudiés sous condition d'éligibilité au dispositif. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2022.	
	Date de fin :		31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Protocole de prévention des chutes	Non		
	Nombre de chutes prises en charge	71		
	Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	5%		
	Nombre de chuteurs à répétition	15		
	Protocole de contention	non		
	Taux de résidents avec contention prescrite	5%		
	Nombre de personnes verticalisées			
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	19			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Développer la mise en place des outils de l'humanité .			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.4								
Axe 4								
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes								
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament								
Personne Référente :	Médecin-coordonateur/pharmacien référent		Date de création	Août 2021.				
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 24 réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables endéveloppant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse</p>							
Description de l'action	<p>1) Mettre en place les actions correctives issues du diagnostic Interdiag . 2) Réviser la protocolisation du circuit du médicament. 3) Evaluer la connaissance des professionnels concernant le bon usage du médicament (5B). 4) Mettre en place une pharmacie d'urgence et le protocole adapté. 5) Assurer le suivi annuel de la convention d'externalisation de la PDA mise en place avec une pharmacie. 6) Engager une réflexion sur la réduction du nombre de médicaments prescrits</p>							
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction des établissements pour personnes âgées Médecin coordonnateur/Infirmière coordinatrice/IDE/AS Médecins généralistes . Pharmacien référent.</p>							
Moyens nécessaires	Présence d'un pharmacien référent (convention signée en Août 2021)							
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		1r trimestre 2022		Date de fin :		31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action		
	Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	6						
	Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)	13						
	Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés	0%	0%					
	Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	non						
	Présence d'un protocole circuit du médicament	oui						
	L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	oui						
	Nombre d'écarts							
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Veiller à la vérification des piluliers selon la règle des 5B (bon médicament, au bon dosage, par la bonne voie, au bon moment, au bon résident).							
Commentaires sur le Constat de résultat								

Fiche Action N° 4.5			
Axe 4			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes			
4.5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe			
Personne Référente :	Direction des Etablissements pour PA	Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins Axe F du Schéma départemental - L'adaptation du règlement départemental d'aide sociale</p>		
Description de l'action	<p>Promouvoir comme chaque année la campagne de vaccination :</p> <p>1. Résidents : poursuivre la vaccination interne réalisée par les IDE. 2. Professionnels : diffuser les informations sur la vaccination proposée par le service de médecine préventive de la Ville de Chateauroux ; informer les professionnels sur leur rôle dans le circuit de prévention de la diffusion de la grippe saisonnière. Sensibiliser les professionnels à la nécessité de réduire l'absentéisme lié à la grippe .</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction des établissements PA; médecin Co et IDEC.		
Moyens nécessaires	Soutien du Médecin Coordonnateur, du Médecin du travail.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Taux de résidents vaccinés contre la grippe	85%	
	Taux de personnels vaccinés contre la grippe	21%	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir			
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 4.6			
Axe 4			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes			
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables			
Personne Référente :	Direction des Etablissements pour PA	Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail		
	objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins		
Description de l'action	1) Finaliser le protocole sur la gestion des EI et des EIG 2) Former / informer les professionnels 3) Organiser un RETEX systématique suite à un EIG.		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction des établissements pour personnes âgées; Médecin coordonnateur/Infirmière coordinatrice/IDE/AS Pharmacien dispensateur/pharmacien référent		
Moyens nécessaires	Mise en place d'un temps d'information des professionnels : 1r en 2021/ 2nd en 2023 Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	Non	
	Protocole de déclaration des EIG	oui	
	Nombre d'EIG déclarés	0	
	Nombre de RETEX formalisés	0	
	Fréquence annuelle de re-sensibilisation de l'ensemble du personnel		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	développer la "CULTURE de l'ERREUR APPRENANTE"		
Commentaires sur le Constat de résultat	Régulièrement par l'établissement une formation a été...		

Fiche Action N° 4.7				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD				
Personne Référente :	Direction des Etablissements pour PA		Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 20 : - formaliser la procédure d'admission au sein des EHPAD (recherche de consentement, délai de rétractation, personne de confiance, modalités de transfert des résidents) ; - informer le grand public des droits et obligations des résidents en EHPAD.			
	Modalités : - information et formation des professionnels sanitaires et sociaux de l'accompagnement des personnes âgées ; - mise à jour des différents documents au sein des EHPAD ; - utilisation des outils existants (dossier d'admission Cerfa, déclaration de la personne de confiance...) et protocolisation dans le strict respect du cadre juridique de l'utilisation des outils numériques de fluidification des "parcours" via trajectoire			
Description de l'action	<p>COMITE d'ADMISSION :</p> <p>1 Réviser et redéfinir les critères d'admission dans le cadre de la révision du projet d'établissement</p> <p>2 Mettre à jour la procédure d'admission</p> <p>3 Réviser les outils d'information afin d'intégrer le dispositif via trajectoire : livret d'accueil/ site internet/ plaquette d'information</p> <p>CONSETEMENT du résident :</p> <p>1 Actualiser, communiquer et s'assurer de l'application de la procédure de recherche de consentement</p> <p>2 S'assurer de la remise du livret d'accueil et de son explication systématique auprès du résident et/ou de son représentant légal</p> <p>3 Désigner un référent pour l'accompagnement des professionnels dans le cadre de la recherche du consentement, le suivi et la gestion des problématiques relatives à la présentation des informations sur les droits du résident : personne de confiance, directives anticipées.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	Membres du Comité d'admission IDEC; professionnels soignants Agent d'accueil.			
Moyens nécessaires	Renforcer les moyens humains accordés à l'accueil/admission . Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Procédure d'admission	en cours de révision		
	Viatrajectoire : information donnée dans les supports d'information			
	Révision du projet d'établissement : MAJ des critères d'admission			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'information des usagers sur les critères d'admission et de maintien dans l'établissement doit être donnée dès l'entrée et via les outils de la Loi 2002-2			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4:8				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS				
Personne Référente :	Direction des établissements		Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 28 : - veiller à la bientraitance ; - sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance ; - insister sur l'importance de l'accompagnement et de la relation humaine dans l'accueil des personnes.			
	Modalités : - accompagner les personnels en mettant en place des formations, en veillant à maintenir en adéquation leur tâche et leur qualification ; - veiller à ce que les CPOM et les projets d'établissement et de service contiennent cette dimension qualitative de l'accompagnement et de la prise en charge ; - évaluer régulièrement les établissements en leur demandant les actions mises en place pour améliorer la qualité de la prise en charge ; - vérifier que le droit des résidents et des usagers sont bien respectés.			
Description de l'action	<p>Poursuivre la mise en œuvre de la démarche humanité au sein de l'établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Inscrire les valeurs définies en équipe dans le projet d'établissement et le livret d'accueil des professionnels. * Nommer et former un référent Bientraitance/Humanité. * Finaliser la formalisation du protocole de prévention et signalement de la maltraitance. * Mettre en place des temps d'information/formation : définition de la maltraitance/prévention/signalement (modalités et obligations). * Réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et auprès des familles, analyser les résultats et planifier des actions correctives si nécessaire. 			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction des établissements pour personnes âgées. Médecin coordonnateur /IDEC Professionnels toutes qualifications confondues Partenaires de formation (notamment Humanité).			
Moyens nécessaires	Poursuite des travaux Qualité/QVT/Humanité engagés : COPIL mensuel et groupes de travail bi mensuels Former les nouveaux professionnels à l'HUMANITUDE Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année : formation humanité	Tous les professionnels ont été formés en 2020		
	Nombre de réunions d'information sur la bientraitance			
	Rythme des réunions du COPIL bientraitance (Qualité/QVT/ Humanité)	réunion mensuelle		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	En 2020 et 2021, dans un contexte de pandémie, les travaux engagés ont été suspendus: Veiller à réactiver la démarche mise en place et à la pérenniser			
Commentaires sur le Constat de résultat				



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007009

EHPAD SAINT JEAN

Public Territorial

CENTRE COMMUNAL D ACTION SOCIALE (360005243)

C.C.A.S.

12 RUE MICHELET - 36000 CHATEAUROUX

Téléphone : 02 54 08 41 82 Email : ehpadsaintjean@chateauroux-metropole.fr

Fiche Action N° 5.1

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines :

- Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail
- Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements
- Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences

Personne Référente :	Infirmière Coordinatrice	Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise de srisques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du cricuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques</p> <p>objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie : structurer et développer les dispositifs de formation</p>		
Description de l'action	<p>Mise en œuvre d'un plan de formation pluri annuel adapté aux besoins des professionnels au regard de différents points : souhaits exprimés par les professionnels, recommandations identifiées dans le cadre du Ségur de la santé, évolution du profil des résidents accueillis.</p> <p>Poursuivre le plan d'amélioration de la qualité d'accompagnement mis en place depuis 2019 et notamment : Humanitude, Troubles psychocomportementaux, Gestion de la douleur, Sécurisation de la gestion du médicament,</p> <p>Evaluer la connaissance des RBPP par les professionnels (Enquête Flash) régulièrement.</p> <p>Mettre en place une enquête de satisfaction des professionnels, la réaliser tous les 2 ans, et formaliser un plan d'actions correctives si besoin, validé par le COPIL qualité/QVT/humanitude.</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction du CCAS/ Direction des Etablissements/ Professionnels de l'EHPAD Partenaires des organismes de formation ARS 36/ Conférence des Financeurs/Conseil départemental</p>		
Moyens nécessaires	<p>Financement des coûts pédagogiques et des remplacements des professionnels en formation : Mobilisation de crédits au titre de la conférence des financeurs sous réserve du programme coordonné des actions de prévention et de l'enveloppe dédiée à ce titre par la CNSA. Ces crédits sont non reconductibles et ne permettent pas de recruter du personnel sauf temporairement pour mener une action dédiée</p> <p>Les moyens demandés auprès de la Conférence des Financeurs pourront être étudiés sous condition d'éligibilité au dispositif. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p>		

	Date de début : 1r trimestre 2022 Date de fin : 31/12/2026.			
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Taux d'absentéisme	7,99%		
	Taux d'absentéisme de courte durée	0,86%		
	Taux d'accident du travail	0,07%		
	Taux d'ETP vacants au 31/12	0,00%		
	Taux de rotation des personnels	7,89%		
	Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	0,96%		
	Ratio d'encadrement global	0,567		
	Nombre de points GIR par AS	0,00		
	Ratio d'encadrement AS/ASH	0,463		
	Ratio d'encadrement IDE	0,059		
	Taux de remplacement du personnel	31%		
	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	0		
	Plan de formation : O/N	oui		
	Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS	0		
	Organisation comprenant un pool de remplacement	non		
	Nombre de formations qualifiantes	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	S'assurer de l'évaluation de la qualité des formations mises en place (Bilan de formation). Assurer la mise à niveau régulière (plan de formation pluriannuel à actualiser et renouveler).			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 5.2				
Axe 5				
Ressources Humaines				
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail				
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines				
Personne Référente :	Direction des Etablissements PA		Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 27 : - aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines ; - mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme...			
	Modalités : - formation du personnel ; - mise en place de bilans sociaux et analyse de ces documents ; - élaboration de différents tableaux de bord.			
Description de l'action	Réaliser des évaluations permettant de mieux prendre en compte l'expression des besoins des professionnels : - Enquête de satisfaction des professionnels à réaliser, traiter et analyser via l'outil AGEVAL - Mener une évaluation des risques psycho-sociaux. - Actualiser le plan d'amélioration des conditions de travail en intégrant les actions à mener au regard des évaluations réalisées. - Mettre à jour le DUERP pour prendre en compte les résultats des évaluations réalisées.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction du CCAS/ Responsable administration/RH /Direction des établissements pour personnes âgées CT et CHSCT Membres du COPIL Qualité/QVT/Humanitude Agent de prévention du CCAS			
Moyens nécessaires	Outil informatique : AGEVAL pour enquêtes et gestion du DUERP. Mobilisation de l'agent de prévention si besoin.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022.		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Enquête de satisfaction des professionnels		A programmer	
	Taux d'absentéisme/ d'AT / de TMS			
	Nombre de professionnels formés /an			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Assurer le suivi de la démarche par le COPIL Qualité/QVT/ Humanitude. Présenter et valider au préalable l'ensemble de la démarche par les instances de personnels.			
Commentaires sur le Constat de résultat				



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007009

EHPAD SAINT JEAN

Public Territorial

CENTRE COMMUNAL D ACTION SOCIALE (360005243)

C.C.A.S.

12 RUE MICHELET - 36000 CHATEAUROUX

Téléphone : 02 54 08 41 82 Email : ehpad saintjean@chateauroux-metropole.fr

Fiche Action N° 6.1

Axe 6

objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)

6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants

Personne Référente :	Direction du CCAS/ Direction des Etablissements PA	Date de création	Août 2021.	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 29 : - mettre aux normes de sécurité et de confort les établissements existants ; - offrir à la population accueillie des locaux permettant de leur assurer une prise en charge en adéquation avec leurs besoins évolutifs.			
	Modalités : - poursuivre l'effort de restructuration et d'adaptation du bâti ; - retenir les projets de restructuration intégrant les réponses aux besoins des PAD et plus particulièrement dépendantes psychiques.			
Description de l'action	Au regard des constats réalisés concernant le profil des résidents accueillis, des difficultés rencontrées en conséquences et de la confirmation de ce constat faite par l'ARS via la validation de la coupe pathos, une adaptation des locaux est nécessaire pour poursuivre l'accompagnement des personnes dans de bonnes conditions : - Sécurisation de l'entrée/sortie de l'établissement via un dispositif efficient, identifiable et connu de tous - Agrandissement des parties communes afin de permettre un accompagnement des personnes présentant des troubles du comportement de façon adaptée tout en permettant aux autres résidents de disposer de locaux de vie collective adaptés à leurs besoins - Salle de repos permettant aux personnels de s'isoler et se ressourcer en situation d'accompagnement difficile.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction du patrimoine-Ville de Chateauroux/ responsable du patrimoine-CCAS Direction du CCAS/ Direction des établissements pour personnes âgées. ARS/Conseil départemental Professionnels de l'EHPAD			
Moyens nécessaires	Construction d'une extension (véranda par exemple). Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 1 ^{er} trimestre 2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours	Fin d'Action
	Etude et projet	Réflexion en cours		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Concertation avec les services du Conseil départemental (DPDS) à assurer tout au long du projet.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 6.2				
Axe 6 : objectifs spécifiques et projets innovants				
6-2 Adaptation de la structure aux besoins identifiés.				
Personne Référente :	Direction des Etablissements PA		Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	L'EHPAD Saint Jean connaît une évolution rapide du profil des personnes âgées demandeuses d'une entrée en EHPAD et de leurs besoins avec : grande dépendance physique et/ou psychologique. La charge en soin est importante compte tenu de l'accompagnement de personnes présentant des troubles du comportement perturbateurs pour les autres résidents et chronophages pour l'équipe de professionnels. Constat L'équipe professionnelle atteint ses limites en terme d'organisation et de charge de travail, la charge mentale est importante, la sécurité est assurée mais reste " fragile" au regard des effectifs existants (absence d'infirmière toute la journée par exemple).			
	modalités: Libérer les professionnels de certaines fonctions (ex: bionettoyage, externalisation de la PDA) afin qu'ils se recentrent sur la prise en compte plus individualisée notamment des troubles du comportement (jour et nuit). Renforcer le temps soignant pour améliorer l'accompagnement au quotidien des résidents, renforcer les actions de prévention, permettre des temps de réflexion et d'analyse des pratiques, développer des accompagnements individualisés notamment pour la gestion des troubles du comportement et favoriser l'implication de tous dans des temps d'animation source de bien-être et de ressourcement pour tous (résidents et professionnels)			
Description de l'action	Orientation de l'EHPAD et positionnement en terme de réponse aux besoins de territoire à redéfinir. Redéfinition du projet d'établissement, de service et de soins de l'EHPAD Saint-Jean à prévoir. <ul style="list-style-type: none"> - Recentrer chaque professionnel sur son cœur de métier et limiter les glissements de tâche - Renforcer l'équipe professionnelle pour adapter la prise en soin aux besoins des résidents - Compléter le temps infirmier (gestion des médicaments, toilettes évaluatives, suivis thérapeutiques et des soins) pour aussi faciliter le recrutement et l'implication dans le projet de la structure. - Renforcer l'équipe des aides-soignantes - Libérer les professionnels du bionettoyage des locaux communs et des sols des chambres 			
Identification des acteurs à mobiliser	Autorités de tarification Direction du CCAS/ Direction des établissements Professionnels de l'EHPAD toutes fonctions confondues CVS / groupe d'expression dédié PE (familles/résidents)			
Moyens nécessaires	Financement ARS via le forfait soin (revalorisation du pathos 282) : Temps IDE : 0,20 ETP (15 000 €) Temps Aide-soignant : 2 AS à 0,80 ETP soit 1,60 ETP (75 000 €) Formation d'ASG /augmentation de la rémunération (2 ETP) : Financement tarif Hébergement (Conseil départemental) Externalisation de la prestation ménage /équipe dédiée ménage. (15000 €)			
	Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Postes créés : qualification, temps de travail et date de mise en place.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Enquêtes de satisfaction : professionnels/ Familles/ résidents	NON		
	Organisation des soins d'hygiène : nombre de toilettes debout/ douches/ bains thérapeutiques	Indicateurs à comparer annuellement;		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Veiller à la concertation préalable nécessaire avec ARS et DPDS. Le projet d'établissement intègrera un volet qualité, QVT, humanitude. Veiller à associer les résidents et les familles à son élaboration. Mettre en adéquation le projet d'établissement avec les fiches actions du CPOM Mettre régulièrement l'ensemble des documents en conformité avec la réglementation.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 6.3				
Axe 6 : objectifs spécifiques et projets innovants				
6-3 Adaptation de la structure aux objectifs de développement durable.				
Personne Référente :	Direction du patrimoine du CCAS.		Date de création	Août 2021.
Constat du diagnostic	<p>Un EHPAD est aussi un acteur logique du développement durable et notamment du pilier social, en tant que lieu de vie pour les résidents et lieu de travail pour les salariés. Engagé dans un processus d'amélioration de la qualité avec comme pilier la bientraitance mais aussi la recherche de bonnes conditions de travail, le développement durable un domaine dans lequel le gestionnaire a la responsabilité morale et éthique d'engager son établissement. En tant que structure consommatrice de ressources et de biens, émettrice de gaz à effet de serre et de déchets, un EHPAD est concerné par les enjeux du développement durable. Il consomme de l'énergie, de l'eau, et consacre une part non négligeable de son budget à ces achats.</p>			
Description de l'action	<p>1) Raccordement de l'EHPAD Saint-Jean au réseau de GEOTHERMIE du quartier St Jean (projet global permettant une économie de 269 T de CO²/an pour l'ensemble des bâtiments du quartier concerné) : objectif 2025. Intégrer cette mesure dans une stratégie plus large formalisée de développement durable des établissements pour PA du CCAS : action citoyenne. 2) Installer une climatisation à l'EHPAD (couloir) : multiplication des périodes caniculaires et augmentation des températures.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Service PATRIMOINE/ Techniques de la Ville de Chateauroux (CHATEAUROUX/Chateauroux Métropole) Service FINANCE Ville de Châteauroux. Entreprise spécialisée (Climatisation)</p>			
Moyens nécessaires	<p>CHAUFFAGE : Augmentation du coût de l'énergie estimée entre 5 et 10 € mois et/résident (soit environ 1600/ 3000 €/an) : à intégrer au budget CLIMATISATION : Amortissement des matériels (devis en cours) /Augmentation de la consommation électrique</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>			
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Réduction de l'émission de CO². Température garantie dans l'établissement l'été. Limiter l'usage des ventilateurs et climatisations mobiles</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022.		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Suivi du coût annuel de l'énergie	OUI/ Contrat mutualisé Ville		
	Emission de CO ²			
	Rédaction d'un projet et d'une charte de développement durable	non		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Veiller à la maîtrise du coût de l'énergie consommée par l'EHPAD dans le temps.</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				

4. SYNTHÈSE ET ABRÉGÉ

4.1. Synthèse

4.1.1. Introduction

EHPAD SAINT-JEAN est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, rattaché au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Châteauroux, qui poursuit des objectifs de prise en charge de personnes âgées de plus 60 ans selon le cadre de la loi du 30 juin 1975, puis celle du 2 janvier 2002-2 rénovant l'action sociale.

A sa création en 1991, la maison de retraite ouvre ses portes comme annexe au Foyer Résidence Saint-Jean¹⁹, établissement géré par le CCAS, pour répondre à la demande de prise en charge de personnes dépendantes ne pouvant plus rester en logement-foyer. Il devient un EHPAD en 2005 avec l'accueil en priorité des résidents du foyer, personnes âgées de 60 ans et plus.

La moyenne d'âge des personnes accueillies est de 90 ans et le taux de dépendance est très élevé nécessitant l'adaptation du personnel au défi du grand âge.

Cet établissement sanitaire et social est distinct du CCAS et se situe dans une zone d'habitation collective et pavillonnaire, aux côtés d'autres établissements publics (foyer résidence, écoles, collège, piscine, terrain de sport, foyer jeunes travailleurs).

Dans un cadre convivial et chaleureux, l'équipe de l'établissement s'efforce d'assurer une prise en charge de qualité, sous l'impulsion d'une direction et infirmière coordinatrice, très à l'écoute du personnel et des besoins exprimés.

Les relations qui se tissent entre le personnel et les résidents confèrent à l'établissement un cadre de travail reconnu pour lequel nombre de professionnels du secteur médico-social souhaite venir travailler.

La direction du CCAS a mis en place de nombreux documents réglementaires qui permettent de renseigner et d'informer le futur résident dès sa pré-admission.

¹⁹ Le FRPA St-Jean est le seul établissement du département à être doté d'un forfait soin.

L'expression des résidents est prise en compte à travers les enquêtes de satisfaction. Les familles sont sollicitées pour participer aux activités organisées régulièrement ; les résidents et leurs familles sont impliqués dans le Conseil de la Vie Sociale.

4.1.2. 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.

L'EHPAD SAINT-JEAN s'appuie sur son projet d'établissement pour remplir sa mission. Il fonde son service sur ce projet et la charte d'engagement qui est indiquée dans le livret d'Accueil remis aux résidents.

Son activité est en cohérence entre son projet d'établissement et la population prise en charge. Ses missions consistent à offrir un hébergement, à dispenser des soins de qualité dans un environnement social, convivial et ce jusqu'à la fin de leur vie.

Son activité est en cohérence entre les objectifs développés dans le projet d'établissement, les projets personnalisés et les moyens humains mis en œuvre pour les réaliser.

Une relation étroite de confiance et du respect du travail soigné s'est tissée avec le personnel qui sous l'impulsion de la direction se mobilise chaque jour pour accompagner les personnes aidées.

L'EHPAD SAINT-JEAN s'adapte aux besoins de ses résidents auprès desquels elle est sans cesse en lien ; Le projet de vie de chacun fait l'objet de toutes les attentions pour assurer un cadre de vie dans le respect des choix et libertés de la personne accueillie.

La direction recrute du personnel qualifié ou diplômé pour remplir les missions qui lui sont confiées pour adapter son organisation aux prises en charge complexes liées au grand âge et à la dépendance.

Elle met en place des temps de formation continue pour son personnel afin de garantir une adéquation entre la prise en charge et la qualification de son personnel. Elle répond aux besoins de formation de son personnel.

Les responsables de la direction sont à l'écoute des salariés ; ils forment aux méthodes et outils de travail en accordant un temps d'intégration à chaque nouveau salarié. Ils programment un plan de formation pour engager le personnel dans une démarche de formation professionnelle tout au long de la vie.

94

4.1.3. L'ouverture de l'établissement ou le service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique.

L'EHPAD est situé sur le quartier Saint-Jean à la limite du quartier Saint-Jacques, accessible par les transports en communs, ce qui permet aux familles de ne pas être trop éloignées de leur proche et de venir facilement leur rendre visite. Un parking est à leur disposition.

Il travaille avec les autorités de tutelles pour la mise en œuvre des moyens financiers de l'établissement lui permettant d'assurer les missions confiées.

Pour proposer un cadre de vie agréable et garder le lien social, l'établissement à recours à des intervenants extérieurs, des partenaires et associations de bénévoles de proximité.

Il collabore entre autres avec :

- L'hôpital de santé de Châteauroux pour la gestion des urgences et l'HAD²⁰
- Le réseau palliatif pour la fin de vie
- L'association « Etre Indre »
- Les écoles et lycées pour des rencontres intergénérationnelles
- L'office des Personnes à la retraite et l'association 55 et plus

L'établissement, via le CCAS, est membre du CLIC départemental et de la coordination gérontologique locale. Des conventions sont signées pour des partenariats divers avec des associations ou hôpitaux ; des bénévoles participent et s'impliquent dans les activités proposées.

Un projet d'animation est en cours d'élaboration pour les années à venir qui permettra d'accompagner le projet de vie des résidents dans le maintien de leur autonomie avec des propositions adaptées aux pathologies prises en charge : ateliers mémoire, gymnastique, etc...

4.1.4. Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers.

Chaque demande d'admission est validée par la commission d'admission à laquelle participe le médecin coordonnateur. Le dossier est étudié avec soin et toutes les

95

²⁰ Hospitalisation à domicile

demandes et attentes du résident, et de sa famille, sont retranscrites dans un projet personnalisé afin de proposer un accueil au plus près des habitudes de vie des résidents.

L'actualisation du projet personnalisé n'est pas retranscrite dans le dossier.

Une enquête de satisfaction est diffusée une fois par an. Une analyse quantitative et qualitative est adressée en retour aux résidents et à leur famille.

L'engagement de toute l'équipe apporte un cadre sécurisant pour les résidents et leurs familles ; la parole des résidents est prise en compte et valorisée.

Le personnel s'attache à noter dans un cahier toutes les réclamations ou demandes qui leur sont faites afin d'en informer les collègues.

Les réunions de travail qui ont lieu deux fois par semaine, permettent de faire le point sur les besoins exprimés et de chercher à améliorer la prise en charge.

Les animations ou activités proposées au sein de l'établissement permettent aux résidents de maintenir leur autonomie et restent basée sur l'envie de participer et le volontariat.

Le personnel surveille les changements de comportement et veille à ce que le résident ne s'isole pas ou ne se désocialise pas avec la vie dans l'établissement.

Les goûts de chacun sont pris en compte dans la composition des menus. Il n'y a pas de plan de table fixe et chacun peut manger avec le résident de son choix.

Les noms et prénoms des résidents sont inscrits sur chaque porte de chambre. Le personnel frappe avant d'entrer même s'il entre sans trop attendre l'accord du résident. Le résident a un accès facile à la sonnette installée dans sa chambre pour signaler ou alerter en cas de problème ou demande d'aide.

Les résidents ont accès à leur courrier par l'intermédiaire d'une boîte aux lettres située dans la salle à manger.

Il existe un cahier accessible à tous pour y noter toute remarque ou réclamation éventuelle.

4.1.5. La garantie des droits et politique de prévention et de gestion des risques.

Les demandes urgentes, les incidents ou dysfonctionnements sont rapidement traités par la direction avec le personnel.

Les réunions régulières avec l'équipe d'intervention facilitent les échanges de pratiques ; elles assurent aussi une vigilance quant à l'accompagnement des personnes à aider.

Ces temps de concertation permettent de prévenir des risques d'usure ou de fatigue professionnelle, de corriger des pratiques et prévenir tout acte de maltraitance, d'améliorer la prise en charge dans le respect de l'autonomie des bénéficiaires et dans le respect de sa dignité et de son droit à l'intimité.

Elles peuvent aussi faciliter la communication entre le personnel d'intervention et la direction afin de désamorcer tous conflits éventuels.

La direction établit son plan de formation, qu'elle veut mettre en place prochainement de façon pluriannuelle pour mieux répondre aux besoins de formation de son personnel.

Des formations sont prévues sur des thématiques permettant ainsi de qualifier le personnel au vue des pathologies liées au grand âge.

L'équilibre entre le temps de travail et la charge de travail est toutefois difficile pour le personnel, surtout le weekend où le personnel est en nombre réduit. Cette difficulté peut entraîner une fatigue professionnelle, voire une démotivation.

Lors des évaluations annuelles avec le personnel, il convient de mettre à plat les objectifs à réaliser et d'ajuster le curseur aux missions confiées.



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
« Notre Dame De Confiance »
situé au 20, rue de la Mairie – 36220 TOURNON SAINT MARTIN
N° FINESS : 36 000 2075
2022-2026

Entre,

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

Le Département de l'Indre,
Dénommé le Département

Adresse : Place de la Victoire et des Alliés – CS20639
Code postal : 36020
Commune : CHATEAUROUX CEDEX

représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental de l'Indre;

L'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire,
Dénommée l'ARS

Adresse : Cité Coligny, 131 rue du Faubourg Bannier
Code postal : 45 044
Commune : ORLEANS CEDEX

représentée par Monsieur Laurent HABERT, Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire,

Et d'autre part :

L'association maison de retraite « Notre Dame de Confiance »
Dénommé l'Organisme gestionnaire
Pour son activité EHPAD

Adresse : 20, rue de la Mairie
Code postal : 36220
Commune : TOURNON SAINT MARTIN

représenté par Monsieur Louis GILLIER, en qualité de Président de l'association maison de retraite « Notre Dame de Confiance », personne habilitée par le Conseil d'Administration 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	3
TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat.....	4
Article 2 : Objectifs du CPOM.....	6
TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT	9
Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP	9
Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance.....	9
Article 3 : Forfait soins.....	11
Article 4 : Tarification de l'hébergement.....	13
Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans	16
Article 6 : Investissements pluriannuels.....	16
Article 7 : Modalités d'affectation des résultats.....	17
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT.....	18
Article 1 : Suivi et évaluation du contrat.....	18
Article 2 : Traitement des litiges	20
Article 3 : Révision et Résiliation du contrat.....	21
Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	22
Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans	22
Article 6 : Renouvellement du contrat.....	22
TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM.....	23
• Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé.....	23
• Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire	23
• Annexe 3 - Suivi annuel des objectifs fixés et des indicateurs retenus	23
• Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP).....	23
• Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	23
• Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....	23
• Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM).....	24
• Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat	24
• Annexe 9 - Fiches actions.....	24

by AF

Visas et références juridiques

- Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment les articles L312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;
- Vu** le Code de la Santé Publique ;
- Vu** le Code de la Sécurité Sociale ;
- Vu** le Code Général des Collectivités Territoriales ;
- Vu** la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Vu** le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur HABERT Laurent en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;
- Vu** la délibération n° CD_20210701_001 relative à l'élection du Président du Conseil départemental ;
- Vu** le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Vu** le décret N°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Vu** l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 22 mars 2018, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental de l'Indre ;
- Vu** la circulaire N° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;
- Vu** l'instruction ministérielle n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de l'Agence Régionale de Santé ;
- Vu** le Programme régional de santé deuxième génération 2018- 2022 de l'ARS Centre - Val de Loire ;
- Vu** le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de l'ARS Centre - Val de Loire ;
- Vu** le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017 ;
- Vu** l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0302 et n° 2018-D-2866 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Notre Dame de Confiance » à Tournon Saint Martin, d'une capacité totale de 74 places ;
- Considérant** la convention tripartite signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, la Directrice générale de l'ARS du Centre-Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 26 décembre 2016.

Il a été conclu ce qui suit :

TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Département de l'Indre et l'association Maison de Retraite « Notre Dame de Confiance » à Tournon-Saint-Martin gestionnaire de l'EHPAD, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Présentation de l'Organisme gestionnaire :

Nom du gestionnaire (entité juridique)	EHPAD Notre Dame de Confiance
N° FINESS (EJ)	36000 0475
Président / Directeur	Monsieur Louis GILLIER / Madame Karine Bonneau
Adresse	20 rue de la Mairie – 36220 TOURNON SAINT MARTIN
Téléphone	02 54 37 50 54
E-mail	ehpad.ndc@orange.fr
Statut juridique	Association loi 1901 privé à but non lucratif

Les modalités d'organisation de l'entité juridique :

L'Association est dirigée par un conseil d'administration composé de cinq membres au minimum et de neuf membres au maximum, élus par l'Assemblée Générale, parmi les adhérents, pour trois ans. Siègent également au Conseil d'Administration :

- des membres de droit avec voix délibératives : les deux Conseillers départementaux du canton du Blanc, le Maire de la commune de Tournon St Martin et le Prêtre de la paroisse.
- des membres de droit avec voix consultatives : le directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur, les représentants des autorités de contrôle et de tarification (Conseil départemental de l'Indre et Agence Régionale de Santé), le président du conseil de la vie sociale de l'établissement, les membres du comité d'entreprise ou représentants élus du personnel, siégeant pendant la durée de leur mandat.

L'établissement est doté d'un expert-comptable et d'un commissaire aux comptes

Lors du conseil d'administration du 16 janvier 2013, le Président a mis en place des commissions associatives ayant un rôle d'étude, d'analyse, de relais et de proposition pour le conseil d'administration qui conserve son rôle décisionnaire.

Il existe quatre commissions :

- a) Ressources humaines : Suivi des effectifs, évaluations des professionnels, entretien de personnel et recrutement, évolution de carrières, plan de formation, contrats de progrès...
- b) Bâtiments : Etat des lieux des immobilisations, surveillance, sécurité, maintenance et travaux
- c) Finances : Suivi de trésorerie et du budget, analyse des écarts entre le prévisionnel et le réalisé.
- d) Relation avec les usagers et qualité des soins :
 - Relation avec les familles, municipalités du canton et prestataires,
 - Adaptation de la qualité des prestations aux besoins repérés dans les respects des contraintes financières.
 - Suivi des conventions

L'Association Notre Dame de Confiance est gestionnaire d'un unique établissement, l'EHPAD Notre dame de confiance, soumis aux autorités de tarification - le conseil départemental de l'Indre et l'Agence Régionale de Santé - avec qui les budgets sont négociés.

L'organigramme de l'entité juridique (fonctionnel et comprenant les ETP) :

Voir organigrammes annexés.

by RF

Activités de l'entité juridique :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et Nom de l'établissement ou service	Date de dernier renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge	36	EHPAD Notre Dame de Confiance	03/01/2017	70 + 4	70 + 4
Handicap					
Protection de l'enfance					
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire					
Publics spécifiques					
Autre activité non soumise à autorisation					

Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir le forfait global de soins :

ESMS ou personne morale signataire destiné à percevoir le forfait global de soins PA	EHPAD Notre Dame de Confiance
Caisse pivot de rattachement	MSA Berry-Touraine

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

Nom de l'établissement	EHPAD Notre Dame de Confiance
N° FINESS (ET)	360002075
Directeur	Madame Karine Bonneau
Adresse	20 rue de la Mairie – 36220 TOURNON SAINT MARTIN
Téléphone	02 54 37 50 54
E-mail	ehpad.ndc@orange.fr
Statut juridique	Privé associatif
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	CDI / CCN 1951
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarification globale soins
Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) sous réserve de l'approbation par les autorités de tarification * Sous réserve de l'accord préalable des autorités de tarification	AUCUN PROJET DE RESTRUCTURATION OU TRANSFORMATION

*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.

Capacités de l'établissement et habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Capacités totales de l'établissement Notre Dame de confiance à Tournon Saint Martin			
Activité	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont habilitée à l'aide sociale
Hébergement permanent (HHP)	70	70	70
Dont unité sécurisée	10	10	10
Hébergement temporaire (HT) médicalisé	4	4	4
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	14	14	
Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Accueil de jour (AJ)			
TOTAL	74	74	74

L'EHPAD « Notre Dame de Confiance » est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Ce CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 du CASF, entre l'Organisme gestionnaire et le Conseil départemental dans les modalités et conditions prévues en annexe 6. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation correspond à la capacité de l'EHPAD, à savoir 70 lits d'hébergement permanent.

La participation financière départementale à l'EHPAD pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre, est stipulée dans l'annexe 6 précitée et le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de l'Indre.

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

Conventions concluent avec le Centre Hospitalier du Blanc, l'équipe mobile gériatrique du groupe Ep'Age, la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de Lureuil, la clinique Kappa de Châtellerault, le CODESPA 36,, le docteur Le Duc, l'officine de Tournon, ...

Article 2 : Objectifs du CPOM

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat sur la base du diagnostic partagé (annexe 1).

Diagnostic partagé

Elaboré au cours de l'année 2021, le diagnostic partagé a permis de mettre en évidence les points forts, les points d'amélioration et les pistes d'actions à partir :

- ✓ d'un bilan des objectifs de la précédente convention tripartite, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe ainsi que du projet d'établissement ;

Cette démarche a permis de déterminer conjointement les objectifs et d'élaborer les fiches-actions jointes au présent CPOM.

Engagements des co-contractants

Les parties s'engagent dans une démarche de maintien et d'amélioration continue de la qualité, en conformité avec la réglementation ainsi que les principes et les droits élémentaires de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Jg MF

Elles s'engagent également à faire en sorte que la qualité de prise en charge repose sur une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet de service, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, et également dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées.

Les objectifs du présent contrat s'appuient notamment sur :

- ✓ les axes fondamentaux inscrits dans les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017.

L'Organisme gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs du présent CPOM. Les objectifs et les délais de réalisation sont énoncés dans des fiches-actions dédiées annexées au présent CPOM (Cf. annexe 9).

Jg MR

Les axes retenus dans le présent CPOM sont les suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Expression et participation individuelle et collective des résidents	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement 1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; Transformation, regroupement d'établissements renforcement de l'efficacité de gestion. Opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopération Développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification 2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports 2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes Développement de nouvelles prestations Partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs 3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé 3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée 3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS 3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile 3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents Démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident 4-2 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins buccodentaires 4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes 4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament 4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe 4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables 4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD 4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS 4-9 Respecter le rythme des personnes âgées, adapter les prestations aux attentes des résidents et assurer leur qualité de vie
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail	5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

g IF

TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT

En préalable, il est rappelé que les moyens dédiés du contrat s'inscrivent dans un calendrier budgétaire défini comme suit par le CASF :

- ✓ **Au plus tard le 31 octobre** de l'année qui précède l'exercice concerné, transmission aux autorités de tarification compétentes de l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours. Pour les établissements publics autonomes, transmission à l'ARS des délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité ;
- ✓ Notification des produits de tarification par les autorités de tarification ;
- ✓ **30 jours après la notification des ressources la plus tardive et au plus tard le 30 juin de l'année n**, transmission aux autorités de tarification du cadre normalisé de l'EPRD complet et ses annexes via un dépôt sur la plateforme EPRD de la CNSA ;
- ✓ **Dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt sur la plateforme import EPRD**, validation/rejet du cadre normalisé de l'EPRD complet et ses annexes par les autorités de tarification.

Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (Gir Moyen Pondéré : GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré : PMP) servent de base de calcul pour les forfaits dépendance et soins. Elles sont réalisées de façon simultanée par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Elles sont basées sur la plus récente des évaluations et, au plus tard, le 31 juillet de l'année qui précède la conclusion du présent contrat, ainsi qu'au cours de la troisième année (articles R. 314-170 et suivants du CASF).

Le GMP et PMP de l'établissement couvert par le CPOM en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et Nom de l'ESMS	GMP	Validé le	PMP	Validé le	GMPS (PMPx2.59)+GMP
36 000 2075	500 - EHPAD	734	21/07/2021	218	20/07/2021	1 298,62

Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance

Dépenses couvertes par le forfait global relatif à la dépendance (article R. 314-176 du CASF)

La part du forfait global relatif à la dépendance ne peut couvrir que les charges suivantes :

- ✓ Les fournitures pour l'incontinence ;
- ✓ Les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement,
- ✓ Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- ✓ Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux, dans les conditions prévues au présent article et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, concurremment avec les produits relatifs aux soins,
- ✓ Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- ✓ Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Modalités de calcul du forfait global relatif à la dépendance (articles R.314-172 et suivants du CASF)

Le Forfait Global Dépendance (FGD) de l'hébergement permanent (HP), correspond à l'équation tarifaire suivante :

$$\text{FGD} = \left[\frac{\text{niveau de perte d'autonomie}}{\text{nombre de personnes hébergées}} \times \text{capacité autorisée} \times \text{point GIR départemental} \right] + \text{financements complémentaires}$$

La répartition des résidents par niveau de GIR et la valorisation en points (1 040 points pour un GIR 1 ou 2, 660 points pour un GIR 3 ou 4 et 280 points pour un GIR 5 ou 6) permet de déterminer le **niveau de perte d'autonomie** de l'établissement.

La **valeur du point GIR départemental** est calculée en divisant le total des forfaits globaux dépendance de l'année N-1 de l'ensemble de tous les établissements du département par le total des points de la dernière évaluation du niveau de perte d'autonomie de ces établissements.

Le résultat de cette équation constitue le **niveau de ressource cible**, appelé forfait global dépendance cible.

Le résultat de cette équation est ensuite modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la **capacité de places autorisées et financées**. Toutefois, la décision d'appliquer la modulation au forfait dépendance revient au Département, autorité de tarification compétente.

Des modifications du forfait global relatif à la dépendance peuvent être envisagées pour tout projet nouveau en adéquation avec les orientations du schéma départemental gérontologique, dans le périmètre de l'autorisation, et sous réserve d'une validation et d'une autorisation préalable. Ce type de modification fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Dispositif transitoire de convergence

La réglementation a posé une période transitoire de 2017 à 2023 afin d'amener progressivement (au rythme de 1/7^{ème} par an) l'établissement vers le forfait global dépendance cible sur les bases du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Durant cette période, le forfait global dépendance de l'année « n » est calculé de manière dérogatoire en prenant en compte, entre autres, le forfait global dépendance n-1 et le taux d'évolution annuel arrêté par le Président du Conseil départemental.

Calcul des tarifs journaliers dépendance

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont calculés de la manière suivante :

$$\text{tarif GIR 1-2} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 1\,040$$

$$\text{tarif GIR 3-4} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 660$$

$$\text{tarif GIR 5-6} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 280$$

* nb de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents

J M

Financement du forfait global dépendance

Le Département de l'Indre finance le forfait global dépendance, déduction faite de :

- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de l'Indre au titre du tarif journalier GIR 5 et 6 ;
- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'APA au titre des ressources, recouvrée par l'établissement d'accueil ;
- ✓ la participation des résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA ;
- ✓ la participation des résidents qui ont conservé leur domicile de secours dans un autre département ;
- ✓ la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

A noter que pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident ou pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, - à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour-, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

Pour calculer la part du financement du Département de l'Indre, l'établissement doit fournir, dans l'annexe 4 « activité » de l'arrêté du 27 décembre 2016, la répartition prévisionnelle des résidents par GIR et le nombre de résidents dont le domicile de secours n'est pas dans l'Indre. Ce **document doit être rempli de façon sincère**. Le Département vérifiera la véracité de ces données sur la base des notifications des bénéficiaires de l'APA.

Le gestionnaire de l'établissement se doit d'être vigilant d'une part sur le maintien de son activité et d'autre part sur les droits à l'APA de ses résidents.

Article 3 : Forfait soins

Modalités de calcul du forfait soins

Le forfait global relatif aux soins de l'hébergement permanent (HP) est égal à la somme des éléments suivants (article R314-159 du CASF) :

- ✓ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R314-162 du CASF prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées au point 4/1/1-2. La formule de calcul est la suivante :
valeur du point de l'option tarifaire x GMPS x capacité

La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

- ✓ des financements complémentaires mentionnés à l'article R.314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils peuvent couvrir les dépenses :
 - des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
 - du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
 - des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;
 - des actions de prévention ;
 - des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;

- des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;
- les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R314-159 du CASF est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R 314-160 du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

La dotation soins des autres dispositifs (HT, AJ, PASA, UHR, PFR, autre) est égale à la dotation soins reconductible de ces dispositifs à laquelle est appliqué le taux d'actualisation comme défini ci-dessous. Ces montants viennent s'ajouter à la dotation soins de l'HP pour former la dotation globale de soins de l'établissement.

Evolution annuelle de la dotation soins

Actualisation de la dotation soins :

La dotation soin du CPOM sera actualisée dans la limite des crédits alloués annuellement à l'ARS Centre-Val de Loire. A ce titre, l'ARS appliquera un taux d'actualisation des budgets par ESMS en fonction des directives d'actualisations de la CNSA et du taux d'actualisation de la Dotation Régionale Limitative et du respect de la politique de convergence intra-régionale, tels qu'indiqués dans le Rapport annuel d'Orientation Budgétaire.

Crédits non reconductibles :

Les EHPAD pourront être éligibles à l'attribution de crédits non reconductibles (CNR) selon les besoins recensés et les possibilités de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'attribution des CNR donne lieu à un fléchage précis par l'ARS Centre-Val de Loire qui fait l'objet d'un suivi annuel. L'établissement doit transmettre avec l'ERRD au 30/04/N+1 le tableau de suivi des CNR.

Possibilités de modification de la dotation soins :

- ✓ Projets autorisés en cours de réalisation et inscrits au PRIAC au cours de leur année de mise en œuvre ;
- ✓ Les projets nouveaux proposés, de part et d'autre, en réponse aux besoins exprimés sur le territoire de santé de l'Indre, dans le respect de la réglementation du régime des autorisations en vigueur et sous réserve d'un accord de financement des moyens nécessaires ;
- ✓ Tout projet nouveau, dans le périmètre de l'autorisation, sous réserve d'une concertation préalable et d'un accord de financement des moyens nécessaires.

Ce type de modification fera l'objet d'un avenant au CPOM.

JS RP

Financements soins pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM

- Hébergement permanent :

Forfait global de soins :

FINESS ET	Nom de l'ESMS	Option tarifaire	Valeur de point 2021	GMPS	Capacité de l'HP	Résultat de l'équation tarifaire = dotation plafond = cible 2021	Base reconductible soins au 01/01/2021 avant actualisation et résorption	Ecart à la dotation plafond au 01/01/2021
360002075	EHPAD « Notre Dame de Confiance »	Globale	12,44	1 245,95	70	1 084 973,26	1 084 973,26	0

Financements complémentaires :

FINESS ET	Montant de financement complémentaire pour la 1ère année du CPOM	Date d'attribution et de notification des financements complémentaires	Fléchage

Chaque année, l'octroi de financements complémentaires fera l'objet d'un avenant.

- Dotation globale au 1^{er} janvier 2021 comprenant l'ensemble des dispositifs :

FINESS ET	HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Dotation globale
360002042	1 084 973,26	45 956,95		69 293,42			1 200 223,63

Le montant de la dotation globale indiqué dans le tableau ci-dessus ne tient compte ni du taux d'actualisation qui sera appliqué en année N, ni d'une possible revalorisation de la valeur du point, ni des possibles CNR qui pourraient être attribués. Une décision de tarification sera notifiée chaque année par l'ARS Centre-Val de Loire et tiendra compte de l'ensemble de ces éléments.

Article 4 : Tarification de l'hébergement
--

Cadre général

L'EHPAD est habilité à l'aide sociale départementale. La tarification à l'hébergement permanent et à l'hébergement temporaire relève donc exclusivement de la compétence du Président du Conseil départemental de l'Indre pour les seuls résidents bénéficiaires de l'aide sociale (article L. 314-2 I-3e du CASF).

Dans le cadre de l'habilitation totale, une part de la capacité est tarifée hors tarification à l'aide sociale pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L.342-3-1 du CASF et suivants et D.342-1 et suivants du CASF), en application des modalités prévues au CPOM et à la convention d'aide sociale (annexe 6).

L'établissement peut ainsi choisir de retenir pour l'ensemble des résidents le tarif arrêté par le Président du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'établir un tarif spécifique pour les résidents à titre payant sur délibération du Conseil d'administration. Dans ce cas, il devra appliquer les dispositions indiquées ci-dessous.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le Département prend en charge le coût journalier d'hébergement comprenant :

- ✓ le ou les tarif(s) journalier(s) afférent(s) à l'hébergement correspondant au **socle de prestations**, à savoir :
 - les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
 - les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage y compris celles relatives au blanchissage du linge personnel des résidents, et de nettoyage à l'extérieur concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
 - les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
 - les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;
- ✓ le tarif journalier afférent à la dépendance en GIR 5-6 (ticket modérateur).

Pour les résidents non bénéficiaires à l'aide sociale (à titre payant), le prix des prestations à l'hébergement relève de la compétence de l'Organisme gestionnaire de l'établissement (article L. 342-1 et suivants du CASF).

Types de prestations d'hébergement

Les prestations offertes doivent prévoir :

- dans tous les cas un "socle de prestations" comprenant des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage du linge hôtelier et d'animation de la vie sociale (annexe 2-3-1 du CASF) ;
- pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale du Département de l'Indre, les prestations de blanchissage du linge du résident.

Elles peuvent prévoir en supplément du « socle des prestations », d'autres prestations d'hébergement librement acceptées et acquittées par les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Modalités de fixation du ou des tarif(s) pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour la première année du CPOM : (année 2022 qui sera l'année de base zéro)

Dans le cadre de la procédure contradictoire de la première année du CPOM, l'Organisme gestionnaire transmettra au Département au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 ses **propositions** budgétaires et leurs annexes pour la section hébergement. Si le Département demande des compléments, ils devront être transmis au plus tard dans un délai de quinze jours à la suite de la demande.

Parallèlement, le Département procédera à une **démarche dite « vérité des coûts, des prestations »** sur la base du compte administratif des années n-2, n-3 et n-4 et du dernier budget prévisionnel alloué.

Une **rencontre budgétaire** entre les deux parties est ensuite organisée pour valider les propositions budgétaires de l'année n (année base zéro) sur la base de cette double analyse. A l'issue de cette rencontre, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement retenu est notifié à l'établissement par voie postale et/ou voie électronique.

L'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception pour faire connaître son éventuel désaccord en motivant de manière circonstanciée les raisons qui rendent impossible, selon lui, le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir. A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés ci-dessus, l'établissement est réputé avoir approuvé la version proposée par l'autorité de tarification.

Le **tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de soixante ans et plus¹**, est calculé de la manière suivante :

Montants des charges et recettes prévisionnelles de la section = hébergement arrêtés par groupes par le Département
activité prévisionnelle de l'exercice

Ce tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'Organisme gestionnaire (article R. 314-182 du CASF) afin de tenir compte notamment :

- ✓ du nombre de lits par chambre ;
- ✓ des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- ✓ de la localisation et du confort de la chambre ;
- ✓ de l'accueil temporaire ;
- ✓ de l'accueil de jour ;
- ✓ des coûts liés à la prise en charge des personnes sous protection.

Conditions d'actualisation et de revalorisation des tarifs pour les années suivantes :

Le Département arrête chaque année un taux directeur prévu à l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF. Ce taux ne constitue ni un droit, ni un maximum mais un indicateur. Il s'applique, selon les dispositions des articles L. 313-8 et R 314-40 CASF, sur les dépenses hors charges financières et dotations aux amortissements.

Le Département reste attaché au **principe d'une concertation annuelle**. Afin de préparer la rencontre annuelle entre le Département et l'Organisme gestionnaire, ce dernier devra fournir, au plus tard, pour le 31 octobre les documents suivants :

- ✓ Un rapport détaillé et justifié laissant apparaître ses besoins, ses problématiques et l'état de ses demandes ;
- ✓ Une étude financière d'impact et des surcoûts ;
- ✓ Des documents justificatifs.

Cette rencontre permettra de débattre, selon les orientations du Département :

- ✓ Des modalités de fonctionnement de l'établissement ;
- ✓ Des impacts financiers sur la tarification dans le cadre du CPOM ;
- ✓ De l'évolution de la réalisation du Projet Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- ✓ Du projet d'établissement.

A l'issue de cette démarche, le Département pourra soit :

- ✓ appliquer le taux directeur ainsi que la prise en compte des charges financières et des dotations aux amortissements;
- ✓ prendre en compte, en totalité ou partiellement, les demandes spécifiques exprimées et ainsi amender l'évolution du tarif hébergement retenu en année N – 1. Le tarif ainsi établi pour l'année N est arrêté par le Président du Conseil départemental tandis que le tarif libre, si l'établissement décide d'appliquer cette procédure, est fixé par délibération du Conseil d'administration de l'établissement.

Js

MF

1. Le tarif appliqué aux résidents âgés de moins de 60 ans est précisé à l'article 5.

Modalités de fixation des prix pour les résidents à titre payant et leur variation

Si l'établissement décide d'appliquer le principe d'une liberté de tarification pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, et en application de l'article L. 342-3 du CASF, le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour passé préalablement à l'admission entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. Ce contrat détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur. Une annexe contractuelle au contrat de séjour décrit l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement, qu'elles relèvent ou non du socle de prestations. Toute modification tarifaire ou de prestation fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

L'ensemble des tarifs doivent être établis et approuvés par le Conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, être communiqués aux résidents ou à leurs représentants légaux et portés à la connaissance du Président du Conseil départemental et du public.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé au 1er janvier de chaque année par arrêté interministériel en application des articles L. 342-3 et D. 342-5 du CASF.

Si l'établissement est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), les prestations correspondant au calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables sont régies par la convention conclue au titre de l'APL. Elles n'évoluent donc pas en fonction de cet arrêté.

Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est équivalent (article R.314-188 du CASF) :

- ✓ au tarif moyen journalier afférent à l'hébergement ;
- ✓ auquel est ajouté la part de forfait global relatif à la dépendance obtenu en divisant ce dernier par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l'établissement.

Ce tarif est affecté aux charges d'hébergement, sur la base du tarif journalier moyen à l'hébergement, et pour le solde, à la couverture des charges de dépendance.

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est arrêté par le Président du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale (ou si le principe de libre tarification est appliqué), le Conseil d'administration de l'établissement fixe par délibération le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Pour l'ensemble des résidents, la part de forfait global relatif à la dépendance est arrêtée par le Président du Conseil départemental.

L'évolution du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement est basé sur celle de la tarification de l'hébergement. Quant à celle du forfait relatif à la dépendance, elle relève des dispositions citées précédemment (article 2 du titre 2).

Article 6 : Investissements pluriannuels

L'ensemble des investissements prévus pendant la période effective du CPOM fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé, pour « l'année de base zéro » du CPOM, par l'ARS et/ou le Département selon leurs compétences respectives.

Le PPI annexé au présent CPOM (annexe 5) est composé d'un état des investissements pour les cinq années du CPOM avec leur date de réalisation, les modes et les durées d'amortissement, le plan pluriannuel de financement actualisé détaillé, le tableau des emprunts et le tableau des surcoûts par section tarifaire.

Handwritten signature

Le PPI intègre :

- ✓ les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements/charges financières... valorisés dans le tableau des surcoûts par section tarifaire) ;
- ✓ des projets supplémentaires d'investissement (sécurité/mise aux normes/opération de travaux : réhabilitation, restructuration, construction/projet d'établissement...).

Les accords de l'ARS et/ou du Département pourront faire l'objet d'un avenant au contrat en tant que de besoin.

Dans le cadre du passage en Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD), le gestionnaire devra faire apparaître dans les documents à transmettre simultanément à l'ARS et au Département, les impacts des investissements prévus au PPI notamment à travers le tableau de financement par section tarifaire.

Aucun autre investissement augmentant la dotation aux amortissements et les charges financières ne pourra être engagé sans accord des autorités de tarification et, le cas échéant, entraînera une révision du PPI concerné.

Tout surcoût issu de la réactualisation annuelle des PPI pesant sur les budgets d'exploitation devra être financé dans les limites des moyens accordés par chaque financeur (forfait global pour la section tarifaire soins, forfait global pour la section tarifaire dépendance et tarifs journaliers pour la section tarifaire hébergement).

Tout recours à l'emprunt supérieur à un an (art. L. 314-7 du CASF) pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS et/ou au Département (art. L. 314-7 du CASF). Les éventuels frais financiers découlant d'emprunts nouveaux devront être compris dans le PPI et être soumis à validation de l'autorité de tarification compétente.

L'Organisme gestionnaire devra prioriser, tant pour les investissements que pour les financements, les opérations du plan pluriannuel d'investissement, afin que leur consolidation soit globalement équilibrée.

L'EHPAD « Notre Dame De Confiance » à Tournon-Saint-Martin a fourni à la date de signature du CPOM un PPI complet (tel qu'énoncé au présent article et selon les dispositions de l'arrêté NOR: SOCA0324061A du 22 octobre 2003). Ce document pourra être actualisé au cours de la durée du CPOM. Dans ce cas, il devra faire l'objet d'une validation par les autorités et d'un avenant au CPOM.

Article 7 : Modalités d'affectation des résultats

Si la libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD, elle doit s'effectuer au regard des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. L'affectation de ces résultats fait l'objet d'un examen par le Conseil d'administration de l'Organisme gestionnaire. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Conformément à l'article R. 314-234 CASF, les résultats excédentaires sont à affecter en priorité :

1. à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2. à un compte de report à nouveau ;
3. au financement de mesures d'investissement ;
4. à un compte de réserve de compensation des déficits ;
5. à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF ;
6. à un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

En conséquence, la couverture des déficits qui reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire, est couverte en priorité :

1. par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;

3. pour le surplus éventuel, affectée à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Toutefois, il est rappelé que conformément aux articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF, l'ARS et le Département pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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.

Par ailleurs, lors de l'étude des projets pluriannuels d'investissement, il sera tenu compte des anticipations réalisées ou non par l'organisme gestionnaire sur les affectations de résultat.

La transmission des documents de l'ERRD mentionnés aux articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, devra être faite au plus tard le 30 avril de l'année n+1.

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 : Suivi et évaluation du contrat

Il est mis en place un comité de suivi et des dialogues de gestion pour le suivi et l'évaluation du contrat.

Le comité de suivi :

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de chaque partie au contrat.

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

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'Organisme gestionnaire en cours de contrat dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, notamment :

- ✓ évaluations internes (à fournir un an avant l'échéance du présent contrat) ;
- ✓ évaluations externes ;
- ✓ documents budgétaires et comptables ;
- ✓ suivi des objectifs du présent contrat ;
- ✓ données du tableau de bord de la performance ;
- ✓ bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat.

D'autres documents pourront être joints en tant que de besoin.

Par ailleurs, l'Organisme gestionnaire transmet aux autorités de tarification compétentes, au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné :

- ✓ l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours ;
- ✓ les délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité à transmettre à l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire uniquement par les établissements publics autonomes.

Jg RP

Le rapport annuel d'étape

Le rapport annuel d'étape établi par l'établissement doit être transmis au plus tard au 30 avril de chaque année, dans le cadre de l'ERRD, qui comporte :

- ✓ Le cadre normalisé de l'ERRD complet et ses annexes ;
- ✓ Un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, dont le modèle est fixé par arrêté interministériel, et qui différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
 - Le Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé.
- ✓ Un rapport financier et d'activité qui comprend :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du présent ;
 - L'affectation des résultats ;

Il est accompagné des documents supplémentaires suivants :

- ✓ Le tableau de suivi des provisions, réserves et fonds dédiés par établissement et service ;
- ✓ Le tableau de suivi des crédits non reconductibles de la section soins par établissement et service.

L'ARS et le Département se réservent le droit de réaliser toute vérification permettant de s'assurer de la conformité du rapport annuel.

Pour la troisième année et la cinquième année du CPOM, le rapport d'étape devra également être accompagné du tableau de suivi des objectifs fixés (annexe 3 : Suivi et évaluation de la réalisation du CPOM).

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,
- ✓ au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

Un ou des dialogues de gestion supplémentaire(s) en cours d'exécution du contrat pourront être organisés dans les cas et les modalités prévus au contrat.

Le dialogue de gestion organisé au cours de la troisième année a pour objectif de suivre les engagements des parties. Il doit permettre de rediscuter du CPOM, notamment en cas d'événements exceptionnels et imprévisibles, quels qu'ils soient, et de veiller à son respect. Sur la base du rapport annuel d'étape, il porte notamment, pour les deux premières années du CPOM, sur :

- ✓ l'évaluation de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM ;
- ✓ le degré de réalisation des objectifs sur la base des indicateurs et des résultats attendus ;
- ✓ le contrôle de l'activité réalisée ;
- ✓ la définition de l'activité prévisionnelle pour l'année à venir.

Sur cette base, le comité de suivi se réunit et :

- ✓ 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 ;
- ✓ constate les résultats obtenus et les efforts engagés ;
- ✓ signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices.

Il peut également 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.

Le **dialogue de gestion de renouvellement du CPOM** a pour objectif d'examiner la pertinence de la dynamique de qualité et d'efficacité instaurée et de faire connaître les intentions de chacune des parties quant :

- ✓ au renouvellement du CPOM pour une période déterminée de 5 ans ;
- ✓ à sa prorogation d'un an.

Le comité de suivi se réunit au plus tard 6 mois avant la fin du CPOM et :

- ✓ examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci et arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM ;
- ✓ établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan, arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM, alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de **saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles** (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.

De même, 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 Département ou l'ARS **peut ajouter un dialogue de gestion** supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

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.

Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département

L'ARS et le Département peuvent procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des résidents.

L'Organisme gestionnaire s'engage à faciliter le contrôle par les autorités d'autorisation et de tarification de la réalisation des objectifs, en particulier par l'accès à toutes pièces justificatives, et de la bonne application de la réglementation en vigueur.

Article 2 : 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 (Tribunal Administratif de Limoges, 2 cours Bugeaud – CS 40410 - 87011 LIMOGES Cedex ou Greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4).

Jg MF

Article 3 : Révision et Résiliation du contrat

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du présent contrat impossible, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Conditions de révision

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, de révision des conditions de l'habilitation à l'aide sociale ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir, à titre d'exemples, lors :

- ✓ d'une modification législative ou réglementaire importante ;
- ✓ d'une modification du périmètre du CPOM ;
- ✓ de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier ;
- ✓ d'une modification des modalités de tarification ;
- ✓ pour la validation d'un PPI initial ou actualisé ;
- ✓ du changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat ;
- ✓ pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que des missions qui lui sont confiées ;
- ✓ pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- ✓ pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Département destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat ;
- ✓ ...

L'autorisation de gestion ayant été accordée au nom du gestionnaire, toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

En cas de cession de son activité, et sous réserve du transfert de l'autorisation par les autorités de tarification, le cessionnaire reprendra l'intégralité des engagements souscrits dans le contrat et ses avenants successifs. Le contrat continuera alors de plein droit.

Conditions de résiliation

Le présent contrat pourra être résilié :

- ✓ de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- ✓ de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- ✓ de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- ✓ avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, pour prise d'effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Sg MF

Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM à la convention tripartite pluriannuelle signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé du Centre – Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 26 décembre 2016.

Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2022 et dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Article 6 : Renouvellement du contrat

Au plus tard, six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant afin d'arrêter les conditions dans lesquelles le contrat peut être renouvelé. Au vu du dialogue de gestion de renouvellement par le comité de suivi, une décision de renouvellement ou de prorogation du CPOM est arrêtée.

Article 7 : Evaluation

Eu égard au 7° de l'article 1^{er} du décret 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux modifiant l'article D.312-304 du Code de l'Action sociale et des Familles, il est convenu de réaliser une évaluation quinquennale de la qualité des prestations délivrées par l'EHPAD dont les résultats devront être transmis aux autorités de tarification au plus tard pour le 31 mars de la cinquième année du CPOM.

Jg
MF

TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires.

1. Annexes obligatoires et communes à tous les CPOM

Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **Annexe 3 - Suivi annuel des objectifs fixés**

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM pour suivre leur évolution. Elle est transmise aux autorités au cours de la troisième année et de la cinquième année du CPOM, eu égard à l'atteinte des objectifs.

- **Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

- **Annexe 5 - Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)**

Cette annexe précise les principaux investissements prévus à la date de signature du CPOM pour les cinq années suivantes.

2. Annexe obligatoire pour les établissements concernés habilités

Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

- **Annexe 6 - Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**

fg MF

3. Documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services

Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM




- **Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)**
- **Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat**

4. fiches actions

- **Annexe 9 - Fiches actions**

Fait en 3 exemplaires originaux

A Châteauroux, le **04 AVR. 2022**

<p>Pour l'Agence Régionale de Santé, Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire</p>  <p>Monsieur Laurent HABERT</p>	<p>Pour le Département de l'Indre, Le Président du Conseil départemental de l'Indre</p>  <p>Monsieur Marc FLEURET</p>
<p>Pour l'Organisme gestionnaire/l'établissement, Le Président de l'association maison de retraite « Notre Dame de Confiance » pour l'activité EHPAD</p>  <p>Monsieur Louis GILLIER</p>	

ADMINISTRATEURS ASSOCIATION NDC

DIRECTION 1 ETP

ADMINISTRATION

2 ETP

SERVICES
TECHNIQUES

1.24 ETP

PSYCHOLOGUE

0.40 ETP

SOINS

HOTELLERIE

ANIMATION

1 ETP

EQUIPE
MEDICALE

0.52 ETP

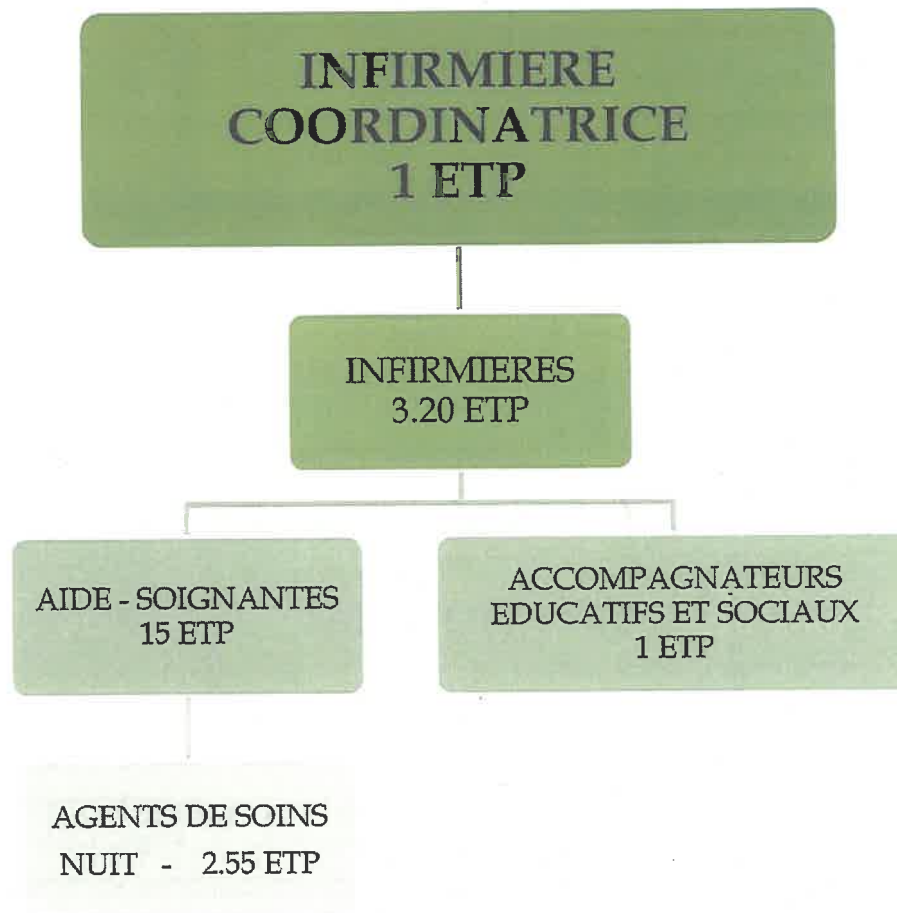
EQUIPE
REEDUCATION

0.80 ETP

EQUIPE
PARAMEDICALE

ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE

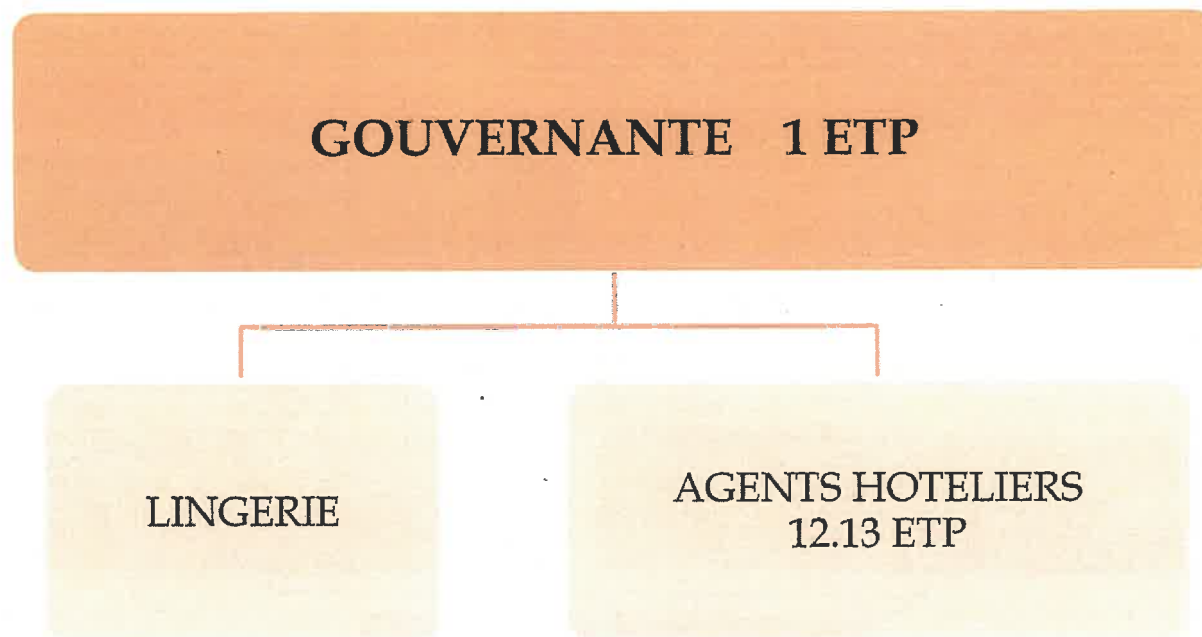
EHPAD Notre Dame de Confiance | 2018



EQUIPE PARAMEDICALE

Commission d'établissement 2018 / organigramme version 4

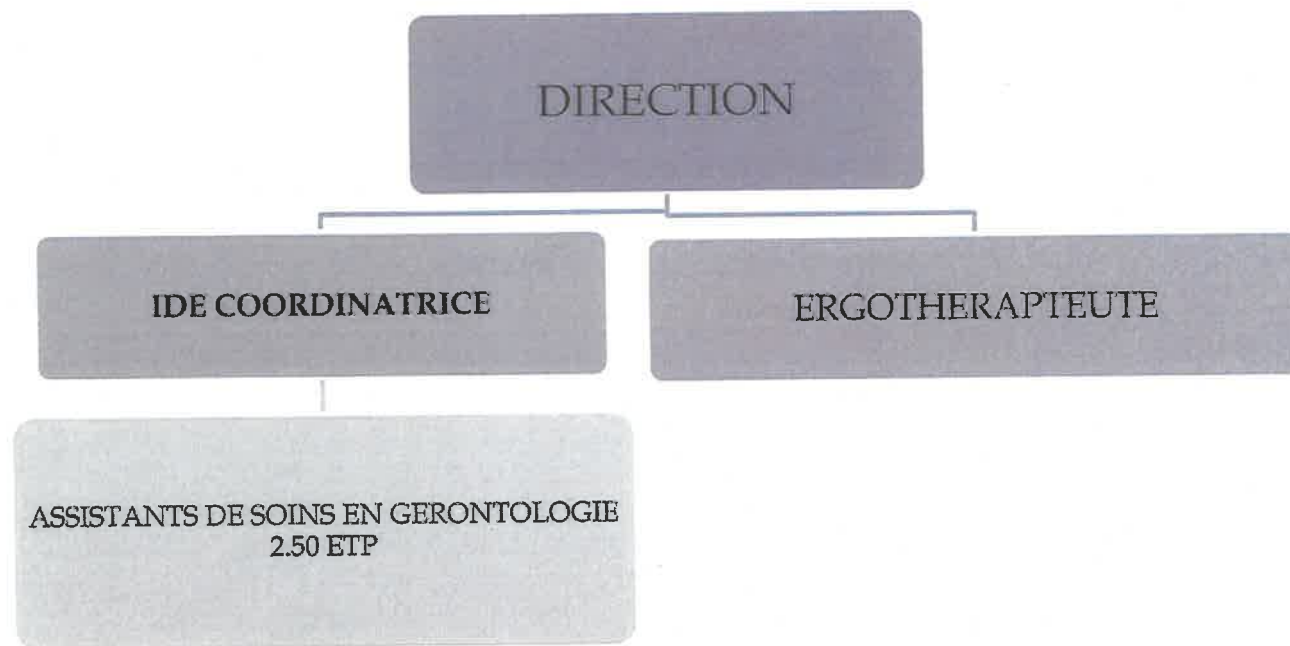
EHPAD Notre Dame de Confiance | 2018



EQUIPE HOTELIERE

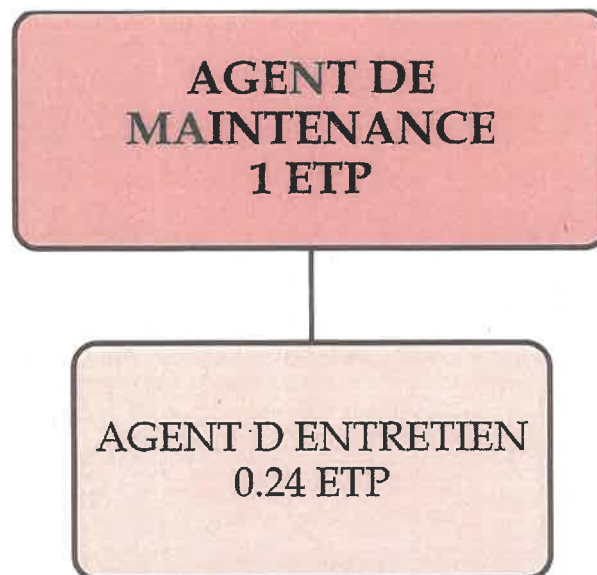


EHPAD Notre Dame de Confiance | 2018



EQUIPE PASA

EHPAD Notre Dame de Confiance | 2018



SERVICES TECHNIQUES

FICHE INDICATEURS

CPOM

Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20 R DE LA MAIRIE 36220 TOURNON ST MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

A remplir par l'établissement pour le diagnostic et à envoyer chaque année à l'ARS

Axe 1 : Projet d'accompagnement personnalisé	2020	2021	Observations
Taux de signature	41,66%	34,38%	pas de PAP sur période COVID
Nombre de PAP signés par le résident	30	22	
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	10,00%	13,63%	
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement	OUI	OUI	PAP relancés en 2021 par nouvelle psy
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	1,38%	3,13%	référénte DA nommée fin 2019

Axe 3 : Contribution aux parcours & Développement des Systèmes d'Information	2020	2021	Observations
Convention avec un service de psychiatrie ou de gériopsychiatrie formalisée (Oui ou Non)	Non	Non	convention caduque
Taux de passage aux urgences sans hospitalisation			suivi non réalisé
Taux d'hospitalisation complète	3%	2%	
Nombre de journées d'hospitalisation	677	442	
% de résidents pris en charge par l'EADSP	0,85%	1,98%	
nombre de résidents pris en charge par l'EADSP	1	2	
Nombre d'intervention de l'EADSP	1	2	
Présence d'un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur	10	7	
% de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée			suivi non réalisé
Nombre de résidents pris en charge par l'HAD/an	4	1	
Taux de résident pris en charge par l'HAD	3%	1%	
Nombre d'interventions de l'HAD/an	68	90	
taux de résidents décédés en hospitalisation	31%	23%	
taux de résidents décédés en EHPAD	69%	77%	
Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	13%	10%	
Convention avec un gérontopsy	Non	Non	2021 = convention avec un psychiatre = manuel
Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	Oui	Oui	
Nombre d'ETP de l'EHPAD (AS/IDE/ASH/Autres) affectés aux nuits	5,14	5,14	
% de Personnel Diplômé	50%	50%	
Nombre de personnels AS présents chaque nuit	1	1	
% de Personnel Diplômé	100%	100%	
Nombre de personnels ASH présents chaque nuit	1	1	
Nombre de personnels autres présents chaque nuit	0	0	
Mise en place d'astreinte d'IDE de nuit (Oui ou Non)	Non	Non	astreinte administrative IDE
si oui, cette astreinte d'IDE de nuit est-elle mutualisée (Oui ou Non)			
si oui, avec qui ?			
Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE	0	0	astreinte administrative IDE
Nombre d'interventions de l'IDE	0	0	
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit	0	0	
si non, hors AAC, réflexion en cours pour la mise en place de ce dispositif ? (Oui ou Non)	Non	Non	pas de besoins ressentis par l'équipe de nuit
Compatibilité du logiciel soins avec le DMP (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Taux de résidents avec un DMP	100%	100%	
Existence d'une messagerie sécurisée	Oui	Oui	
Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	6	12	
Taux de résidents admis par Via-Trajectoire	0%	3%	
Le matériel de télé médecine est-il présent dans l'établissement ? (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Si oui, nombre d'appareils	1	1	
Si oui, est-il utilisé ? (Oui ou Non)	Non	Non	pas d'interlocuteurs médicaux

Si oui, indiquez le nombre par an	0	0	pas d'accompagnement pour créer les dossiers
Si oui, indiquez la file active	0	0	
<i>Liste des professionnels consultés :</i>			

Axe 4 : Rapport Médical	2020	2021	Observations
Présence d'un protocole sur le circuit du médicament (Oui ou Non)	Oui	Oui	
L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	Non	Non	
nombre d'écarts			
Présence d'un protocole sur le circuit du médicament de la prescription à la distribution (Oui ou Non)	Oui	Oui	a actualiser
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	30%	45%	
Présence d'un protocole de prévention et de la prise en charge de la dénutrition (Oui ou Non)	Oui	Oui	
nombre de résidents dénutris	21	36	
Surveillance de la courbe de poids	Oui	Oui	
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	Oui	Oui	commission de menus / résidents
Présence d'un protocole de prévention des chutes (Oui ou Non)	Non	Non	
% de chutes ayant entraîné une hospitalisation	2%	2%	
Nombre de chutes prises en charge	317	371	
Nombre de chuteurs à répétition	47	48	
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	18	19	
Présence d'un protocole de contention (Oui ou Non)	Non	Non	
% de résidents pour lesquels une contention a été prescrite	0,00%	0,00%	excepté prescription de barrières
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an	8	12	
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescription par mois			
Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG			
Protocole de déclaration des EIG			
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés			
Taux d'EIG analysés			
Nombre d'EIG déclarés / an	17	12	
Nombre de RETEX formalisés /an	0	0	
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée, ...)	non	non	
% de résidents vaccinés pour la grippe	94%	91%	
% de personnel vacciné pour la grippe	33%	45%	
Existence d'une convention pour soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissements de santé)	Oui	Oui	
% de résidents ayant bénéficiés d'un dépistage buccodentaire	27%	0%	pas de séances en 2020 / covid
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge des escarres (Oui ou Non)	Oui	Oui	a actualiser
% de résidents avec escarres	6%	6%	
Taux d'occupation du PASA	43%		pasa - atelier individuel en 2020
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	10		pasa - atelier individuel en 2021
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	35	34	

Axe 5 : Personnel	2020	2021	Observations
Taux de remplacement du personnel	17,50%	17,03%	
Personnel non qualifié (ASH faisant fonction d'AS) en ETP	4,96	6,97	
Nombre d'ASG en ETP	2,50	2,50	
Plan de formation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculosquelettique ou postures et RPS	0	0	
Organisation comprenant un pool de remplacement	Non	Non	vivier de remplacement = stagiaires /étudiants
Nombre de formations qualifiantes	1	2	

**CONVENTION D'HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE POUR L'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
« Notre Dame de Confiance » à TOURNON-SAINT-MARTIN**

ENTRE :

- Le Département de l'Indre, représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental, d'une part ;

ET :

- L'EHPAD « Notre Dame de Confiance » à TOURNON-SAINT-MARTIN dont le siège social est situé 20 rue de la mairie 36220 TOURNON-SAINT-MARTIN, représenté par Madame Karine BONNEAU en qualité de Directrice de l'EHPAD « Notre Dame de Confiance », personne habilitée par le Conseil d'Administration (délibération du 11 septembre 2020) à signer le CPOM et conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, d'autre part.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles L.313-8, L.342-3-1 et D.342-2 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0302 et n° 2018-D-2866 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Notre dame de Confiance » à Tournon-Saint-Martin, géré par l'association « Maison de Retraite » à Tournon-Saint-Martin, d'une capacité totale de 74 places ;

Vu le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Indre (RDAS) ;

Considérant le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2022-2026 conclu entre l'organisme gestionnaire de l'EHPAD « Notre Dame de Confiance » à TOURNON-SAINT-MARTIN, le Département de l'Indre, et l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire ;

PREAMBULE :

Par arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0302 et n° 2018-D-2866 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Notre dame de Confiance » à Tournon-Saint-Martin, géré par l'association « Maison de Retraite » à Tournon-Saint-Martin, d'une capacité totale de 74 places et valant habilitation à l'aide sociale, le Président du Conseil départemental de l'Indre, en application du Code de l'Action Sociale et des Familles, a habilité l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour la totalité de sa capacité, soit 74 lits.



Le CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.313-8-1 CASF, entre l'Organisme Gestionnaire et le Conseil départemental. Les conditions et modalités sont précisées dans la présente convention.

Dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices, il est appliqué les dispositions du chapitre II du titre IV du livre III du CASF. Dans ce cadre, la tarification administrée ne vaut que pour les bénéficiaires de l'aide sociale selon les modalités prévues au CPOM et à la présente convention.

IL EST AINSI CONVENU CE QUI SUIVIT :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir la nature et les conditions de mise en œuvre des missions assurées par l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « Notre dame de Confiance » à Tournon-Saint-Martin au titre de la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale.

ARTICLE 2 : CATÉGORIES DE PUBLICS ACCUEILLIS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement s'engage à accueillir toute femme ou homme âgé d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'incapacité au travail, dont le maintien à domicile n'est plus possible.

L'établissement peut à titre dérogatoire et après autorisation du Président du Conseil départemental de l'Indre, recevoir des personnes de moins de 60 ans.

ARTICLE 3 : NATURE DES ACTIONS ET PRESTATIONS GARANTIES AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Comme pour l'ensemble des résidents, l'établissement doit satisfaire aux normes minimales qualitatives et quantitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cela porte sur :

- un hébergement à temps complet à titre permanent ou temporaire et fournissant, pour chaque résident, à minima, le socle des prestations prévu à l'annexe 2-3-1 du CASF et décrit à l'article 4 du titre 2 du présent CPOM « tarification à l'hébergement », ainsi que le blanchissage du linge des résidents ;
- la proposition et la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant du temps de médecin coordonnateur ;
- la mise en œuvre et le suivi annuel d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident ;
- l'élaboration d'un contrat de séjour pour chaque résident ;
- un environnement architectural adapté et apportant un environnement confortable, rassurant et stimulant, permettant une vie sociale et un accueil des familles. L'établissement doit également disposer d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;
- l'élaboration d'un plan détaillé sur les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

L'établissement garantit également les normes réglementaires de sécurité. Toutes les prescriptions des commissions de sécurité et du service de protection contre l'incendie doivent être strictement observées et doivent être portées à la connaissance du Président du Conseil départemental.

Il doit s'assurer contre tous les risques d'accident pouvant survenir aux personnes âgées qu'il accueille, d'accidents ou dommages qui pourraient être causés par ces personnes et dont l'établissement pourrait être tenu responsable par l'application des articles 1382 et 1384 du Code Civil.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADMISSION ET DE RESERVATION DES PLACES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

4.1 – Admission à l'aide sociale

L'admission à l'aide sociale est soumise à des conditions d'attribution notamment de ressources prévues par le CASF et le RDAS de l'Indre.

Le dossier de demande d'admission à l'aide sociale, constitué des pièces justificatives dont la liste est communiquée par le Département, est déposé au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie du domicile de l'intéressé(e). Dès complétude, il est transmis au Président du Conseil départemental dans le mois suivant son dépôt.

Le dossier d'aide sociale comprend notamment la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire, fixée notamment au vu du livret de famille. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur de leurs ascendants postulant à l'aide sociale.

Après instruction par les services du Département, le Président du Conseil départemental décide de l'admission ou non à l'aide sociale, et en cas d'admission, qui est alors prononcée pour une durée maximale de 5 ans, fixe également la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale.

Aucune somme ne peut être prélevée de la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale sans l'autorisation du Département.

En cas de refus de l'aide sociale par le Président du Conseil Départemental, les frais avancés par le Département sont récupérés auprès du demandeur.

La décision est notifiée à l'intéressé(e) ou à son représentant légal et le cas échéant aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le Département.

En cas de désaccord sur l'obligation alimentaire, le Président du Conseil départemental peut saisir le juge des Affaires Familiales en lieu et place de la personne âgée pour fixer la contribution alimentaire.

L'établissement peut également exercer un recours auprès du Juge des Affaires Familiales, s'il y a lieu, contre les résidents ou contre leurs obligés alimentaires (art. L.314-12-1 du CASF ou L.6145-11 du Code de la Santé Publique).

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée dans les deux mois (délai pouvant être prolongé de deux mois à titre exceptionnel). A défaut, elle prend effet à compter de la date de dépôt de la demande (article R. 131-2 CASF).

Les décisions en cours de validité peuvent faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation. Constitue notamment un changement de situation le fait pour le bénéficiaire de

changer d'établissement. La décision d'aide sociale est alors effective à la date du changement de la situation.

La décision peut être également révisée avec répétition de l'indu, s'il apparaît que l'admission a été prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées.

Dans le cas d'une demande de renouvellement de la prise en charge des frais d'hébergement, la décision prend effet à la date d'expiration de la précédente prise en charge.

4.2. Rappels concernant la pré-admission à l'aide sociale

Pour toutes les personnes qui font une demande de prise en charge à l'aide sociale, l'établissement est tenu d'effectuer la récupération de 90 % des ressources de toute nature, ainsi que de l'allocation logement en totalité, dans l'attente de la décision relative à la prise en charge au titre de l'aide sociale. Le montant minimal des ressources du bénéficiaire laissées mensuellement à sa libre disposition ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (article R.232-34 du CASF) et/ou à 30 % du montant mensuel de l'allocation adulte handicapé (article D.344-34 et suivants du CASF).

Pendant cette période, il ne peut être réclamé à l'intéressé(e), à sa famille ou à quiconque un paiement complémentaire.

Si une caution est demandée à l'entrée en établissement, celle-ci ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée (art. R.314-159 du CASF).

L'aide sociale ne prend en aucun cas en charge les éventuels frais de réservation pour la période précédant l'entrée en établissement (art. R.314-149 CASF).

4.3. Conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Dans le cadre de sa procédure d'admission, l'établissement doit donner la priorité aux bénéficiaires de l'aide sociale. En tout état de cause, l'établissement ne peut refuser l'admission d'une personne bénéficiaire de l'aide sociale sauf pour raisons médicales.

ARTICLE 5 : MODALITES DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX ET SOUTIENS SOCIAUX AUX FINS DE FACILITER L'ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement doit mettre en œuvre les partenariats nécessaires ainsi que les actions d'information, la documentation et les procédures coordonnées afin de faciliter l'admission des bénéficiaires à l'aide sociale. Ce dispositif devra être énoncé dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement. L'organisme gestionnaire tiendra régulièrement informés les services du Département de l'Indre des modifications qui pourront être apportées. Il transmettra également tous les conventionnements conclus dans le cadre de ce dispositif.

ARTICLE 6 : REGLES RELATIVES A LA TARIFICATION DES RESIDENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

La prestation d'aide sociale légale permet la prise en charge par le Département des frais d'hébergement de la personne âgée ne pouvant assumer ces coûts avec l'aide de leurs obligés alimentaires.

La participation financière du Département de l'Indre s'adresse uniquement aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre.

6.1. Règles de calcul

Le montant de la prise en charge par le Département est calculé sur la base des tarifs journaliers hébergement et dépendance GIR 5-6 arrêtés par le Président du Conseil départemental.

Les modalités de calcul de la tarification applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale sont décrites à l'article 4 du titre 2 du CPOM pour la tarification de l'hébergement et à l'article 2 du titre 2 du CPOM pour la tarification de la dépendance.

6.2. Modalités de facturation des tarifs

Les tarifs sont payés à terme à échoir en application de l'article R.314-186 du CASF.

L'établissement est tenu d'informer le Conseil départemental de toute absence dans un délai maximum de 48 heures.

L'établissement, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, facture le jour d'entrée ainsi que chaque jour de présence, sous réserve des dispositions suivantes. Il ne facture pas le jour de sortie. Le jour du décès peut être facturé.

Absences pour hospitalisation : Lorsqu'une personne âgée hébergée est hospitalisée, il est procédé à une diminution du montant du forfait hospitalier sur le prix de journée hébergement de l'établissement au-delà de 72 heures d'absence. Cette minoration est déduite de la participation de l'aide sociale. Ce dispositif s'applique pendant une durée qui ne peut excéder 21 jours consécutifs d'hospitalisation pendant laquelle la place de la personne âgée est conservée par l'établissement. Au terme du délai de 21 jours, aucune facturation ne peut être adressée au Département de l'Indre et la personne âgée retrouve l'intégralité de ses ressources. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour hospitalisation (article R.314-178 du CASF).

Absences volontaires ou pour vacances : Pour les absences de courtes durées égales ou inférieures à 72 heures (samedis, dimanches, jours fériés, autres), le tarif hébergement est facturé lorsque le lever ou le coucher a lieu dans l'établissement. Toute personne âgée hébergée à titre permanent peut s'absenter temporairement pour des vacances dont la durée ne peut excéder 35 jours au cours d'une année civile. À son retour, la personne âgée retrouve sa place ou son logement dans l'établissement. Pendant son absence, l'établissement peut utiliser la chambre en dépannage. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour convenances personnelles à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour (article R.314-178 du CASF).

6.3. Modalités d'encaissement

Pour les établissements accueillant des résidents à titre permanent : le Département encaisse le montant net des ressources du bénéficiaire, et des sommes dues au titre de l'obligation alimentaire, après déduction des charges autorisées et du montant minimum à laisser à disposition du bénéficiaire.

Pour les établissements accueillant des résidents à titre temporaire : le Président du Conseil départemental fixe la part à la charge de l'aide sociale dans la limite du plafond constitué par le tarif hébergement temporaire de l'établissement, multiplié par la durée du séjour dans la limite de 90 jours, renouvelable une fois par période de 12 mois, en tenant compte des ressources de la personne et de celles de ses obligés alimentaires, et de son droit éventuel à l'APA.

Dans le cadre d'un hébergement à titre temporaire, la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires est recouvrée directement par l'établissement. La prestation d'aide sociale est payée au bénéficiaire ou à l'établissement sous réserve de l'accord de la personne.

6.4. Modalités de revalorisation des montants

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance (notamment celui afférent au GIR 5-6) sont fixés et revalorisés selon les modalités prévues dans le CPOM aux articles 4 et 2 du titre 2 et au vu des documents budgétaires et comptables également visés dans ce contrat.

ARTICLE 7 : DUREE, CONCILIATION ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION

7.1 – Durée de la convention

La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale est conclue pour une durée maximale de 5 ans (article L. 342-3-1 du CASF).

7.2 – Renouvellement ou prolongation de la convention

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention peut être renouvelée ou prolongée, en parallèle des négociations pour le renouvellement du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

ARTICLE 8 : RETRAIT DE L'HABILITATION

L'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour l'un des motifs suivants (article L.313-9 du CASF) : évolution des objectifs et des besoins, méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention, disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus, charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

Si l'établissement ne prend les mesures nécessaires pour respecter les dispositions requises comme demandé par le Département, l'habilitation est alors retirée dans un délai de 6 mois pour tous les motifs évoqués, sauf pour celui du non-respect des objectifs et des besoins qui entraîne le retrait de l'habilitation dans un délai d'un an.

و

L'abrogation de l'arrêté portant habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est dûment notifiée à ce dernier et vaut résiliation de la présente convention d'habilitation.

ARTICLE 9 : CONTENTIEUX

Les contestations susceptibles de s'élever entre le Département de l'Indre et l'établissement au sujet de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sont portées devant le tribunal administratif de Limoges, 2, cours Bugeaud – CS40410 - 87011 LIMOGES Cedex.

Fait en 3 exemplaires
à *Châteauroux*
le *04/04/22*

Le représentant de l'organisme
gestionnaire
Le Président,

Le Président du Conseil départemental
de l'Indre

Monsieur Louis GILLIER



Monsieur Marc FLEURET





Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Annexe 2

Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

L'EHPAD Notre Dame de Confiance a renouvelé sa convention tripartite en Décembre 2016. Contraint de respecter rigoureusement le plan d'apurement de la dette homologué par le Tribunal de Grande Instance de Châteauroux en janvier 2014, l'établissement a veillé cependant à diversifier les prestations aux résidents, à professionnaliser les salariés dans le respect des effectifs autorisés, à maintenir la sécurité des bâtiments et l'optimisation des matériels et mobiliers.

L'association gestionnaire et la direction n'ont eu de cesse de réaffirmer :

- Leur volonté de contenir les frais à la charge des résidents tout en assurant la qualité des prestations proposées équitablement à chacune des personnes accueillies ;
- Leur engagement à maintenir des conditions de travail et de professionnalisation satisfaisantes pour les personnes employées quel que soit le poste qu'elles occupent ;
- Leur souci de respecter les consignes des autorités de contrôle et de tarification en contenant les dépenses et en optimisant les produits de fonctionnements et les moyens alloués ;
- Leur souhait de faire vivre ses valeurs associatives dans un contexte social et financier difficile en participant au maillage local et au réseau gériatrique environnant.

En 2017, l'UNIFAF a totalement financé un audit managérial qui a abouti à un réajustement de l'organigramme, à une généralisation des fiches de postes et à la formalisation des commissions d'admission, de direction et d'établissement. Mis à mal par le contexte de crise sanitaire en 2020 et le départ successif de professionnels pilotes, l'établissement a pris du retard sur l'évaluation interne puis sur la réécriture collégiale de son projet d'établissement, relancée dès ce mois d'avril 2021.

Cependant, les documents contractuels réglementaires, actualisés des obligations de la loi ASV sont disponibles depuis 2018 et diffusés à l'ensemble des personnes accueillies ou à leurs représentants.

Notre engagement à mettre en œuvre des projets concernant l'accueil des personnes âgées, l'accompagnement des personnes en soins palliatifs et la prise en charge des personnes souffrant de maladies neurodégénératives, nous permet de développer des partenariats diversifiés pour optimiser les prestations proposées aux personnes accueillies. D'autant que la position géographique de l'EHPAD à proximité du département de la Vienne nous permet d'élargir notre offre de soins. Cette position favorise de plus, le recrutement de professionnels diplômés et la signature de convention médicale complémentaire à celles proposées par notre département et notre région et ainsi d'optimiser l'emploi des produits financiers.



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

La réalisation de projets pluridisciplinaires apportent de nouveaux bénéfices pour aménager durablement l'agencement des locaux et des extérieurs, renforcer les acquisitions de matériels mais aussi diversifier les prestations d'animations dans une approche multigénérationnelle grâce aux structures éducatives environnantes. Au - delà d'une mise en conformité et d'une maintenance réglementaire obligatoire de l'établissement, c'est une recherche continue d'amélioration du lieu de vie et de la qualité de vie des résidents qui se jouent.

Si le contexte de désertification médicale ne lui permet pas d'exploiter l'ensemble de son matériel de télémédecine comme il était envisagé, la signature de nombreuses conventions (filière gériatrique de la clinique de Châtelleraut – association des chirurgiens-dentistes de la Vienne – psychiatre – Comité départemental des soins palliatifs) renforce son offre de soin garanti par la convention avec le CH Châteauroux – LE Blanc. Par ailleurs, l'ensemble des médecins libéraux environnants assurent de façon pérenne le suivi médical des résidents sans réelles difficultés.

Le CVS, dans une nouvelle forme plus flexible et participative permet de réaliser des travaux communs avec des résidents et des familles. L'accompagnement méthodologique par l'animatrice et la gouvernante facilite l'engagement des proches et l'expression des personnes accueillies. La crise sanitaire rend la participation plus complexe mais la communication par mail, gazette interne et même page Facebook garantit l'expression libre et le positionnement.

La gestion de la crise sanitaire en interne dès le 6 mars 2020 a prouvé son sérieux et a permis la mise en place dès le début de l'année 2021 d'une campagne vaccinale optimale pour les résidents et les professionnels, dans le respect du consentement et des attendus de chacun. Le maintien du lien social et familial a été le fil conducteur de chaque décision prise par la cellule Covid, soutenu dans ces réflexions par les membres de l'association gestionnaire, les représentants des professionnels et les membres du CVS.

Le recrutement en 2020 de plusieurs professionnels sur des postes clefs (psychologue, ergothérapeute - pilote PASA et la présence d'un second médecin coordonnateur en renfort sur la mission de formation des équipes) relance les projets de soins et d'accompagnement non médicamenteux des personnes accueillies.

La signature du CPOM est envisagée comme un contrat de confiance entre les autorités de tarifications et l'organisme gestionnaire afin de concilier gestion renouvelée avec efficacité sociale de l'accompagnement de nos résidents.

A Tournon St Martin le 31 mars 2021

La Directrice
Karine BONNEAU

ARS du Centre-Val de Loire
Délégation départementale de l'Indre
Cité administrative - Bâtiment C
CS 30587 - Boulevard George Sand
36019 Châteauroux Cedex

Handwritten signature

Conseil Départemental de l'Indre
Direction de la Prévention
Et du Développement Social
Maison Départementale de la Solidarité
Centre Colbert – 4, rue Eugène Rolland
B.P. 601
36020 CHATEAUROUX Cedex

Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et du Développement Social

ANNEXE 3 - Fiche de suivi des objectifs du CPOM de l'EHPAD "Notre Dame de Confiance" à Tournon-Saint-Martin

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
<i>Expression et participation individuelle et collective des résidents :</i>						
1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	Ecriture du projet d'établissement 2021 - 2025	- Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident - Taux de révision ou d'actualisation des PAP - Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)	2022-2026			
	Réalisation et actualisation des Projets d'accompagnement personnalisé					
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	Information des résidents et / ou de leurs représentants légaux des missions et des modalités d'accueil dans l'établissement, de l'enjeu de la désignation d'une personne de confiance et de la possibilité de transmettre et/ou d'être accompagné à l'écriture des directives anticipées.	- Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées - Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance - Taux de résidents ayant bénéficié d'un entretien individuel sur les directives anticipées	2022-2026			
<i>Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures du CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions ; démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.</i>						
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	Garantir la conformité des données saisies sur les tableaux de bord de l'établissement et des rapports d'activités annuels des différents services.	- Données tableau de bord ANAP complétées à 100% - Diffusion des rapports d'activités par service fin de premier trimestre	2022-2026			
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	Developper des compétences transversales afin d'offrir aux usagers une prise en charge globale et décloisonnée.	- Existence de protocoles / conventions de coopération inter-établissements	2022-2026			
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services	Formaliser les " échanges" et rencontres interétablissements des professionnels,	- existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	2022-2026			
	Répondre aux appels à projets en mutualisant les moyens humains , matériels et / ou financiers					

5

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes, développement de nouvelles prestations, partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social						
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	Mettre en place et développer les conventions signées avec les établissements supports, les acteurs médicaux et paramédicaux libéraux.	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de protocoles/conventions de coopération inter-établissements - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an - Nombre d'interventions de l'HAD / an - Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur - Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée - Convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles) - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP - Nombre d'interventions de l'EADSP - Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur 	2022-2026			
	Favoriser et faciliter la collaboration des intervenants					
	Participer aux réunions de coordination locales.					
	Coordonner les parcours pédagogiques des stagiaires et participer aux journées métiers dans les différents centres de formation.					
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	Reactiver le partenariat avec la télémédecine,	<ul style="list-style-type: none"> - Compatibilité du logiciel soin avec le DMP - Taux de résidents avec un DMP - Si télémédecine : nombre de télé-expertise et / ou téléconsultations réalisées / an - Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an - % de résidents admis par via trajectoire - Existence d'une messagerie sécurisée 	2022-2026			
	actualiser les données et le partage d'informations (DMP)					
	Désignation d'une professionnelle référente pour faciliter en partenariat avec la direction la collecte et la mise en place des actualités réglementaires et la sécurisation du dispositif					
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	Développer la téléconsultation avec le SAMU.	<ul style="list-style-type: none"> - Coopération inter-établissements - Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences - Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement - Nombre d'interventions de l'IDE (avec déplacement) - Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit - Convention avec un service de gérontopsy - Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique - Convention avec un psychiatre 	2022-2026			
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS	- Diversifier les sites de diffusion des informations (places disponibles , offres d'emploi)	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un site internet. Si oui, nombre de connexions annuelles - Nombre de livrets d'accueil transmis. - Existence d'une page facebook. Si oui nombre d'inscrits - Existence d'un journal de l'EHPAD. Nombre de gazettes / par mois distribuées 	2022-2026			
	- Utiliser les mails pour informer les proches des résidents de l'actualité sanitaire et des modalités de fonctionnement et permettre une participation facilitée					
	- Favoriser les échanges avec l'extérieur pour diffuser nos missions et nos valeurs ainsi que les prestations réalisées					
	- utiliser le site facebook dans le respect du droit à l'image et des souhaits des résidents et des proches					
	- relancer et actualiser le site internet de l'EHPAD					
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile	Mettre en place les journées / gouters " aidants" pour faciliter l'information , le soutien et l'accompagnement des aidants	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents (groupes homogènes) - Nombre de réunions réalisées avec les familles - Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PVI) 	2022-2026			
3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire	Communiquer sur les enjeux et les avantages de l'hébergement temporaire pour éviter l'admission directe en hébergement permanent et faire " durer" le maintien à domicile.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire - Durée moyenne de séjour en hébergement temporaire - Liste des motifs d'admission en hébergement temporaire 	2022-2026			
	Utiliser l'hébergement temporaire comme période d'évaluation (réadaptation du résident, adaptation du domicile et du plan d'aide en place ou à mettre en place) pour éviter l'épuisement de l'aidant et l'admission définitive par défaut,					
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents : démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance, accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes						
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	Diversifier les modalités et les acteurs de l'accompagnement des résidents présentant des troubles du comportement pour pérenniser la qualité de la prise en soins et préserver les professionnels de l'épuisement en lien avec la charge émotionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'occupation du PASA - Nombre de résidents en atelier mémoire par an - Nombre de résidents présentant des troubles du comportement suivi en TNM - Nombre d'agents formés aux troubles du comportement - Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses 	2022-2026			
	Soutenir les aidants familiaux					
4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins buccodentaires	Maintenir les actions de dépistage précoces pour l'ensemble des résidents afin de lutter contre la dénutrition et améliorer la qualité et la quantité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition - Surveillance de la courbe de poids - Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments - Taux de satisfaction suite aux résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration - Existence d'une convention pour les soins buccodentaires (cabinets dentaires, établissements de santé) - Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire 	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	Ecriture d'une procédure à diffuser auprès des professionnels soignants,	<ul style="list-style-type: none"> - Protocole de prévention des chutes. - Nombre de chutes prises en charge - Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation. - Nombre de chuteurs à répétition. - Protocole de contention. - Taux de résidents avec contention prescrite. - Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique 	2022-2026			
	Ateliers gym douce, équilibre et renforcement musculaire et coordination					
	Repérer les personnes âgées vulnérables par l'équipe soignante dans le mois qui suit l'admission puis Evaluation des facteurs de prédisposition aux chutes et Tinetti par la kinésithérapeute pour individualiser la prévention en lien avec l'appareil locomoteur					
	séance d'une 1/2 heure à reconduire à la date d'anniversaire du résident					
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	Créer une commission interne du médicament et de la qualité des prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD). - Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD). - Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés. - Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...) - Présence d'un protocole circuit du médicament - L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ? - Nombre d'écarts 	2022-2026			
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	promouvoir une campagne de vaccination saisonnière et de suivi des vaccination obligatoire auprès des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de résidents vaccinés contre la grippe - Taux de personnels vaccinés contre la grippe 	2022-2026			
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables	Fédérer une politique de déclaration et d'analyse des événements indésirables par un soutien méthodologique individuel des professionnels par les membres de la cellule qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration d'EIG - Protocole de déclaration des EIG - Nombre d'EIG déclarés - Nombre de RETEX formalisés 	2022-2026			
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	Actualisation des documents de la loi 2002 - 2 : mise en conformité du contrat de séjour, du règlement intérieur et du livret d'accueil.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de commission d'admission - Nombre de visite de préadmission - actualisation du livret d'accueil / doc 2022-2 	2022-2026			
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	Création d'un comité de bientraitance représentatif des acteurs afin de formaliser et tracer les pratiques du quotidien	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année - Nombre de réunions d'information sur la bientraitance. - Rythme des réunions du comité bientraitance 	2022-2026			
4-9 Respecter le rythme des personnes âgées, adapter les prestations aux attentes des résidents et assurer leur qualité de vie	Permettre une flexibilité des effectifs et des horaires des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - taux de douches hebdomadaires / demandes des résidents - nombre de résidents bénéficiant d'un goûter nocturne 	2022-2026			
Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles - amélioration des conditions d'emploi et de travail						
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	Poursuivre la démarche initiée en 2019 avec MESOCAP et pérenniser les évaluations et actions d'amélioration	<ul style="list-style-type: none"> - Taux d'absentéisme. - Taux d'absentéisme de courte durée. - Taux d'accident du travail. - Taux d'ETP vacants au 31/12. - Taux de rotation des personnels. - Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management. - Ratio d'encadrement global. - Nombre de points GIR par AS. - Ratio d'encadrement AS/ASH. - Ratio d'encadrement IDE. - Taux de remplacement du personnel. - Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers - Plan de formation - Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS - Organisation comprenant un pool de remplacement - Nombre de formations qualifiantes 	2022-2026			
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	Trouver des candidats extérieurs et fidéliser les professionnels en poste	<ul style="list-style-type: none"> - Taux annuel de professionnels ayant bénéficié d'un aménagement à leur retour après un arrêt long, - Nombre de temps thérapeutiques mis en place - Nombre de retour de professionnels après un arrêt long (taux) 	2022-2026			



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

dg

Fiche Action N°2.1			
Axe 2			
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.			
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification			
Personne Référente :	la direction	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Efficiéce de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire</p> <p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...</p>		
Description de l'action	Garantir la conformité des données saisies sur les tableaux de bord de l'établissement et des rapports d'activités annuels des différents services,		
Identification des acteurs à mobiliser	Membres de la commission d'établissement et plus particulièrement les responsables de service (hotellerie - logistique - PASA et soins) et les agents administratifs sur leur fonction propre (RH - dossiers résidents) La direction garde la fonction de contrôle et de supervision des données en lien avec l'expert comptable (données budgétaires et financières) et le commissaire aux comptes (validation des comptes et des procédures)		
Moyens nécessaires	Mise à disposition de tableau de bord sur un serveur sécurisé pour faciliter la saisie des données tout au long de l'année et le traitement en début d'année N+1		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Données tableau de bord ANAP complétées à 100%	100%	
	Diffusion des rapports d'activités par service fin de premier trimestre	0	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Appui du commissaire aux comptes pour valider la procédure de recueil des données		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N°2.2			
Axe 2			
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.			
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports			
Personne Référente :	la Direction	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Efficiéce de gestion / polique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire</p> <p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...</p>		
Description de l'action	Developper des compétences transversales afin d'offrir aux usagers une prise en charge globale et décloisonnée.		
Identification des acteurs à mobiliser	Permettre aux membres de la commission d'établissement (COMET) 'accéder à des informations réglementaires actualisées et à des soutien techniques adaptés au publi accueilli		
Moyens nécessaires	<p>Adhérer à la FEHAP</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	oui	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir			
Commentaires sur le Constat de résultat			

Jg

Fiche Action N°2.3			
Axe 2			
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.			
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ ou services			
Personne Référente :	La Direction	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	objectif fiche action 31 : - rationaliser et maîtriser les dépenses - adapter les organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires		
	Modalités : - accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation des coûts - s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services). la mutualisation devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts - aider au recrutement de personnel via la mutualisation - échange de compétences		
Description de l'action	Formaliser les " échanges" et rencontres interétablissements des professionnels, Répondre aux appels à projets en mutualisant les moyens humains , matériels et / ou financiers,		
Identification des acteurs à mobiliser	directeur, infirmiers coordinateurs et cadres, gouvernante, pilote PASA avec les professionnels des ESMS de l'indre,		
Moyens nécessaires	Mettre en place une coopération formalisée avec les EHPAD privés et/ou public du département sous forme de groupement		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	EN COURS	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	appui de l'URIOPSS (conseil juridique notamment)		
Commentaires sur le Constat de résultat			



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

Jb

Fiche Action N°3.1			
Axe 3			
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social			
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs			
Personne Référente :	L'infirmière coordinatrice	Date de création	REPRISE EN 2021
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI		
	objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie		
Description de l'action	Mettre en place et développer les conventions signées avec les établissements supports, les acteurs médicaux et paramédicaux libéraux. Favoriser et faciliter la collaboration des intervenants (commande de matériel, préparation des dossiers, accompagnement lors des visites) Participer aux réunions de coordination locales. Coordonner les parcours pédagogiques des stagiaires et participer aux journées métiers dans les différents centres de formation.		
Identification des acteurs à mobiliser	L'infirmière coordinatrice entretient une relation privilégiée avec tous les partenaires avec lesquels l'EHPAD a signé une convention : <ul style="list-style-type: none"> - Information sur le déroulé et l'impact financier si nécessaire. - Préparation des interventions et recueil des consentements du résidents , de ses représentants légaux. - Organisation des interventions sur site et coordination avec la continuité des soins. - Suivi des interventions et rapport d'activité 		
Moyens nécessaires	L'infirmière coordinatrice organise les rencontres pluridisciplinaires avec les résidents, leurs proches et les représentants légaux avec le médecin coordonnateur ou le psychiatre afin d'améliorer une décision et une compréhension collégiale des situations de vulnérabilité. La préparation des interventions est très chronophage : <ul style="list-style-type: none"> - trois jours pour les interventions collectives de prévention - une journée pour les interventions individuelles . Les membres des commissions de l'EHPAD et les référents veillent à participer régulièrement aux différentes conférences, aux réunions de coordination et aux projets communs pour animer et diffuser ensuite la démarche (palliative, préventive...).		
	Date de début :	01/01/2022	Date de fin : 31/12/2026
	Objectif indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours Fin d'Action
	Existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	XX conventions signées	
	Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an	1 1%	
	Nombre d'interventions de l'HAD / an	90	
	Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	oui	
	Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	0%	
	convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)	Equipe mobile de soins palliatifs Equipe mobile gériatrique Equipe mobile psycho-gériatrique	
	nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP	0	
	nombre d'intervention de l'EADSP		
	Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur	7	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Maintenir actives et conformes les conventions signées et en développer de nouvelles si besoins repérés : cas de la convention signée en 2021 avec le psychiatre.		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N°3.2

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé

Personne Référente :	Infirmière référente qualité et informatique	Date de création	01/09/2021	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie			
Description de l'action	Réactiver le partenariat avec la télémédecine, actualiser les données et le partage d'information (DMP) et désignation d'une professionnelle référente pour faciliter en partenariat avec la direction la collecte et la mise en place des actualités réglementaires et la sécurisation du dispositif			
Identification des acteurs à mobiliser	L'infirmière référente a pour mission de : - Repérer les interlocuteurs extérieurs avec les services de Télémédecine et développer les partenariats. -Sensibiliser et former tous les professionnels soignants de l'EHPAD.			
Moyens nécessaires	Prévoir pour l'infirmière référente : - 1 journée mensuelle pour remplir son rôle de collecte et d'actualisation des données des résidents . - 1/2 journée mensuelle pour la formation des nouveaux professionnels et l'accompagnement des professionnels en difficulté			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	compatibilité du logiciel soin avec le DMP	oui		
	taux de résidents avec un DMP	0%		
	si télémédecine : nombre de télé-expertise et/ ou téléconsultations réalisées / an	0		
	Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	12		
	% de résidents admis par via trajectoire	3%		
	Existence d'une messagerie sécurisée	oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Le projet de télémédecine créé en 2018 n'a pas reçu le soutien nécessaire à son développement par manque d'interlocuteurs extérieurs et de soutien des équipes de télémédecine (départ des interlocuteurs à l'origine du projet)			
Commentaires sur le Constat de résultat				

g

Fiche Action N°3.3			
Axe 3			
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social			
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée			
Personne Référente :	L'infirmière coordinatrice	Date de création	01/0/2021
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI		
	objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les Personnes Agées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie		
Description de l'action	Développer la téléconsultation avec le SAMU.		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>L'astreinte administrative de nuit de l'établissement est partagée entre la Directrice (infirmière de métier) et l'infirmière coordinatrice. Le personnel de nuit a donc la possibilité 365 jours / an de discuter des urgences qui surviennent et de décider collégialement de la conduite à tenir. Les professionnels de nuit ont tous été formés par le SAMU 36 à l'appel d'urgence et bien sur leur diplôme AFGSU est conforme. Les deux médecins coordonnateurs de l'EHPAD sont très disponibles sur les heures infirmières (y compris les week end).</p> <p>Les résidents dont l'hospitalisation a pour motif un bilan ou une transfusion font l'objet d'un accueil direct en service de médecine sans passage aux urgences. Les passages aux urgences font l'objet d'une organisation préparatoire pour éviter une attente trop longue quand il ne s'agit pas d'une urgence vitale (bilan post chute...). Les hospitalisations de nuit réalisées en 2021 correspondent à une nécessité impérieuse d'accueil en chirurgie ou en médecine, l'hospitalisation de nuit ne correspond en rien à un besoin de conseil mais bien à une nécessité de prise en charge médicale ou chirurgicale.</p>		
Moyens nécessaires	Les astreintes sont actuellement occupées par 2 personnes qui disposent d'un diplôme IDE. Elles peuvent être dérangées uniquement pour des conseils ou avis par l'équipe de nuit. Dans le cas particulier où l'HAD intervient sur l'EHPAD, elle est amenée à intervenir y compris la nuit, mais exclusivement pour les patients dont elle a la charge. L'absence ou le départ de personnes actuellement en astreinte amèneraient l'établissement à revoir le mode de fonctionnement actuel par déploiement des infirmiers en poste CDI, sous forme de cascade par exemple. Les infirmiers de l'EHPAD s'étaient proposés lors de l'enquête ARS de 2018 pour assurer ce rôle exclusivement sur le site de l'EHPAD.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Coopération inter établissement	Convention	
	Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	25%	
	Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE	0	
	Nombre d'interventions de l'IDE	0	
	Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit	13 en 2021	
	Convention avec un service de gérontopsy	non	
	Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	oui	
	convention signée avec un psychiatre	oui	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Les équipes de nuit ne ressentent pas aujourd'hui le besoin de modifier les pratiques en cours. Les formations appel d'urgence et AFGSU permettent de maintenir leur pertinence face aux situations critiques. Les patients soins palliatifs sont identifiés par signalement au SAMU ce qui facilite la prise en charge à distance. Le DMP sera généralisé dès le 1er janvier 2022 et permettra par téléconsultation de généraliser les interventions du SAMU. L'astreinte infirmière ne peut être réalisée par l'IDE qui travaille le lendemain : droit du travail. Au vue du faible effectif, cette situation ne peut être pérenne.		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 3.4			
Axe 3			
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social			
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS			
Personne Référente :	La Direction	Date de création	01/04/2021
Constat du diagnostic	<p>objectif fiche action 14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du Département ; - permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS. <p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - application de la réglementation sur le socle des prestations ; - diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ; - utilisation des différents supports à disposition: livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniors36. 		
Description de l'action	<p>Diversifier les sites de diffusion des informations (places disponibles , offres d'emploi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les mails pour informer les proches des résidents de l'actualité sanitaire et des modalités de fonctionnement et permettre une participation facilitée - Favoriser les échanges avec l'extérieur pour diffuser nos missions et nos valeurs ainsi que les prestations réalisées - utiliser le site facebook dans le respect du droit à l'image et des souhaits des résidents et des proches - relancer et actualiser le site internet de l'EHPAD 		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Les membres de la commission d'admission et de direction est garante des informations réglementaires diffusées par mail.</p> <p>L'animatrice a formé plusieurs professionnels (psychologue, ergothérapeute, ASG et AES) afin de nourrir le site facebook, réaliser et diffuser le journal mensuel de l'EHPAD et actualiser le site internet. L'objectif est de répondre aux attentes des proches et des usagers en termes de lien social et familial.</p> <p>L'emploi de 2 services civiques seniors à l'avenir visent à pérenniser ces dispositifs qui sont interrompus au gré des absences et contraintes de charge en soins.</p>		
Moyens nécessaires	<p>Avoir du personnel en nombre suffisant pour permettre l'actualisation des données, la participation à des forums ou des journées portes ouvertes à l'extérieur sans démunir les résidents des professionnels qui les accompagnent au quotidien.</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2022
	Date de fin :		31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours
	Existence d'un site internet. Si oui, nombre de connexions annuelles	oui et non connue	Fin d'Action
	Nombre de livrets d'accueil transmis.	1 131 formulaires / site et non comptabilisation des formulaires papiers distribués.	
	Existence d'une page Facebook. Si oui nombre d'inscrits	1800 inscrits dont 200 actifs	
Existence d'un journal de l'EHPAD. nombre de gazettes / mois distribuées	58 inscrits (48% de résidents) 10 gazettes / mois		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>L'équipe " animation - lien social " a la volonté de mieux accompagner les proches à la réalisation des gazettes familles (à l'identique de ce qui a été réalisé pendant la crise COVID) et d'effectuer une analyse qualitative des données recueillies.</p>		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 3.5			
Axe 3			
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social			
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile			
Personne Référente :			Date de création
Constat du diagnostic	Objectif fiche action 15 : - permettre à la personne âgée dépendantes accueillie en établissement de conserver un lien social ; - développer la communication ; - faciliter les relations résident/famille/établissement.		
	Modalités : - veiller à la mise en place et au fonctionnement du CVS; - proposer d'autres modes de participation ; - inciter les bénévoles à suivre des formations ; - faire vivre la charte du bénévolat ; - inciter les établissements à organiser des réunions d'information régulière en direction des familles.		
Description de l'action	Mettre en place les journées / gouters " aidants" pour faciliter l'information , le soutien et l'accompagnement des aidants		
Identification des acteurs à mobiliser	Le projet travaillé en 2018, a obtenu en 2019 un financement mais la réalisation n'a pu être faite (crise sanitaire - départ des acteurs initiaux). La psychologue relance le projet avec le soutien du psychiatre et d'un des médecins coordonnateurs en 2022.		
Moyens nécessaires	<p>Il consiste à mettre en place des rencontres trimestrielles sous formes de demi-journées (tables rondes, ateliers, café bulle d'air,) ouverts aux proches des résidents et aux professionnels pour faciliter les relations et améliorer la collaboration au profit des résidents. Le pavillon PASA existant se prête à ses temps de partage mais il serait plus à même de devenir un tiers-lieu ce qui nécessiterait l'aménagement en interne de locaux pour le PASA pour palier à l'occupation du pavillon. il faut prévoir la présence d'une douzaine de professionnels pour organiser , animer ce projet (commission de maintien du lien social et équipe PASA) et d'une journée trimestrielle de préparation des journées.</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents (groupes homogènes)	4	
	Nombre de réunions réalisées avec les familles	2	
	Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PVI)	12	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Réaliser un questionnaire de satisfaction des familles ayant participé au projet (intervenants, modalités, disponibilité) Evaluer l'amélioration des relations entre aidants et professionnels et son impact sur la prise en charge des résidents.		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 3.6				
Axe 3				
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social				
3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire				
Personne Référente :	Binome : Infirmière coordinatrice et ergothérapeute		Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 22 : - permettre un projet durable de maintien à domicile en soulageant ponctuellement les aidants naturels ; - préparer à une entrée en établissement d'hébergement permanent.			
	Modalités : - inciter les établissements à offrir une prestation de qualité ; - définir avec les établissements des modalités d'admission en hébergement temporaire qui permettent leur mobilisation facile et rapide voire même en urgence ; - mettre à disposition des acteurs locaux du maintien à domicile et des familles des informations actualisées sur les capacités disponibles d'accueil ; - obtenir une médicalisation des lits à un niveau identique à celui des lits d'hébergement permanent ; - identifier clairement les lits d'hébergement temporaire au sein de l'établissement et les réserver exclusivement à cet accueil en adaptant les règles de comptabilisation de ces lits dans les budgets ; - respecter les durées maximales de séjour ; - assurer une communication suffisante sur l'existence et le fonctionnement de ce type d'accueil.			
Description de l'action	Communiquer sur les enjeux et les avantages de l'hébergement temporaire pour éviter l'admission directe en hébergement permanent et faire "durer" le maintien à domicile. Utiliser l'hébergement temporaire comme période d'évaluation (réadaptation du résident, adaptation du domicile et du plan d'aide en place ou à mettre en place) pour éviter l'épuisement de l'aidant et l'admission définitive par défaut.			
Identification des acteurs à mobiliser	Evaluation du potentiel par l'ergothérapeute et collaboration IDEC - SIAD +/- IDE libérale pour sécuriser le retour.			
Moyens nécessaires	La plupart des résidents admis en hébergement permanent n'ont jamais eu recours à l'hébergement temporaire et nombreux ne bénéficient d'aucun soutien humain et / ou financier. La crainte de cout financier, la culpabilité de l'abandon, la rupture social du couple aidant - aidé... L'hébergement temporaire devient alors la solution de répit trop tardive et aboutit à l'hébergement permanent. L'IDEC participe aux réunions de canton de la filière gériatrique du domicile afin d'être informée de situation de haute vulnérabilité à domicile et de programmer dès lors une visite au domicile de l'IDEC et de l'ergothérapeute et si besoin de la psychologue afin d'informer l'aidant des possibilités d'accueil en temporaire et des aides financières possibles afin d'éviter les situations de crise tardives. La visite à domicile permet d'établir une relation de confiance et de réassurance pour l'aidant sur la continuité des pratiques et des habitudes de vie pendant l'hébergement temporaire.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire	22		
	Durée moyenne de séjour en hébergement temporaire	30		
	Liste des motifs d'admission en hébergement temporaire	41% répit de l'aidant / 41% sortie d'hospitalisation avant		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Utiliser l'hébergement temporaire comme de dispositif de répit et de prise de repères pour le futur résident.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Jg



FICHE ACTION

CPOM



Finess : **360002075**

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

5

Fiche Action N° 4.1

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 Améliorer la prise en charges des résidents atteints de Maladies Neurodégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident

Personne Référente :		Date de création	
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie développer le recours à l'évaluation gériatrique en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télé médecine, consultations avancées, développer le recours à l'expertise géronto-psychiatrique, favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif.....</p>		
Description de l'action	<p>Diversifier les modalités et les acteurs de l'accompagnement des résidents présentant des troubles du comportement pour pérenniser la qualité de la prise en soins et préserver les professionnels de l'épuisement en lien avec la charge émotionnelle.</p> <p>- Soutenir les aidants familiaux</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Poursuivre la formation de tous les professionnels de l'EHPAD pour harmoniser les pratiques et améliorer la continuité de la prise en soins et de l'accompagnement des résidents présentant des troubles du comportement</p> <p>- réaliser des APP pour participer à l'amélioration des pratiques et sensibiliser les professionnels aux risques d'épuisement, de burn out et de maltraitance</p>		
Moyens nécessaires	<p>De nombreuses actions déjà instaurées mais chronophages et difficiles à maintenir car réalisées au dépens du temps soignant direct:</p> <p>- Formation des professionnels tout poste confondu à l'accompagnement des résidents présentant des troubles du comportement et/ou présentant des déficiences sensoriels. - utilisation des dispositifs existants (accueil partiel ou total en unité protégée, activités PASA, accompagnement individualisé avec la psychologue, séances de médiation dans le local mutli sensoriel, avec PARO, ou en promenade en extérieur)</p> <p>- Réunion hebdomadaire pluridisciplinaire TNM pour analyser des situations individuelles problématiques et envisager des solutions non médicamenteuses.</p> <p>- Partenariat avec le psychiatre pour des suivis individuels complexes et adaptation des traitements.</p> <p>- Rencontres de sensibilisation et de soutien pour les familles et aidants organisées par l'équipe soignante avec le médecin coordonnateur. - Diversifier les modalités et les acteurs de l'accompagnement</p> <p>Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Fin d'Action
	Taux d'occupation du PASA	43%	
	Nombre de résidents en atelier mémoire par an	20	
	Nombre résidents présentant des troubles du comportement suivis en TNM	10	
	Nombre d'ASG en ETP	2,50	
	Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	34	
	Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	8	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Effectuer des temps APP annuels d'1/2 journée annuelle pour chaque professionnel permet de maintenir l'engagement, le partage des valeurs et l'adaptation aux troubles des résidents. - Le staff hebdomadaire nécessite la présence de professionnels AS (chacun d'entre eux doit participer au mois 1 fois par trimestre pour maintenir la collaboration); la présence des infirmiers et ASG AES doit être au moins d'une fois par mois.</p>		
Commentaires sur le Constat de résultat			

5

Fiche Action N° 4.2				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-2 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires				
Personne Référente :	infirmière référente dénutrition	Date de création	01/09/2021	
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...) développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.</p>			
Description de l'action	Maintenir les actions de dépistage précoces pour l'ensemble des résidents afin de lutter contre la dénutrition et améliorer la qualité et la quantité alimentaire,			
Identification des acteurs à mobiliser	L'infirmière référente consacre une journée mensuelle à l'analyse des données (poids, albuminémie / CRP) et veille à adapter les suivis alimentaires, les structures alimentaires et la complémentation protéinée. Elle intervient au cours de la commission des menus pour évoquer les difficultés avec la société de restauration . Elle est soutenue par une aide soignante de la commission ADEPA pour sensibiliser les professionnels soignants à l'hygiène bucco dentaire . L'infirmière coordinatrice organise les visites de dépistage sur site par le chirurgien dentiste et gère les RDV a posteriori pour les soins.			
Moyens nécessaires	<p>1 journée mensuelle (7h) pour les deux acteurs référents : infirmière et aide soignante soit en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - heures annuelles - action de formation et de sensibilisation hygiène bucco dentaire pour l'ensemble des professionnels soignants (12 par an) puis rappel.. <p>Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2022	
	Date de fin :		31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	oui		
	Surveillance de la courbe de poids	oui		
	Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	45%		
	Taux de satisfaction suite aux résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	75%		
	Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	oui		
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	27%			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Participer au CLAN départemental			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.3

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes

Personne Référente :	La kinésithérapeute	Date de création	01/10/2021	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques de chute			
Description de l'action	Ecriture d'une procédure à diffuser auprès des professionnels soignants, Ateliers gym douce, équilibre et renforcement musculaire et coordination - Repérer les personnes âgées vulnérables par l'équipe soignante dans le mois qui suit l'admission puis Evaluation des facteurs de prédisposition aux chutes et Tinetti par la kinésithérapeute pour individualiser la prévention en lien avec l'appareil locomoteur - séance d'une 1/2 heure à reconduire à la date d'anniversaire du résident			
Identification des acteurs à mobiliser	Personnel de rééducation (kinésithérapeute et ergothérapeute) - soutien par l'équipe soignante formée aux troubles de l'équilibre, au chaussage,, Intervention d'APA hebdomadaire - projet inter établissement			
Moyens nécessaires	Partenariat avec ciel bleu et avec d'autres établissements			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Protocole de prévention de chutes	non		
	Nombre de chutes prises en charge	371		
	Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	2%		
	Nombre de chuteurs à répétition	48		
	Protocole de contention	non		
	Taux de résidents avec contention prescrite	0%		
	Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	19		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Formation et sensibilisation des professionnels soignants - Rigueur dans la conduite des évaluations - Suivi mensuel des chutes et des projets individuels de prévention mis en place antérieurement avec vigilance à leur date anniversaire,			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.4			
Axe 4			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes			
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament			
Personne Référente :	Medecin coordonnateur - pharmacienne	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 24 réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse</p>		
Description de l'action	Créer une commission interne du médicament et de la qualité des prescriptions		
Identification des acteurs à mobiliser	Formation des professionnels du circuit du médicaments (infirmiers et AS diplomes) afin d'améliorer le circuit du médicament et permettre la traçabilité des EI en lien avec la médication - Réaliser une évaluation médicale annuelle sur la pertinence des prescriptions pour l'utiliser lors de la commission de coordination gériatrique et ainsi sensibiliser les médecins libéraux aux problématiques des soignants,		
Moyens nécessaires	prévoir une journée semestrielle pour le médecin et le pharmacien pour recueillir et traiter les données, Prévoir une journée mensuelle pour l'infirmière référente pour mettre en place les bonnes pratiques / circuit du médicament et réaliser l'auto diagnostic annuel d'évaluation et de traitement des EI / médicaments		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours
	Fin d'Action		
	Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	NON EVALUE	
	Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)	12	
	Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés	0%	0%
	Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	non	
	Présence d'un protocole circuit du médicament	oui	
	L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	non	
	Nombre d'écarts		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Formation et sensibilisation des professionnels soignants et notamment des infirmiers au circuit du médicament.		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 4.5			
Axe 4			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes			
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe			
Personne Référente :	BINOME Médecin coordonnateur - Infirmière coordinatrice	Date de création	existant
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins Axe F du Schéma départemental - L'adaptation du règlement départemental d'aide sociale</p>		
Description de l'action	promouvoir une campagne de vaccination saisonnière et de suivi des vaccinations obligatoires auprès des professionnels		
Identification des acteurs à mobiliser	Mise en place d'une campagne d'affichage et de réunions de sensibilisation et d'information - accompagnement individuel pour les résidents et les familles quand craintes ou questionnements		
Moyens nécessaires	4 séances d'1 heure et mise en place de 4 journées de vaccination sur site pour faciliter l'adhésion et l'engagement de chacun		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Taux de résidents vaccinés contre la grippe	91%	95%
	Taux de personnel vaccinés contre la grippe	45%	55%
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'engagement des professionnels nécessite une prise en charge en temps de travail de leur participation aux réunions d'information. Le personnel infirmier se libère sur 4 journées complètes pour organiser cette campagne de vaccination (résident et professionnel confondus), Les effectifs actuels ne permettent pas cette disponibilité sans léser le temps habituel aux patients.		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 4.6

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables

Personne Référente :	Cellule qualité	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins Axe F du Schéma départemental - L'adaptation du règlement départemental d'aide sociale			
Description de l'action	Fédérer une politique de déclaration et d'analyse des événements indésirables par un soutien méthodologiques individuels des professionnels par les membres de la cellule qualité			
Identification des acteurs à mobiliser	Chaque membre de la cellule qualité aura en 2022 un groupe de 10 professionnels sous sa responsabilité pour le former et le sensibiliser à l'enjeu de déclarer les événements indésirables.			
Moyens nécessaires	En 2021 formation des membres de la cellule qualité afin de relancer et coordonner la démarche de signalement et de traitements des EI dès 2022; Réécriture concomitante de la procédure de déclaration des EI. - réunion mensuelle de 2h pour chaque membre de la cellule qualité (groupe de 3) afin de trier les déclarations - préparer la réunion trimestrielle d'analyse des données .			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	0		
	Protocole de déclaration des EIG	0		
	Nombre d'EIG déclarés	12		
	Nombre de RETEX formalisés	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La création d'un RETEX nécessite la formation d'au moins trois personnes de la cellule qualité (2 jours de formation) et prévoir le remplacement des membres formés / turn over			
Commentaires sur le Constat de résultat				

4

Fiche Action N° 4.7

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD

Personne Référente :	Commission d'admission	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	<p>Objectifs fiche action 20 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formaliser la procédure d'admission au sein des EHPAD (recherche de consentement, délai de rétractation, personne de confiance, modalités de transfert des résidents) ; - informer le grand public des droits et obligations des résidents en EHPAD. <p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - information et formation des professionnels sanitaires et sociaux de l'accompagnement des personnes âgées ; - mise à jour des différents documents au sein des EHPAD; - utilisation des outils existants (dossier d'admission Cerfa, déclaration de la personne de confiance...) et protocolisation dans le strict respect du cadre juridique de l'utilisation des outils numériques de fluidification des "parcours" via trajectoire 			
Description de l'action	Actualisation des documents de la loi 2002 - 2 : mise en conformité du contrat de séjour, du règlement intérieur et du livret d'accueil.			
Identification des acteurs à mobiliser	L'actualisation et la mise en conformité du contrat de séjour, du règlement intérieur et du livret d'accueil sont sous la responsabilité des membres de la commission d'admission avant d'être proposées aux membres du CVS et de l'association gestionnaire afin d'être transmises aux autorités.			
Moyens nécessaires	Les membres de la commission d'admission consacrent 1h 30 hebdomadaires à l'étude des demandes d'admission y compris celles diffusées par via trajectoire. L'infirmière coordinatrice prépare cette commission en amont avec le médecin coordonnateur pour valider la conformité ou non du dossier médical. Elle organise (hors période covid) une visite de pré admission assistée de la psychologue afin de valider le consentement ou l'assentiment du résident avant l'admission. Les membres de la commission se réunissent une journée par semestre afin de réaliser un bilan d'activité et d'évaluer le fonctionnement de la commission et la conformité des documents transmis.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	nombre de commission d'admission	1/semaine		
	nombre de visite de préadmission	6		
	actualisation du livret d'accueil / doc 2022-2	non		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

h

Fiche Action N° 4.8

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS

Personne Référente :	la direction	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 28 : - veiller à la bientraitance ; - sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance ; - insister sur l'importance de l'accompagnement et de la relation humaine dans l'accueil des personnes.			
	Modalités : - accompagner les personnels en mettant en place des formations, en veillant à maintenir en adéquation leur tâche et leur qualification ; - veiller à ce que les CPOM et les projets d'établissement et de service contiennent cette dimension qualitative de l'accompagnement et de la prise en charge ; - évaluer régulièrement les établissements en leur demandant les actions mises en place pour améliorer la qualité de la prise en charge ; - vérifier que le droit des résidents et des usagers sont bien respectés.			
Description de l'action	Création d'un comité de bientraitance représentatif des acteurs afin de formaliser et tracer les pratiques du quotidien			
Identification des acteurs à mobiliser	equipe pluridisciplinaire sur la base du volontariat			
Moyens nécessaires	Liberer du temps pour permettre aux professionnels de participer a cette commission			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année	24		
	Nombre de réunions d'information sur la bientraitance	0		
	Rythme des réunions du comité bientraitance	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Elaboration d'une charte de Bientraitance. Poursuivre les formations pour tous les professionnels de l'établissement quel que soit le poste occupé. Rapport annuel sur les plaintes et insatisfactions traitées tout au long de l'année : qualitatif et quantitatif , et évaluations des solutions proposées et menées,			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action ETABLISSEMENT N° 4-9

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-9 Respecter le rythme des personnes âgées, adapter les prestations aux attentes des résidents et assurer leur qualité de vie

Personne Référente :	Comité de direction	Date de création	01/01/2022	
	Objectifs des fiches actions PE 58 - 69 - 103 - Individualiser les prestations de soins et de prises des repas (gouter) afin de répondre aux attentes des résidents,			

Constat du diagnostic	Modalités : - Mettre en place un planning de douches individualisés en termes de fréquence en conservant un minimum de 1 douche par quinzaine - Favoriser la prise des gouters sur la nuit pour pallier à la durée importante du jeune entre diner et petit déjeuner,			
Description de l'action	Permettre une flexibilité des effectifs et des horaires des professionnels.			
Identification des acteurs à mobiliser	Réfléchir une nouvelle organisation avec les professionnels en pluridisciplinarité pour répondre aux besoins physiologiques des résidents et à leurs besoins,			
Moyens nécessaires	Adapter l'effectif présentiel tout au long de la journée			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	taux de douches hebdomadaires / demandes des résidents	25%		
	nombre de résidents bénéficiant d'un goûter nocturne	12		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

5

Fiche Action N° 5.1			
Axe 5			
Ressources Humaines			
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail			
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences			
Personne Référente :	Binome Gouvernante - Ergothérapeute		Date de création
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bien-être ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail		
	objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques		
	objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie : structurer et développer les dispositifs de formation		
Description de l'action	Poursuivre la démarche initiée en 2019 avec MESOCAP et pérenniser les évaluations et actions d'amélioration		
Identification des acteurs à mobiliser	permettre à l'ensemble des professionnels de bénéficier d'une demi-journée APP pour évaluer le niveau de bien-être au travail et repérer des situations à risques		
Moyens nécessaires	<p>Maintien de l'effectif quotidien quel que soit le jour de la semaine tout au long de l'année, Remplacement systématique de toute personne absente de l'équipe soignante et hôtelière. Participation des encadrants si nécessaire, départs différés et échelonnés des titulaires sur la période estivale pour assurer la présence sur chaque équipe d'un diplômé (soins) et expérimenté (hôtellerie), Doublons des nouveaux professionnels sur chacun des postes pour faciliter la prise d'autonomie et le partage des contraintes et des responsabilités ; pérenniser la formation</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Taux d'absentéisme	17,00%	
	Taux d'absentéisme courte durée	0,58%	
	Taux d'accident du travail	0,23%	
	Taux d'ETP vacants au 31/12	0,00%	
	Taux de rotation des personnels	8,62%	
	Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	3,13%	
	Ratio d'encadrement global	0,640	
	Nombre de points GIR par AS	50	
	Ratio d'encadrement AS/ASH	0,423	
	Ratio d'encadrement IDE	0,043	
	Taux de remplacement du personnel	17%	
	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	0	
	Plan de formation : O/N	oui	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS	0		
Organisation comprenant un pool de remplacement	non		
Nombre de formations qualifiantes	2		

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Assurer les entretiens annuels individuels pour évaluer l'atteinte des objectifs de l'année N-1 et les besoins Fédérer une politique d'évolution de carrière par la mobilité interne sur la base du volontariat et accompagner les projets professionnels des salariés,
Commentaires sur le Constat de résultat	

Jg

Fiche Action N° 5.2			
Axe 5			
Ressources Humaines			
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail			
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines			
Personne Référente :			Date de création
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 27 :		
	<ul style="list-style-type: none"> - aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines ; - mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme... 		
Constat du diagnostic	Modalités :		
	<ul style="list-style-type: none"> - formation du personnel ; - mise en place de bilans sociaux et analyse de ces documents ; - élaboration de différents tableaux de bord. 		
Description de l'action	trouver des candidats extérieurs et fidéliser les professionnels en poste		
Identification des acteurs à mobiliser	L'équipe de direction et de gouvernance		
Moyens nécessaires	Poursuite du recours aux temps thérapeutiques en termes d'aménagement d'activités sur le poste, de temps de travail et de cadence hebdomadaire,		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Taux annuel de professionnels ayant bénéficié d'un aménagement à leur retour après un arrêt long,	100%	
	Nombre de temps thérapeutiques mis en place	8	
	Nombre de retour de professionnels après un arrêt long (taux)	6 (85 %)	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir			
Commentaires sur le Constat de résultat			



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360002075

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

Sources de financement	Assurance maladie CD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M22	Date d'ouverture	01/04/1967
Option tarifaire	tarif global / GMPs sans PUI	Autorisation spécifique	Unité spécifique Alzheimer PASA
CPOM en cours	NON	Signature CTP	OUI
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2022	Date d'effet de la CTP	26/12/2016
Date d'échéance du CPOM	01/01/2027 (Calendrier prévisionnel)	Date d'échéance CTP	26/12/2021
Partenaires signataires du CPOM		Groupe homogène	EHPAD de 60 à 99 places
Etablissement mono-site	OUI	Date de construction	01/01/2010
Etablissement mono-bâtiment	NON	Nature du droit	PROPRIETAIRE
Nombre de sites	4	Superficie des locaux	4490 m2
Contraintes architecturales	NON	Superficie des terrains	1026061 m2
Nombre de chambres individuelles	74	Places installées / autorisées	74

Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
100%	97%	9	8,62%	17,00%	16,41%	63,61%	89%	64,95%	20,62%	0	03/12/2009

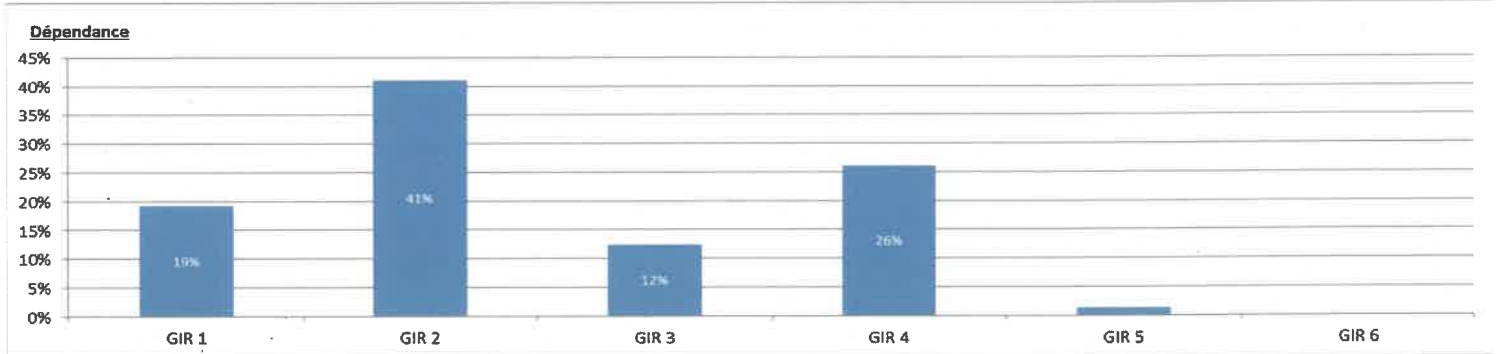
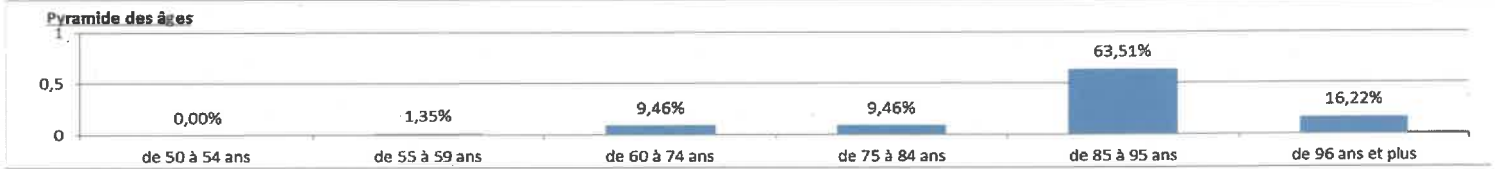
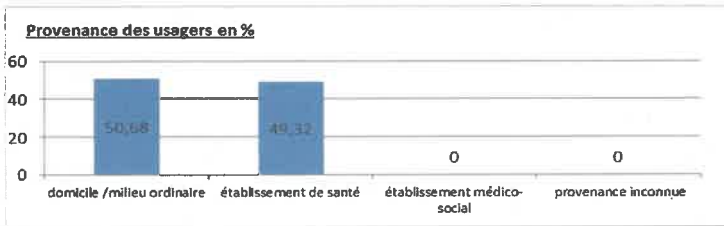
FINISS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE		CAPACITE INSTALLEE			74
360002075	P	EHPAD	EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE	36220	TOURNON ST MARTIN	Acc temporaire PA	Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appar	4
360002075	P	EHPAD	EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE	36220	TOURNON ST MARTIN	Acc. Personnes Âgées	Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appar	10
360002075	P	EHPAD	EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE	36220	TOURNON ST MARTIN	Acc. Personnes Âgées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	60
360002075	P	EHPAD	EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE	36220	TOURNON ST MARTIN	P.A.S.A.	Accueil de Jour	Alzheimer, mal appar	0

5

ACTIVITES

Taux d'occupation							Coupes d'évaluation		
Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2018	2019	2020	2021	Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance
Permanent	365	70	97%	98%	95%		0		↑
Temporaire	365	4	61%	85%	75%		0		↑
Ac. de Jour									

	Etablissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	40,71	30,88	31
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	2,72	2,22	1,92
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		39,19%	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		18,57%	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,85%	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		2,62%	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		8	
File active des personnes accompagnées sur la période		119	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EQUIPE MOBILE PSYCHO-GERIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	OUI	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération inter-établissements :	CONVENTION	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement	70

ds

RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
47,35	2,00	2,00	2,24	0,00	1,00	22,10	0,39	17,10	0,52	0,00	0,00

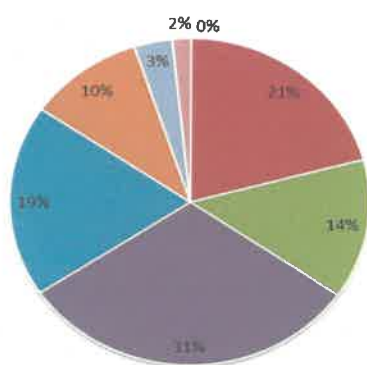
Paramédical	Infirmier	Aide médico-psychologique	Aide-soignant	Kinésithérapeute	Psychomotricien	Ergothérapeute	Orthophoniste	Autre Paramédical
22,10	3,20	0,40	13,78	0,30	1,00	0,50	0,00	2,92

Socio-éducatif	Aide médico-psychologique	Animateur	Membreur-Adaptateur	Éducateur spécialisé	Assistant social	Autre Socio-éducatif
1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Médical	Médecin Généraliste	Autre Médical
0,52	0,52	0,00
Minimum réglementaire :		0,50

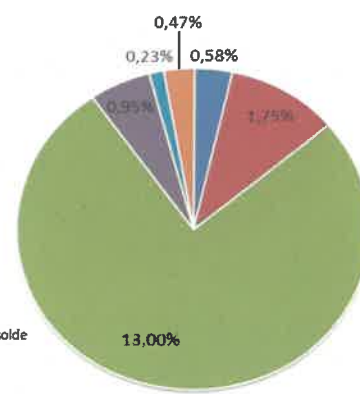
Répartition par âge du personnel

- Moins de 20 ans
- 20 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 54 ans
- 55 - 59 ans
- 60 - 64 ans
- Plus de 65 ans

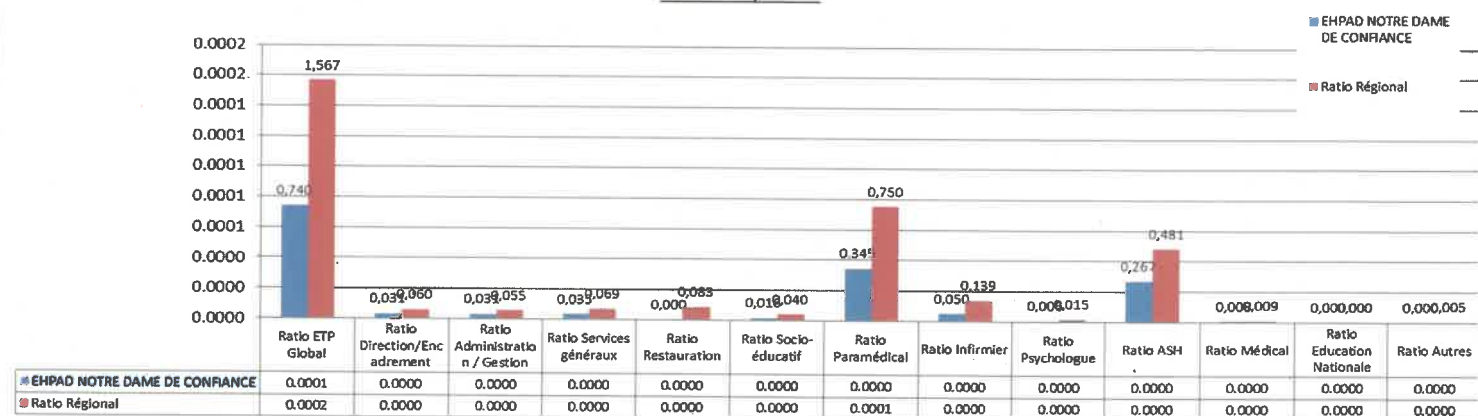


Taux d'absentéisme par motif

- Pour maladie ordinaire / de courte durée
- Pour maladie de moyenne durée
- Pour maladie de longue durée
- Pour maternité/paternité
- Pour accident du travail
- Pour congés spéciaux dont les congés sans solde



Ratios ETP / Places



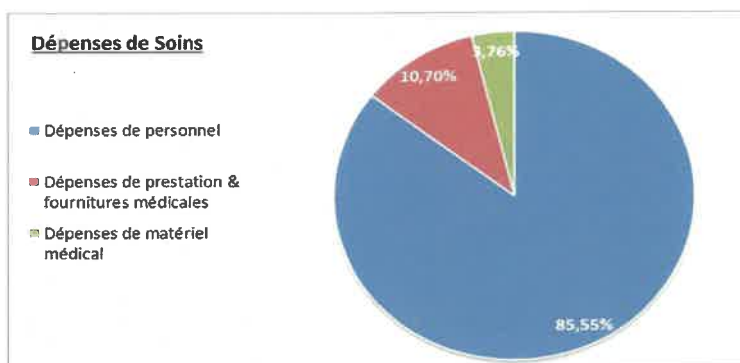
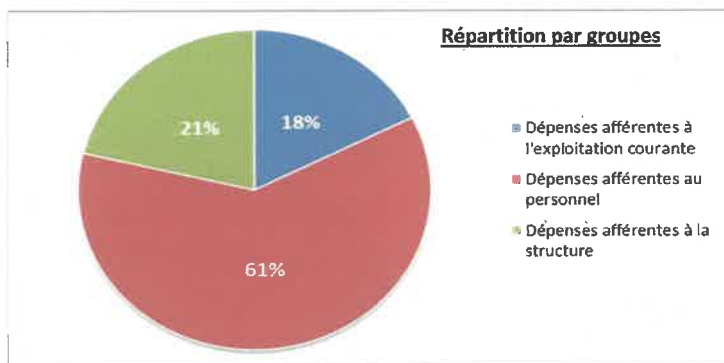
Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	0,00%	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	17% (10,76% National)
Taux de prestations externes en %	0,00%	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	8,62% (12,5% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	6,34%	Nombre de CDD de remplacement	9

Jg

BUDGET & FINANCES

	Charges*		Produits*		
	Proportion	Montant	Montant	Proportion	
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	17,14%	538 456	3 022 548	93%	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	60,97%	1 915 464	50 991	2%	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	21,89%	687 529	162 897	5%	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit		3 141 449	3 236 436	94 987	Excédent
Marge Brute		20,62%	14,53%		CAF

* données ERRD 2018



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1	0	Taux de prestations externes	0,00%
-------------------------------------	---	------------------------------	-------

Base soins actualisée / Plafond	111%	Montant de Convergence Plafond soins	0 €
---------------------------------	------	--------------------------------------	-----

* données 2019

de

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE

Thèmes & intitulés	2017*	2018*	Mode de calcul
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	75%	74%	Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) x 100 Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés) Immobilisations nettes amortissables Dettes financières à moyen et long terme Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) CAF
1.2. Apurement de la dette (>2)	1,04	1,02	
1.3. Durée apparente de la dette	9,08	11,45	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations			Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants
Construction	34%	38%	
Installations techniques, matériel et outillage	57%	63%	
Autres immobilisations corporelles	59%	63%	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation			FRI ou FRE ou FRNG x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	212	224	
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	-158	-132	
Fonds de roulement net global (FRNG)	392 781	673 391	
Besoin en fonds de roulement	-855 537	-675 571	
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation			BFR x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Montant de Trésorerie	1 248 318	1 348 962	
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	171	184	Trésorerie x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	0	0	
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
4.1. Stocks (10-20 j.)	91	136	
4.2. Créances (< 30 j.)	18	23	
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	32	24	
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	182	176	[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j. Total des consommations (comptes 601 à 603) [Solde débiteur comptes 41] x 365 j. Total des produits (comptes 70 et 73) [Solde créditeur comptes 401] x 365 j. Total des charges (comptes 60 à 62) [Solde créditeur comptes 43 et 44] x 365 j. Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	18,83%	15,01%	CAF x 100 Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)
Réserve de compensation des déficits	373 538	373 538	Réserve de compensation des déficits Total classe 6
Réserve de compensation des déficits en %	11,89%	11,89%	
Fonds dédiés	382 259	474 589	
Produits constatés d'avance	0 €	0 €	

* données ERD 2018

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	01/03/2019
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	23/09/2015
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	05/02/2019
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Salle de stimulation sensorielle Salles équipées kinésithérapie ou psychomotricité Salle de soins Salle de pesée
Organisation des transports	EN INTERNE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	1		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	1	Accessibilité au transport collectif	NON

DEMARCHE QUALITE

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Livret d'Accueil</td></tr> <tr><td>0</td><td>01/06/2017</td></tr> </table>	Livret d'Accueil		0	01/06/2017	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Règlement de Fonctionnement</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>01/07/2018</td></tr> </table>	Règlement de Fonctionnement		Oui	01/07/2018	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Contrat de séjour</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>01/07/2018</td></tr> </table>	Contrat de séjour		Oui	01/07/2018	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Conseil de la vie sociale</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>18/03/2019</td></tr> </table>	Conseil de la vie sociale		Oui	18/03/2019		
Livret d'Accueil																					
0	01/06/2017																				
Règlement de Fonctionnement																					
Oui	01/07/2018																				
Contrat de séjour																					
Oui	01/07/2018																				
Conseil de la vie sociale																					
Oui	18/03/2019																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Charte des droits & liberté</td></tr> <tr><td colspan="2">OUI</td></tr> </table>	Charte des droits & liberté		OUI		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Personne Qualifiée</td></tr> <tr><td colspan="2">OUI</td></tr> </table>	Personne Qualifiée		OUI		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Projet d'Etablissement ou de Service</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>01/12/2009</td></tr> </table>	Projet d'Etablissement ou de Service		Oui	01/12/2009	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Date dernière Evaluation</td></tr> <tr><td>Interne</td><td>Externe</td></tr> <tr><td>2/4/14</td><td>24/10/14</td></tr> </table>	Date dernière Evaluation		Interne	Externe	2/4/14	24/10/14
Charte des droits & liberté																					
OUI																					
Personne Qualifiée																					
OUI																					
Projet d'Etablissement ou de Service																					
Oui	01/12/2009																				
Date dernière Evaluation																					
Interne	Externe																				
2/4/14	24/10/14																				

	INTERNE	EXTERNE	
Prochaine Evaluation	03/2026	10/2023	Prochaine Evaluation

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
	OUI	OUI	NON		OUI

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins

Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
CONVENTIONS COLLECTIVES - CCN de 1951	Diplôme Niveau 1 - CAFDES (certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou service d'intervention sociale) ou Master 2

Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
	OUI

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	oui	non	création d'une cellule qualité en 2021 avec relance des missions - en 2021 - 10 programmées
Nombre de réunions par an	5	0	
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	non	non	
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	non	non	
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	non	non	
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	oui	oui	
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	non	non	
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)	oui	oui	

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	oui	oui	
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	oui	oui	
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	oui	oui	
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	oui	non	
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	oui	non	

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2			
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	oui	oui			
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	oui	oui			
Si oui, laquelle	commission de menus	commission de menus	commission de menus	prépa réunion CVS avec les résidents	règlement "bien vivre ensemble" écrit par les résidents
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	oui - repas	oui - repas	2021		
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	non	non			

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	non	non	50 % de réalisés au 31 mai 2021
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	oui	oui	
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	non	non	

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	74	74	
Nombre de chambres doubles	0	0	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	13,9 / 21,3	13,9 / 21,3	superficie hors salle de bain
Superficie minimale et maximale des chambres doublés	na	na	
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	74	74	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	oui	oui	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	oui	oui	
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	oui	oui	API restauration : 3 cuisiniers
Liaison froide (Oui ou Non)	non	non	
Liaison chaude (Oui ou Non)	oui	oui	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	oui	oui	diététicienne de API
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)	oui	oui	
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	oui	oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	oui	oui	
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)	oui	oui	
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	oui	oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	oui	oui	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	oui	oui	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	oui	oui	ANETT
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	non	non	
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	oui	oui	ANETT
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	non	non	
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	oui	oui	
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	non	non	
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	non	non	non
Périodicité du ménage dans les chambres	tous les deux jours	tous les deux jours	mais salle de bains tous les jours
Périodicité du ménage dans les locaux communs	variable / locaux	variable / locaux	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)	oui	oui	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	oui	oui	

19

Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

Points Forts

Axes d'Améliorations

Outils de la loi 2002-2	
<p>le livret d'accueil constitué sous forme de pochette contenant les différents éléments et permet son actualisation régulière. Il est remis ou envoyé sur sollicitation et distribué aux assistantes sociales des structures environnantes. Il est adapté (forme et contenu) au public accueilli.</p> <p>La charte des droits et libertés est intégrée dans le livret d'accueil et également affichée à l'entrée de l'établissement en format A3.</p> <p>Le contrat de séjour est signé dans les 72h. Il a été actualisé il y a moins de 5 ans et retravaillé avec les membres du CVS.</p> <p>Le règlement intérieur est complété par un règlement réalisé par les résidents eux même intitulé "bien vivre ensemble".</p> <p>Le CVS fonctionne. Les professionnels de l'établissement apportent une aide logistique et méthodologique pour l'organisation des séances et la réalisation des invitations et compte rendus. Le quorum et la proportionnalité sont respectés et la présence des résidents est facilitée par des réunions de préparation pour faciliter leur expression et leur écoute. Il y a un représentant de l'association gestionnaire et la directrice intervient et se rend disponible sur un temps identifié.</p> <p>Un des membre du CVS représentant les proches est présent lors de chaque conseil d'administration de l'Association et donc tenu au courant des budgets des décisions stratégiques et des bilans de fonctionnement.</p> <p>Les enquêtes de satisfaction réalisées fin 2018 et traitées en 2019 ont été mises en place avec le CVS. Elles étaient à destination des résidents et des proches.</p> <p>La liste des personnes qualifiées est affichée réglementairement.</p>	<p>Outils de la loi 2002-2</p> <p>Le rôle des personnes qualifiées ne fait pas l'objet d'une information spécifique ni dans le contrat de séjour ni sur le lieu d'affichage.</p>
Projet de soins - Projet d'animation	Projet de soins - Projet d'animation Non Formalisés
Projet personnalisé	Projet personnalisé
<p>L'établissement a mis en place depuis 2017 et formalisé depuis 2018 une commission d'admission hebdomadaire. Elle a pour objectif d'effectuer un état des lieux de l'activité de l'EHPAD. Elle étudie la conformité des dossiers des futurs résidents (priorité, complétude du dossier d'admission, validité par le médecin coordonnateur du dossier médical, expression claire et sincère du consentement par le futur résident).</p> <p>Une visite de pré admission est organisée sur site (de préférence) sinon sur le lieu de vie ou d'hospitalisation de la personne âgée pour confronter les</p>	<p>Il y a un retard avéré en 2019 et 2020 sur la réalisation et l'actualisation des projet individualisés, et aucun avenant de restriction des libertés n'a été formalisé.</p> <p>Les décisions et réflexions concernant les résidents au cours des réunions pluridisciplinaires type TNM et autres staffs (médecin coordonnateur et psychiatre) ne sont pas intégrées au dossier préparatoire du projet individuel déjà réalisé ou en attente de réalisation.</p> <p>Les référénts professionnels du résident (soin et hôtelier) sont difficiles à</p>



<p>données recueillies. Après validation, la date d'entrée est fixée en concertation EHPAD et résident ou ses proches pour permettre un accueil personnalisé. Les valeurs de non discrimination sont défendues pour tous les dossiers d'admission. L'établissement ne facture aucune réservation.</p> <p>Dès la demande d'admission, il existe un accompagnement de proximité pluriprofessionnel pour mesurer les attentes, les besoins, les envies mais aussi les insatisfactions du résident pour y remédier au plus vite.</p> <p>La psychologue rend visite aux nouveaux arrivants pour évaluer leur assentiment à l'entrée en EHPAD, elle recueille leur histoire de vie et elle les accompagne sur leur difficulté d'adaptation ou le déni de la perte d'autonomie. Elle accompagne également les proches sur leur sentiment de perte, de frustration ou de culpabilité.</p> <p>Le projet individualisé est réalisé avec concertation des différents acteurs de la prise en charge, le résident et une attention particulière est portée à ses proches quand ce dernier ne peut pas s'exprimer. Une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire est organisée spécifiquement pour les projets personnalisés et un retour est présenté au résident par la psychologue.</p>		<p>maintenir à cause du turn over du personnel et ne sont pas repérés comme tel par le résident.</p>	
<p>Autres / Sécurité des bâtiments</p> <p>SECURITE DES BATIMENTS - L'établissement dispose de video surveillance aux accès du bâtiment. Une procédure de lutte contre les intrusions malveillantes est pérenne. Les résidents disposent d'une clé de leur chambre et d'un tiroir sécurisé. Les connaissances du plan vigipiate par les professionnels sont actualisés chaque semestre par l'agent de sécurité. il en est de même pour la Sécurité incendie. Les agents techniques contrôlent le suivi du plan de maintenance et des obligations réglementaires avec les prestataires extérieurs.</p> <p>SECURISATION DES DONNEES PERSONNELLES - L'EHPAD utilise un logiciel métier conforme à la réglementation, et les données papier sont classées dans des espaces sécurisés. Le prestataire informatique garantit un dispositif de protection contre la cyber attaque. Les dispositions RGPD par rapport au dossier du résident sont respectés. Les résidents peuvent accéder à leur dossier en respectant une procédure.</p>		<p>Autres / Sécurité des bâtiments</p> <p>SECURITE DES BATIMENTS - Il n'y a pas d'astreinte technique mais en urgence, l'agent se déplace y compris sur ses temps de repos, de jour comme de nuit.</p> <p>SECURISATION DES DONNEES PERSONNELLES - Les dossiers papiers des résidents sont archivés en archives actives (trois ans sous clefs dans les bureaux des secrétaires) puis en sous-sol.</p>	
<p>Projet d'établissement</p> <p>Le projet d'établissement n'a pas été actualisé depuis 2009.</p>		<p>Projet d'établissement</p> <p>Un projet associatif réalisé en 2016 développe les valeurs de l'établissement. Le projet d'établissement est en cours de réécriture : une convention a été signée avec le prestataire Advitam pour accompagner les professionnels en 2021. Elle a été débutée dès avril 2021.</p>	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	N° d'objectif	Objectifs généraux du Conseil Départemental
1.1	Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	1.2	Formuler les directives anticipées et désigner une personne de confiance
<p>Point de vigilance relatif aux documents de la loi 2002-2 :</p> <p>L'étude du diagnostic partagé laisse apparaître l'obsolescence des documents de la loi 2002-2 au regard de la réglementation (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation...) et le fonctionnement de l'établissement, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrat de séjour ; • Livret d'accueil ; • Règlement de fonctionnement. <p>Les documents sont à soumettre au Conseil de la Vie Sociale et à transmettre aux autorités.</p>			
<p>Point de vigilance relatif au projet d'établissement :</p> <p>Le projet d'établissement est à réactualiser. Ce document est absent et doit être revu tous les 5 ans. Le projet associatif peut servir de point de départ au projet d'établissement.</p> <p>Veiller à associer les résidents et les familles à son élaboration.</p> <p>Mettre en adéquation le projet d'établissement avec les fiches actions du CPOM. Mettre régulièrement l'ensemble des documents en conformité avec la réglementation.</p>			

Points de vigilance relatifs au projet d'accompagnement personnalisé (PAP) :

Le PAP est un outil pour la personnalisation de la prise en charge et un document prioritaire à mettre en place.

Formaliser le suivi des objectifs du projet personnalisé pour chaque résident.

Favoriser les échanges vers les familles et expliquer l'objectif du PAP.

Formaliser un projet de soins et de vie spécifique pour chaque personne.

Actualiser le PAP aussi souvent que nécessaire et à minima 1 fois par an.

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 1

Projet d'accompagnement personnalisé	2020	2021	Observations
Taux de signature	42%	34%	pas de PAP sur période COVID
Nombre de PAP signés par le résident	30	22	
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	10%	14%	
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement	OUI	OUI	PAP relancés en 2021 par nouvelle psy
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	1%	3%	référénte DA nommée fin 2019

Je

FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM

Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 2 :

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

Points Forts	Axes d'Améliorations
<p>Efficiences de gestion / politique achats</p> <p>GESTION FINANCIERE -La stratégie financière est existante : maintien du prix de journée et du reste à charge pour le résident.</p> <p>L'établissement est soumis à un plan d'apurement de la dette jusqu'en 2025 sous l'égide d'un mandataire judiciaire et le respecte. Un comptable et un commissaire aux comptes veillent au respect des règles budgétaires et des procédures réglementaires.</p> <p>L'établissement a des relations étroites et sincères avec les autorités de tarification.</p> <p>Les professionnels sont engagés pour la recherche de subventions extérieures pour mener à bien des projets innovants et des animations complémentaires.</p> <p>La mutualisation se fait par partage d'expertise professionnelle et de certains matériels (bus) et équipements (balnéo, prêt de salle...). L'établissement est très ouvert sur les activités inter-générationnelles et sur les échanges avec tous les organismes de formations initiales.</p> <p>LES ACHATS - L'établissement travaille avec une centrale d'achat et mobilise la concurrence. Il est fidèle à des fournisseurs qui l'ont soutenu pendant la crise financière de 2012 - 2013 tout en veillant à maintenir des relations clients - fournisseurs sains et sincères. Une attention particulière est portée aux fournisseurs et commerces locaux.</p> <p>Les contrats sont évalués, négociés et actualisés chaque année au regard des propositions de la concurrence.</p>	<p>Efficiences de gestion / politique achats</p> <p>Les professionnels n'ont pas la mesure des impacts des finances ni de la pression financière</p>



<p>Gouvernance</p> <p>L'Association gestionnaire a créé 4 commissions (Financière 1 fois /an , RH 2 fois/an, Sécurité et bâtiments 1 fois/an et relations avec les usagers trimestrielle) pour que des administrateurs participent à la vie de l'établissement et communiquent les synthèses aux autres administrateurs. Le président, la trésorière et le vice président, habitant proches de la commune, passent plusieurs fois par semaine pour assister la direction sur la validation et la réalisation des paiements. Elle organise 3 conseils d'administration et une assemblée générale chaque année où sont présents un représentant du CVS et des représentant du CSE.</p> <p>La gouvernance managériale a fait l'objet en 2018 d'un audit pour améliorer l'accompagnement des professionnels et la communication interne. Cet audit a permis la mise en place de commission organisationnelle : CODIR (commission de direction hebdomadaire) et COMET (commission d'établissement trimestrielle)</p> <p>L'EHPAD réglementairement a mis en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CSE - conseil social et économique qui se réunit X fois par an. - CVS - conseil de la vie social - trimestriel - Une commission de menus -trimestrielle. <p>L'établissement a mis en place de nombreuses commissions pour améliorer le parcours du résident , le suivi de son accompagnement social et familial ainsi que des commissions pour sécuriser le suivi des thérapeutiques et activités proposés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - COMAD - commission des admissions - hebdomadaire - TNM techniques non médicamenteuses - hebdomadaire - intervention hebdomadaire du médecin coordonnateur sur des thèmes de santé public ou un temps de formation aux pathologies des PA - APP - Analyse de pratiques professionnelles trimestrielle - ADéPA - Accompagnement à la démarche palliative - trimestrielle . <p>et les réunions bimestrielles des services hotellerie, soins, PASA et vie sociale. La direction organise 2 réunions institutionnelles par an pour l'ensemble des professionnels.</p>	<p>Gouvernance</p> <p>Le rôle des membres de l'Association et les membres de l'association ne sont pas connus. Les réunions sont organisées avec convocation, ordre du jour et compte-rendu diffusés sur TITAN.</p> <p>La planification est réalisée en fonction des membres.</p> <p>La logistique des CVS est entièrement gérée par le personnel pour permettre une meilleure disponibilité.</p>
<p>Gestion de l'immobilier / locaux</p> <p>L'établissement est implanté en centre ville. Des accès handicapés sont aménagés tout autour de l'établissement.</p> <p>Le diagnostic d'accessibilité a été réalisé en 2015 et les recommandations ont toutes été levées fin 2017 (notamment pour l'accueil des personnes mal voyantes).</p> <p>La signalétique intérieure est adaptée et respecte un code couleur qui aide à l'orientation.</p> <p>Le parking est suffisant et comporte des places handicapées. Des fauteuils pour les transferts des résidents sont laissés à disposition.</p> <p>Le dispositif de climatisation est fonctionnel dans plusieurs locaux de l'EHPAD pour permettre un rafraichissement des résidents sur les temps de repas, les activités collectives ainsi que dans l'unité protégée située en terrasse et l'espace sensoriel. C'est le cas également de plusieurs locaux professionnels : bureau de transmissions, de la psychologue. Cette année 2021, l'ancienne aile du bâtiment particulièrement exposée a été aménagée avec une climatisation au RDC et à l'étage .</p>	<p>Gestion de l'immobilier / locaux</p> <p>La signalétique extérieure n'est pas suffisante. La mairie est informée de ce manque.</p>
<p>Réponses au besoins du territoire</p>	<p>Réponses au besoins du territoire</p>



<p>Autres L'établissement dispose d'un standard accessible H24 / 365 jours par an Les appels sont dirigés vers le pole admisistratif sur les horaires de bureaux en semaine et vers le pole infirmier ou aides soignants en dehors des horaires d'ouverture du pole administratif. Le parc informatique est renouvelé régulièrement. Le serveur est sécurisé. Une page facebook a été créée pour permettre la transmission d'informations sur la vie dans l'EHPAD; Elle est un moyen d'échanges avec les proches et les partenaires extérieurs. Le marché de noel est affiché sur des panneaux à l'entrée de la ville L'établissement est adhérent à Famileo qui permet à chaque résident de recevoir individuellement une gazette papier créé à partir des publications de ses proches, et à ces derniers de recevoir la gazette de l'EHPAD créé par les résidents.</p>		<p>Autres Le site internet n'est pas actualisé. Il n'existe pas de LOGO de l'établissement .</p>	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
2.1	Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	2.3	Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ ou services
2.2	Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports		
<p>Point de vigilance relatif aux partenariats : L'établissement doit transmettre la liste des partenaires aux autorités.</p>			

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 2

Projet d'accompagnement personnalisé	2020	2021	Observations
Données tableau de bord ANAP complétées à 100%		100%	

Jg

Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 3

Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

Points Forts

Axes d'Améliorations

<p>Ouverture sur l'environnement</p> <p>2 professionnels du CVS de l'établissement font partie du CCAS. Le CCAS de la commune offre un repas de fête à tous les résidents et aux professionnels accompagnants en début d'année, il est possible aux personnes âgées de la commune d'en bénéficier à la place du panier garni de Noël.</p> <p>Certaines activités d'animation sont organisées conjointement entre l'association de maintien à domicile "Bien vivre chez soi" de Tournon et l'établissement.</p> <p>L'animatrice fait partie d'une association ANIM'AGE regroupant les animateurs de différents EHPAD de l'Indre qui contribuent à organiser des activités communes entre tous les résidents et à fédérer des projets communs.</p> <p>La directrice fait partie du collectif départemental des directeurs d'ESMS qui échangent sur leurs pratiques, sur des problématiques communes et sur l'évolution des politiques du grand âge.</p> <p>Le minibus de l'établissement adapté au transport des personnes en fauteuil roulant est utilisé lors des rencontres extérieures pour véhiculer des personnes âgées d'autres structures associatives du domicile.</p>	<p>Ouverture sur l'environnement</p>
<p>Contribution aux parcours</p> <p>La secrétaire de l'accueil est une personne ressource pour les résidents et leurs proches pour solliciter des aides et compléter les dossiers.</p> <p>L'IDEC participe à la commission gériatrique du canton (1 réunion par trimestre).</p> <p>Des conventions ont été signées et réactualisées avec, en autres, :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le centre hospitalier Chateauroux-Le Blanc concernant la filière gériatrique et l'HAD. Le partenariat est effectif et satisfaisant; - la clinique KAPA de Châtellerault concernant la filière gériatrique. L'EHPAD a négocié l'absence de coût financier supplémentaire pour les résidents. Le partenariat est effectif et satisfaisant. - AOSIS : chirurgien dentiste de la Vienne : dépistage et santé bucco dentaire. Le partenariat est effectif et satisfaisant ; - L'établissement est adhérent au CODESPA36. La directrice en est un membre administrateur ainsi qu'au COPIL SP du Centre Val de Loire. Une commission institutionnelle interne à l'EHPAD, la commission ADÉPA a été créée avec l'ensemble des 8 professionnels formés à l'accompagnement de fin de vie. Ils participent aux commissions gériatriques départementales du CODESPA et aux journées d'échanges avec les autres ESMS engagés dans l'accompagnement des soins palliatifs de l'Indre. - la pharmacie MULTON : la pharmacienne vient préparer les piluliers une fois par semaine sur site . - la MAS de Lureuil : atelier de Balnéothérapie et activités partagées 	<p>Contribution aux parcours</p>

<p>Développement des Systèmes d'information</p> <p>Une convention avec l'assurane maladie a permis l'adaptation du logiciel métier au DMP ce qui permet de créer et d'alimenter l'ensemble des DMP des résidents . La grande majorité des résidents conserve leur médecins généralistes lors de l'entrée à l'EHPAD, l'ensemble des médecins libéraux interviennent en visites programmées et/ou en urgence, et participent en grande majorité à la coordination gérontologique de l'EHPAD au moins 1 fois par an. le logiciel métier permet à chaque acteur libéraux d'accéder au dossier de son patient et de le nourrir. L'établissement a investi dans un charriot de télé médecine et son équipement , il a réactualisé son adhésion pour pouvoir poursuivre son développement au sein de l'EHPAD.</p>	<p>Développement des Systèmes d'information</p> <p>Le débit internet est très faible ce qui pose des soucis pour gérer le dossier du résident et pour réaliser des visio conférences et ce malgré l'ajouts de bornes wifi et d'un double circuit WIFI soins et public. L'ouverture des dossiers DMP des résidents a été retardé par la crise sanitaire puis la campagne de vaccination, la référente de télé médecine est une infirmière. Le logiciel de télé médecine n'est pas compatible avec celui de nos partenaires des autres départements (clinique KAPA et CH de poitiers. Certains locaux de l'EHPAD ne permettent pas la liaison. Il existe peu d'inerlocuteurs médicaux volontaires pour mettre en place la télé médecine.</p>
<p>Autres</p> <p>L'établissement est frontalier à l'Indre-et-Loire et la Vienne donc 3 départements et 2 régions. C'est un des principaux employeurs du Bassin d'attractivité local et notamment d'employés ne bénéficiant pas de permis de conduire ni de moyens de se véhiculer. Il est soucieux de permettre un rapprochement familial et de favoriser l'accueil des personnes âgées du canton aux revenus modestes grâce à un tarif journalier intégrant toutes les dépenses annexes exceptées l'accès au téléphone et la prestation coiffure. L'établissement est habilité à l'aide sociale pour l'ensemble des places ce qui permet à la population accueillie (revenus modestes en grande majorité) de pouvoir rester jusqu'à la fin de leur vie. L'établissement a de très bonnes relations avec la mairie. Deux professionnels de l'EHPAD participe au CCAS. Il existe une vraie solidarité et dynamique économique et sociale. Il existe un partenariat actif avec le multi accueil, les écoles communales (maternelle, élémentaire et secondaires) et du canton (collège et lycée du Blanc) pour les projets intergénérationnels mais également pour l'accueil de stagiaires. L'établissement accueille des festivités communales et favorisent la participation des résidents aux journées festives et aux sites touristiques environnants .</p>	<p>Autres</p> <p>L'établissement est éloigné des transports ferroviaires et autoroutiers d'environ 45 minutes.</p>
<p>Autres</p> <p>La communication est très développée</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre les résidents et les familles (visio WHATSAPP, SKYPE...), - entre établissement et familles (bulletin d'information mensuel, réseau facebook, envoi par mails et papiers suivant les desiderata) - entre établissement et résidents (affichage A3 coloré et pictogramme facilitant la compréhension) - La directrice réalise à minimum un bulletin d'informations mensuel (hebdomadaire pendant la crise sanitaire) à destination des résidents, des professionnels, des familles mais aussi des autorités locales et administratives pour actualiser leurs connaissances du fonctionnement et des actions mises en place. Il est diffusé par mails et sur la page Facebook de l'EHPAD ; <p>Lien social et citoyenneté</p> <p>Les résidents conservent leur droit à la citoyenneté : ils peuvent voter ou faire procuration après vérification de l'inscription sur liste électorale. L'animatrice veille au maintien de la vie sociale des résidents : poursuite des affiliations aux associations ou y inscrire les résidents. Les résidents sont accompagnés pour réaliser leurs achats sur des temps identifiés et utiliser eux mêmes leur bon pour achat fournis par les tutelles.</p>	

de



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 4

développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

Maîtrise des risques	Maîtrise des risques
<p>RISQUE INFECTIEUX - risque sanitaire et alimentaire L'EHPAD dispose d'une cellule hygiène pluridisciplinaire (soins et hotellerie) qui suit les formations et réalise des audits flash. Il investit du matériel pédagogique et des EPI. Les opérateurs connaissent les risques attachés au secteur et à la vulnérabilité du public (HACCP, circuit du linge et des déchets) Ils portent une tenue de travail quotidienne conforme, respectent les recommandations du CCLIN : bio nettoyage, EPI, Précautions Standard et le plan de sécurité sanitaire respecté. La douleur est évaluée par les professionnels, le médecin est contacté pour prescrire un traitement antalgique ou l'adapter ou le prescrire en prévention avec si besoin intervention de l'HAD. Les chutes - Le risque est évalué, le matériel est adapté La prévention des chutes est aussi réalisée lors d'ateliers suivis par le kiné et l'ergothérapeute, Atelier collectif et suivi individuel. L'état cutané - il existe une grande vigilance à l'état cutané. Une évaluation (NORTON) est faite à l'entrée et actualisée autant que nécessaire. L'EHPAD a conventionné pour la location de matelas à air. Le suivi nutritionnel est organisé pour tous les résidents, Les fugues - Les risques de fugue et d'errance sont évalués et l'architecture permet de sécuriser l'errance sans limiter la mobilité, y compris en extérieur. La vidéoprotection est mise en place. Les troubles cognitifs et du comportement - L'EHPAD dispose d'une unité protégée avec du personnel formé et d'un PASA de 14 places avec une équipe dédiée. La file active autour de 24 personnes est actualisée par trimestre, Campagne vaccinale COVID 19 - 100 % résidents et 80 % professionnels sont vaccinés Grippe saisonnière - campagne menée par le médecin coordonnateur</p>	<p>Les chutes : chaque chute fait l'objet d'une déclaration dans le logiciel métier , Des mesures immédiates sont prises lorsqu'il s'agit par exemple d'un problème de chaussures , Les fugues : les risques sont évalués , les familles sont concertées et le cas échéant , les résidents sont dotés d'une montre GPS (après accord de la famille , du tuteur),ces montres permettent également d'être alertés en cas de chute covid 19: au 1er octobre 100 % des résidents sont vaccinés,89% ont déjà même eu leur 3ème dose(les autres n'étant pas encore éligibles à la 3ème dose),Sauf hospitalisation tous auront leurs 3ème dose,Tous les personnels éligibles à la vaccination sont vaccinés avec 2 doses , La douleur :3 personnels(psychologue, IDE et AS) sont en cours de formation afin de maîtriser les outils d'évaluation (échelles pour personnes non communicantes), ce afin de former les membres de l'équipe et d'affiner encore plus la prise en charge de la douleur , grippe saisonnière :chaque année , le médecin co organise des campagne de sensibilisation à la vaccination anti-grippale ,Il intervient en plusieurs sessions auprès de l'ensemble des professionnels (explication du vaccin , des risques pour soi et autrui de ne pas être vacciné et FAQ.) Risque infectieux: en cas d'épidémie , ou autre problème relevant une expertise médicale ; la cellule hygiène se renforce par la participation du médecin co</p>

Points Forts

Axes d'Améliorations

JS

<p>Continuité de l'accompagnement</p> <p>Dossier informatique - Le logiciel métier permet à tout moment l'accès sécurisé / poste occupé à tous les acteurs du soins: Le chariot de télémédecine est fonctionnel, le DMP est déployé.</p> <p>Des temps de transmission inter-équipes d'équipe, L'IDE présente de 7h30 à 19h30 est en charge de transmettre les informations au médecin traitant. Le résident conserve son médecin généraliste. Les médecins peuvent prendre le relais en accord avec le médecin traitant (urgence, soins palliatifs, crise sanitaire).</p> <p>La commission de coordination gérontologique est proposée 2 fois par an aux intervenants et prestataires libéraux, .</p> <p>HAD - Convention avec le CH Le Blanc - Chateauroux actualisée et fonctionnelle, pour les actes spécialisés.</p> <p>Gestion des urgences -L'ensemble des soignants (IDE, AS, AES et ASS) sont formés à l'AFGSU et à l'appel d'urgence, Le matériel d'urgence est contrôlé et laissé à disposition. Le DLU est nourri par le logiciel métier.</p> <p>Filière gériatrique - Au vue de la position géographique, l'EHPAD a signé une convention avec le CH Le Blanc - Chateauroux et une avec la clinique privée de Châtelleraut (sans dépassement d'honoraires).</p> <p>Soins palliatifs - la fiche d'identification des patients est transmise au SAMU pour éviter des hospitalisations et faciliter la prise en soins. La démarche palliative est formalisée, accompagnée par la commission interne ADéPa. Les projets individuels de fin de vie sont formalisés sur TITAN, les proches sont accueillis, conseillés et soutenus. Directives anticipées - l'EHPAD dispose d'une référente "directives anticipées" qui informe et accompagne les résidents et leur personne de confiance sur la rédaction, Elle est assistée autant que nécessaire par la psychologue référente "personne de confiance".</p> <p>Santé bucco - dentaire - partenariat avec dentistes 3 fois/an</p> <p>Santé mentale - partenariat mensuel avec un psychiatre</p>	<p>Les médecins généralistes sont réfractaires à la mise en place de protocoles collectifs et anticipés.</p> <p>La formalisation de la démarche " directives anticipées " et "personne de confiance" relancée au début 2021 est chronophage (respect du rythme des personnes âgées) mais fructueuse dans le temps.</p>
<p>Sécurisation du circuit du médicament</p> <p>Fourniture des médicaments , préparation des piluliers hebdomadaire et suivi des prescriptions sont réalisés sur le site de l'EHPAD par la pharmacienne de l'officine et sa préparatrice, dans le respect de la convention signée en 2015 et actualisée en 2017. Les infirmiers réalisent la distribution et l'administration des traitements matin midi et soir individuellement pour chaque résident, L'infirmière coordinatrice informe des alertes de pharmacovigilance, contrôle le suivi du charriot d'urgence, des stupéfiants et des traitements de base dans l'armoire à pharmacie.</p>	<p>Sécurisation du circuit du médicament</p> <p>L'établissement n'a pas formalisé son audit du circuit du médicament. Les infirmiers préparent et mettent à disposition des Aides- soignants les traitements de nuit à l'EHPAD et l'ensemble des traitements journaliers dans des piluliers pour l'unité protégée.</p>
<p>Politique de prévention</p> <p>Evènements indésirables Une fiche de signalement sur le logiciel métier permet aux professionnels de signaler les EI détectés dans l'établissement. Un circuit de signalement de ces événements est défini (papier et sur TITAN). L'IDE coordinatrice, formée à la méthodologie CREX, gère les EI soit par action directe soit en les soumettant au comité de direction. Il existe une procédure de déclaration des EI sur la plateforme ARS. Les personnels d'astreinte administrative déclarent les EI sur la plateforme ARS.</p>	<p>Politique de prévention</p> <p>Evènements indésirables Il n'y a pas de CREX puisqu'une seule personne a été formée, Le CVS n'est pas informé des EI dans l'immédiateté mais à posteriori au cours de la réunion suivant l'incident.</p>

5

<p>Bienveillance La bienveillance et l'éthique d'accompagnement sont les valeurs de bases des formations réalisées au sein de la structure, auxquelles tous les employés participent quel que soit le poste occupé. La psychologue est identifiée comme la garante des droits et libertés des résidents. Elle intervient dans les commissions institutionnelles à ce titre. Les personnels sont formés à la bienveillance et sur l'éthique. Le règlement intérieur des professionnels prône le respect de l'identité, de l'intimité, de la dignité, de la confidentialité et de la sexualité des résidents et précise quelques pratiques en ce sens. Il est le support de toutes les décisions organisationnelles. La chambre du résident est considéré comme son "domicile" et chaque professionnel respecte cette commande et réalise ses activités selon le bon vouloir du résident (rythme de vie, gestion et aménagement de l'espace, personnalisation des activités) Les plaintes et réclamations des usagers et de leurs proches sont prises en compte sous quinzaine par le CODIR et font l'objet d'un retour transmis au médecin coordonnateur / au CVS / au président de l'Association selon la problématique. Le médecin coordonnateur les vendredi après midi réalise des échanges avec l'équipe soignante principalement pour des prises en soin complexes à la demande de l'iDEC. le maintien de la continence : Une référente analyse mensuellement le besoin de chaque résident pour adapter le type et le nombre de protections et une formation est proposée 1 fois par an à chaque professionnel soignant. Des "pauses pipi" programmées permettent de maintenir la continence. La contention physique est interdite et la contention chimique limitée au profit des Techniques non médicamenteuses(réunions hebdomadaires TNM)</p>		<p>Bienveillance La procédure institutionnelle de gestion de la maltraitance n'est pas ou peu connue des professionnels et donc ces derniers n'ont pas repérés les actes ou les comportements à risques. L'établissement a fait appel à une psychologue extérieure pour mettre en place un temps d'analyse de pratique, mais cette intervention est ponctuelle (1 seule journée annuelle) et limitée à un groupe de professionnels restreinte (12 personnes). La nouvelle psychologue (2020) a débuté des temps d'analyses de pratiques mais sa quotité de travail ne lui permet pas de les pérenniser autant que nécessaire. La mise en place de barrières est possible sur la demande du résident ou pour faciliter la mobilité au lit mais et fait l'objet d'une tracabilité et d'une prescription médicale ,</p>	
<u>N° d'objectif</u>	<u>Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS</u>	<u>Objectifs généraux du Conseil Départemental</u>	
4.1	Améliorer la prise en charges des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement , favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	4.7	Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD
4.2	Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins buccodentaires	4.8	Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
4.3	Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes		
4.4	Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament		
4.5	Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe		
4.6	Déclarer et analyser les événements indésirables		

J

<p>Point de vigilance relatif aux évaluations : Respecter la réglementation et le calendrier des évaluations internes et externes.</p>	
<p>Points de vigilance relatifs à la bientraitance : Evaluer la connaissance de la procédure de signalement d'acte de maltraitance par les professionnels. Evaluer les effets des actions de prévention sur la bientraitance et développer l'analyse des pratiques. Identifier un référent bientraitance</p>	
<p>Points de vigilance relatifs aux événements indésirables : Formaliser la procédure des EI et EIG. Sensibiliser le personnel sur les événements indésirables, sur la distinction entre EI et EIG et sur la procédure à appliquer. Développer la culture des événements indésirables au sein de l'établissement.</p>	<p>a l'heure actuelle , l'Idéc déclare tous les événements indésirables quel qu'ils soient ,Fin 2022 , l'ensemble du personnel sera sensibilisé à la déclaration des EI ,</p>
<p>Points de vigilances relatif à la politique de prévention : Veiller à la formalisation et à la mise à jour régulière dans le projet d'établissement de la politique de prise en charge des troubles du comportement. Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes S'assurer de la mise à jour régulière du protocole de prévention et de traitement des escarres pour mettre en place un fonctionnement avec une échelle d'évaluation. Assurer l'enregistrement des EIG sécurités médicamenteuses.</p>	
<p>Points de vigilances relatifs au circuit du médicament : S'assurer du suivi des médicaments. Assurer la mise en place des actions correctives nécessaires suite à l'auto-diagnostic du circuit du médicament. Veiller à la vérification des piluliers selon la règle des 5B (bon médicament, au bon dosage, par la bonne voie, au bon moment, au bon résident).</p>	

5

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 4

Rapport Médical	2020	2021	Observations
Taux d'occupation du PASA	43%		pasa - atelier individuel en 2020
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	10		pasa - atelier individuel en 2021
Nombre d'ASG en ETP	2,50	2,50	
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	35	34	
Taux de résidents vaccinés contre la grippe	94%	91%	
Taux de personnel vaccinés contre la grippe	33%	45%	
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	Oui	Oui	
Surveillance de la courbe de poids	Oui	Oui	
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	30%	45%	
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	Oui	Oui	commission de menus / résidents
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets)	Oui	Oui	
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	27%		pas de séances en 2020 / covid
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDHPAD)			
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDHPAD)	8	12	
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés			
taux d'EIG analysés			
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	non	non	
Présence d'un protocole circuit du médicament	Oui	Oui	
L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	Non	Non	
Nombre d'écarts			
Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG			
Protocole de déclaration des EIG			
Nombre d'EIG déclarés	17	12	
Nombre de RETEX formalisés			
Protocole de prévention de chutes	Non	Non	
Nombre de chutes prises en charge	317	371	
Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	2%	2%	
Nombre de chuteurs à répétition	47	48	
Protocole de contention	Non	Non	
Taux de résidents avec contention prescrite			excepté prescription de barrières
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	18	19	

Jg



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

Points Forts

Axes d'Améliorations

<p>Amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>LE RECRUTEMENT - il est respectueux du cadre réglementaire et de la procédure interne. De nombreux outils RH ont été réalisés pour améliorer l'intégration des nouveaux professionnels;</p> <p>FORMATION PROFESSIONNELLE - L'établissement possède un véhicule à disposition des professionnels pour se rendre en formation extérieure. Le minibus peut également être utilisé pour une sortie groupe (conférence)</p> <p>L'agent technique garantit l'entretien régulier des véhicules. La gestion des sinistres et les assurances sont rigoureusement suivies ainsi que les remboursements des frais engagés par les professionnels.</p> <p>CONSEIL SOCIAL ET ECONOMIQUE - il est représentatif de l'ensemble des professionnels de l'EHPAD (postes et services) Le CSE est préparé en amont de la réunion et l'ordre du jour résulte du cadre réglementaire et des questionnements des professionnels.</p>	<p>Amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>Les outils RH (livret d'accueil, organigramme , fiches de postes, commissions institutionnelles) existent mais ils ne sont pas centralisés et mal connus des professionnels.</p> <p>Les véhicules de l'EHPAD sont anciens ,motorisés, non climatisés et sans boite automatique ce qui ne permet pas à l'ensemble des professionnels de les utiliser (certains professionnels ne disposant que d'un permis pour véhicule à boite automatique)</p>
<p>Evolution des compétences de professionnels</p> <p>L'établissement a mis en place une GPEC. Il edite une bilan social annuellement et suit ses effectifs mensuellement. Les responsables de service sont à l'écoute des souhaits des professionnels sur leur parcours professionnel et leur évolution. Les bureaux des cadres sont proches des équipes.</p> <p>Les entretiens annuels (contrat de progrès) sont réalisés par les responsables d'équipes. La directrice réalise avec le responsable d'équipe une analyse des contrats de progrès par équipe pour dépister des compétences individuels ou repérer des besoins de formation.</p> <p>La directrice réalise seule les entretiens professionnels périodiques. Les professionnels sont guidés et conseillés pour mettre en place des formations qualifiantes avec ou sans le soutien financier de l'EHPAD. Les entretiens de parcours sont réalisés conjointement avec le supérieur hiérarchique.</p> <p>Le plan de développement des compétences évolue au regard des besoins individuels et collectifs repérés.</p> <p>L'établissement accorde une grande place à la formation interne et à la promotion interne. Il investit plus que le taux règlementaire pour bénéficier de subventions complémentaires et ainsi favoriser l'évolution professionnelle de ses employés. La formation interne est un outil managérial de culture d'établissement et de partage des valeurs : tout professionnel en bénéficie quel que soit le poste occupé et les sessions organisées au sein de l'EHPAD favorise la pluridisciplinarité.</p>	<p>Evolution des compétences de professionnels</p>

Politique de prévention RGPD - Les dossiers des professionnels sous contrat sont positionnés dans l'armoire sous clef de la secrétaire RH, elle les conserve dans les mêmes conditions trois ans suivant le départ du salarié,		Politique de prévention RGPD - la gestion des archives du personnel au long cours ne fait l'objet d'aucune procédure et doit être actualisée au vue des obligations réglementaires,	
Autres LA DEMARCHE QUALITE - La direction a nommé une nouvelle référente qualité en 2020 (une IDE). Cette professionnelle, ainsi que les 6 membres de la nouvelle cellule qualité pluridisciplinaire bénéficient d'une formation en 2021 afin de relancer de façon pérenne la démarche qualité au sein de l'EHPAD. La participation pluriprofessionnelle à l'évaluation interne est effective. Les membres du conseil ainsi que des représentants des usagers ont participé sur les critères relevant de leurs compétences. La synthèse des points forts et les points faibles ainsi que les axes d'amélioration ont été communiqués à l'ensemble des participants et au personnel de l'EHPAD.		Autres LA DEMARCHE QUALITE - La référente - qualité a quitté l'établissement en 2018. Les missions les plus urgentes ont été prises en charge pendant 2 ans par les cadres : événements indésirables et évaluation interne, mais de façon parcéllaire. Le plan d'amélioration édité suite à l'évaluation interne devrait servir de support à la cellule qualité pour poursuivre, selon un programme fixé collégialement, la démarche d'amélioration continue dès la rentrée 2021.	
La communication interne - La communication à destination des professionnels est faite par la messagerie interne TITAN, cahiers de liaison, agenda et les notes de service ainsi que les documents importants sont transmis individuellement avec les bulletins de salaires. Chaque professionnel en poste dispose d'un téléphone et d'une tablette pour chacun des soignants. Il existe un parc de 13 PC informatiques (dont 4 portables et celui du chariot d'urgence) ainsi que 12 tablettes.		Les dispositions RGPD par rapport au dossier informatisé des professionnels en poste sont respectés. Les résidents peuvent accéder à leur dossier en respectant une procédure. Les dossiers des professionnels sont archivés en archives actives (trois ans dans les bureaux des secrétaires) puis en sous-sol.	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
5.1	Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	5.2	Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines
Points de vigilance relatifs à l'amélioration de la qualité de vie au travail : Réaliser régulièrement un questionnaire de satisfaction auprès du personnel ; Faire une étude des risques psycho-sociaux et établir un plan d'actions ; Formaliser et évaluer l'appropriation des RBPP par l'ensemble des professionnels ; Mettre en place un livret d'accueil pour le personnel (et en particulier les nouveaux agents et les stagiaires) et le diffuser. Actualiser régulièrement ce document ; Etablir également un livret d'accueil pour les bénévoles.			
Points de vigilance relatifs à la politique de prévention : mettre en place et appliquer une procédure de gestion des archives des dossiers du personnel			

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 5

Personnel	2020	2021	Observations
Taux d'absentéisme	8,62%		
Taux d'absentéisme courte durée	0,58%		
Taux d'accident du travail	0,23%		
Taux d'ETP vacants au 31/12			
Taux de rotation des personnels	8,62%		
Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de	3,13%		
Ratio d'encadrement global	0,640		
Nombre de points GIR par AS			
Ratio d'encadrement AS/ASH	0,423		
Ratio d'encadrement IDE	0,043		
Taux de remplacement du personnel	17%		
Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers			
Plan de formation : O/N	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS			
Organisation comprenant un pool de remplacement	Non	Non	vivier de remplacement = stagiaires /étudiants
Nombre de formations qualifiantes	1	2	

f



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE
CPOM



Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 6

Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)

<p>Bâtiment</p> <p>L'EHPAD situé à Tournon Saint Martin, aux confins de la Touraine et du Poitou, est implanté au cœur du Parc Naturel Régional de la Brenne. Il occupe une place centrale au sein de la commune, tant par sa localisation en plein centre bourg, que par le fait qu'il est l'un des principaux employeurs locaux. Il est situé dans une zone extrêmement rurale, à la frontière de 3 départements et de 2 régions, à proximité des commerces, du bureau de poste, d'une banque. Lieu de vie, l'EHPAD accueille 74 résidents tous en chambres individuelles, dont 4 résidents en hébergement temporaire et 10 résidents en unité protégée. Cette unité, dont l'accès est sécurisé par un digicode, situé au dernier étage de l'établissement, propose un jardin – terrasse à ciel ouvert. Les extérieurs, accessibles au fauteuil roulant permettent à chacun de profiter en toute sécurité et toute intimité du parc lors de visites. Les résidents bénéficient de chambre individuelle avec cabinet de toilette avec douche au sol, avec du mobilier adapté en fonctionnel dont la décoration privilégie l'individualité et les effets personnels. Les enfants sont les bienvenus grâce à un patio aménagé avec des jeux d'enfants homologués et des espaces avec jeux en bois et de société en intérieur. Un des patio dispose d'un parcours de santé avec des agrès homologués, dont le centre accueille un poulailler dans le cadre d'une convention avec la symtcom. L'établissement dispose d'une lingerie interne pour l'entretien du linge des résidents, des tenues des professionnels et du linge hôteliers, il dispose d'une cuisine centrale sur site où le prestataire cuisine de façon traditionnelle des plats à partir de produits frais et locaux de préférence. Les animaux sont les bienvenus en visite.</p>	<p>Bâtiment</p> <p>Le parc automobile comprend un minibus pouvant transporter des fauteuils roulant pour faciliter les sorties extérieures festives, mais l'EHPAD envisage l'achat d'un TPMR pour le transport des résidents lors de sorties individuelles et pour des consultations accompagnées,</p>

Points Forts

Axes d

<p>L'établissement bénéficie d'un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés, dispositif du Plan Alzheimer, permettant aux résidents de l'EHPAD d'être accompagnés par une équipe de professionnels formés, lors d'ateliers thérapeutiques. Il dispose également d'un espace multi-sensoriel, environnement sécurisant et stimulant. Pour accompagner les résidents, une équipe de professionnels pluridisciplinaires diplômés mettent en commun leurs compétences pour proposer une prise en charge adaptée aux besoins repérés dans le respect du projet individualisé.</p> <p>L'EHPAD accueille toute personne âgée, sans discrimination aucune, quelle que soit sa condition sociale, financière, son niveau de dépendance et ses convictions, mais en respectant toutefois les conditions d'admissibilité en EHPAD. les 70 places d'hébergement permanent sont toutes habilitées à l'aide sociale et à l'allocation logement .</p> <p>L'organisation de l'EHPAD permet de faciliter la vie quotidienne du résident, de lui donner les moyens de vivre jusqu'à la fin comme une personne digne, en respectant son autonomie et son rythme. Elle garantit le maintien du lien social et la citoyenneté des résidents, et favorise leur appartenance au réseau local. L'accueil, l'hébergement et la prise en soins des résidents doit permettre d'améliorer leur qualité de vie, dans la quiétude et avec professionnalisme. Il est essentiel de concilier sécurité des résidents et maintien de leur liberté d'aller et venir par une attitude bienveillante et responsable. Les relations avec les proches des résidents doivent permettre l'information, l'expression, le soutien et l'assurance d'une communication respectueuse et adaptée.</p>		Accompagnement
<p>Ouverture sur l'extérieur</p> <p>L'EHPAD a signé de nombreuses conventions avec des partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux, intervenants libéraux et associations, afin d'améliorer les prestations proposées aux résidents. L'hôpital du Blanc, pourvu d'un plateau technique et d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) situé à seulement 20 kms, est un partenaire essentiel de la qualité de l'offre de soins dispensés. La convention signée en 2019 avec la clinique de Châtellerauld permet l'accès pour les personnes âgées accueillies à des services de soins propres à la filière gériatrique sans passage par les urgences et à des consultations spécialisées et individualisées. La mise en place dès 2018 d'un chariot de télémédecine complète cette modernisation de la prise en soin dans un contexte environnemental de désertification médicale et de crise sanitaire complexe. L'adhésion aux différents réseaux, dont celui du Comité Départemental de Soins Palliatif de l'Indre(CODESPA) permet de mettre en place des accompagnements dans la dignité jusqu'à la fin de la vie. Dans le cadre de l'animation , les projets multigénérationnels sont portés tant avec les acteurs locaux (multi accueil et écoles maternelles et élémentaires) qu'avec les collégiens et les établissements professionnels. Un travail de partenariat est mis en place avec la MAS de Lureuil pour des ateliers balnéothérapie mais aussi jeux pour lutter contre les représentations négatives du handicap et du grand age.</p>		Ouverture sur l'extérieur
Autres		Autres
Autres		Autres
Autres		Autres
Autres		Autres
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental
		6.1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants

	LADP	LADP	

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 6

Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)	2020	2021	Observations

Jg

Axe 5 : Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

Personne référente : Direction des ressources humaines

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 27 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines :

- aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines ;
- mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme...

Modalités :

- formation du personnel ;
- mise en place de bilans sociaux et analyse de ces documents ;
- élaboration de différents tableaux de bord.

Description de l'action :

Mise en place du Rapport Social Unique décret de novembre 2020.

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction des Ressources Humaines, des Relations Sociales et des Affaires Médicales et service Ressources Humaines.

Moyens nécessaires :

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2022	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Rapport Social Unique (RSU)	0		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°6.1**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants**

Personne référente : Direction des affaires économiques, logistiques, des travaux et du développement durable

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 29 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants :

- mettre aux normes de sécurité et de confort les établissements existants ;
- offrir à la population accueillie des locaux permettant de leur assurer une prise en charge en adéquation avec leurs besoins évolutifs.

Modalités :

- poursuivre l'effort de restructuration et d'adaptation du bâti ;
- retenir les projets de restructuration intégrant les réponses aux besoins des PAD et plus particulièrement dépendantes psychiques.

Description de l'action :

L'adaptation et la modernisation des établissements existants doit permettre de répondre à plusieurs objectifs :

- Restructurer les services d'EHPAD qui ne répondent pas aux normes de confort hôtelier et de prise en charge actuelles (chambres à deux lits, salles de bains communes, manque de locaux de stockage ou de soins...)
- Adapter les locaux à l'évolution des pathologies des résidents accueillis (création d'unités sécurisées avec espace de déambulation pour les personnes atteintes de troubles neurodégénératifs, PASA, accueil de jour)
- Moderniser et mettre aux normes les bâtiments des services supports pour assurer une meilleure qualité de prestations (cuisine, pharmacie)
- Améliorer les performances énergétiques des bâtiments

Identification des acteurs à mobiliser :

ARS, Conseil départemental, direction des travaux, direction des soins, direction des finances, services techniques, AMO, direction générale et de site

Moyens nécessaires :

Financements à hauteur des travaux prévus

Subvention état département

Subvention PAI/Ségur

Financements complémentaires par le biais d'appel à projets

Les investissements ne pourront être intégrés dans le PPI qu'après la transmission d'un dossier, d'un examen détaillé de leur impact et d'une validation par les autorités de tarification.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Bâtiment de 42 lits d'EHPAD à construire	AMO choisi		
Rénovation des sols et murs résidence BALSAN	Lancement travaux rénovation 33 cabinets de toilettes en 2021		
Rénovation des sols et murs résidence La Pléiade	Lancement travaux circulations, salles à manger et offices en 2021		
Rénovation des sols et murs Résidence Les 3 Rivières	Lancement travaux circulations et salles communes en 2021		
Restructurer la cuisine centrale	Etude de faisabilité en 2021		
Déplacer la PUI à Rochette et moderniser les locaux	Etude de faisabilité en 2021		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Associer les équipes et les usagers dans les choix architecturaux (mise en place de comité de pilotage sur tous les projets associant des agents)

Faire des choix d'équipements et de matériaux durables

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 6.2**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6.2 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile**

Personnes référentes : Direction de la stratégie et des coopérations, Direction des soins, Médecins coordonnateurs

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Description de l'action :

Aujourd'hui, il existe de nombreuses possibilités d'accueil en journée, permettant de soulager les aidants de personnes atteintes de maladies cognitives. La période nocturne est souvent source de confusion pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. C'est une situation particulièrement éprouvante pour les proches aidants. C'est pourquoi, les établissements du Groupe EP'AGE36 souhaitent développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.

Cette alternative à un hébergement classique permet aux aidants de disposer de périodes de répit visant à prévenir des situations d'isolement ou d'épuisement et prolonger ainsi le maintien à domicile de la personne âgée.

Identification des acteurs à mobiliser :

L'accueil sera réalisé par des assistants de soins en gérontologie (ASG) intervenant successivement de 16h30 à 23h30 et de 23h30 à 9h30.

Moyens nécessaires :

L'accueil de nuit offre aux personnes âgées une prise en charge comprenant le transport domicile-EHPAD, la restauration (dîner, petit déjeuner), une surveillance de nuit, une aide à la toilette du matin et à la prise des repas avec des ASG.

Diverses activités seraient proposées aux bénéficiaires, selon leurs besoins et leurs souhaits. Les locaux des différents sites du groupe EP'AGE 36 pourraient également être utilisés en soirée (espace détente, cuisine, tables et matériel pour activités diverses).

Les modalités de déploiement du projet restent à détailler et les moyens nécessaires à identifier.

Projet qui reste à définir (fonctionnement, organisation, financement...) et qui doit faire l'objet d'une validation et d'une autorisation par les autorités.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 6.3**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6.3 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel**

Personnes référentes : Direction de la stratégie et des coopérations, Direction des soins, Médecins coordonnateurs

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Les mesures de maintien à domicile sont largement favorisées dans le département ; la limite étant en lien avec la charge de soins, conséquence de la dépendance, ou avec les troubles du comportement aboutissant à une mise en danger de la personne.

Cependant, les personnes âgées souhaitent de plus en plus continuer à vivre à domicile, tout en bénéficiant d'aides adaptées à leurs besoins. Ce constat a notamment été accentué avec la crise sanitaire. Par ailleurs, ce maintien à domicile peut avoir un intérêt thérapeutique pour une personne ayant des troubles cognitifs : les troubles évolueraient moins vite en cas de maintien à domicile (puisqu'il n'y aurait pas de perte de repère).

Le territoire est également bien équipé en matière de lits d'EHPAD « classiques » (le Schéma Gérontologique Départemental 2017-2022 décompte 2 781 places d'EHPAD habilitées à l'aide sociale et 438 non habilitées).

Le groupe EP'AGE 36 possède notamment 965 lits d'EHPAD, 10 places d'accueil de jour, 20 places d'hébergement temporaire, 3 SSIAD, une plateforme de répit pour les aidants et une Équipe Mobile Gériatrique. Ce projet d'EHPAD à domicile permettrait au groupe de poursuivre sa diversification et l'ouverture sur l'extérieur de son offre institutionnalisée afin de proposer des réponses inclusives.

Description de l'action :

Objectif : créer une porte d'entrée unique pour toutes les prestations que l'on peut trouver dans un EHPAD et constituer un centre de ressources territorial.

Par transformation de l'offre existante (lits d'hébergement permanent), les établissements du groupe EP'AGE 36 envisagent donc de créer des places d'EHPAD à domicile (nombre de places et répartition géographique encore à définir).

Des prestations identiques à celles proposées au sein de l'établissement en matière d'hébergement, de dépendance et de soins et ce, en fonction des besoins identifiés pour la personne, seraient proposées aux résidents à domicile, 24h/24 et 7 jours/7.

Ce projet permettrait de :

- Proposer une alternative à l'hébergement permanent en EHPAD pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées en situation de dépendance ;
- Décloisonner l'EHPAD et le domicile (mutualiser les compétences gériatriques, transition progressive en amont de l'entrée en établissement) par transformation de l'offre existante ;
- Accompagner les personnes âgées dépendantes et coordonner leur parcours gériatrique ;
- Diversifier l'offre existante par une alternative innovante ;
- Soulager les aidants ;
- Conserver un lien social et constituer un parcours de vie.

Identification des acteurs à mobiliser :

- Réactivation du groupe projet interne à l'établissement (médecins coordonnateurs, direction de la stratégie, directions de site, directions des soins, coordinatrices des SSIAD).
- ARS et Conseil départemental

Le projet vise également à decloisonner les services relevant du sanitaire et du médico-social. L'établissement support veillera à décrire l'articulation de l'EHPAD à domicile avec son environnement et les partenariats qu'il envisage, notamment avec :



- Le secteur sanitaire (gériatrie, psychiatrie, SSR et HAD, le cas échéant), et en particulier les conditions de transfert ou d'admission en cas d'urgence
- Le secteur libéral, dont médecin traitant et IDE libérales
- Équipe soins palliatifs
- Les structures médico-sociales et sociales (SSIAD, SAD)
- Les réseaux existants sur le territoire

Moyens nécessaires :

- Budget de fonctionnement
- Equipe pluridisciplinaire dédiée
- Plan de formation spécifique
- Outils informatiques adaptés (dossier patient, usage d'outils numériques permettant la coordination et la continuité des parcours de santé, recours à la téléconsultation...)

Projet qui reste à définir (fonctionnement, organisation, financement...) et qui doit faire l'objet d'une validation et d'une autorisation par les autorités.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Etape 1 : Elaboration du projet par le COPIL interne (2022)

Etape 2 : Présentation du projet aux autorités compétentes (1^{er} trimestre 2023)

Etape 3 : Ajustement du projet et formalisation des partenariats extérieurs (1^{er} semestre 2023)

Etape 4 : Recrutement du personnel (1^{er} semestre 2023)

Etape 5 : Déploiement du service et communication (2nd semestre 2023)

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

- Stabilité de l'équipe pluridisciplinaire
- Interlocuteur unique chargé de la coordination (gestionnaire-référent)
- Accueil d'urgence et accueil de nuit à prévoir

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 6.4**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6.4 Projet de diversification de l'offre de la Plateforme de répit : le relayage**

Personnes référentes : Direction de la stratégie et des coopérations, IDEC et psychologues de la Plateforme de répit

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Le maintien à domicile est un axe prioritaire de la politique d'autonomie qui implique une mobilisation des solidarités familiales. L'impact de la maladie sur la santé des proches aidants, leur niveau de stress, d'anxiété et de dépression est important. Le « répit » est donc une réponse indispensable aux besoins des aidants.

La notion de répit peut se définir comme la prise en charge temporaire physique, émotionnelle et sociale d'une personne en perte d'autonomie dans le but de permettre un soulagement de son proche aidant et ainsi éviter un épuisement qui compromettrait aussi bien sa santé que la vie à domicile de la personne aidée.

Le CDGI offre déjà de nombreux services permettant le répit des aidants (hébergement temporaire, accueil de jour et plateforme de répit). Etoffer l'offre existante par un service de répit à domicile présenterait un double avantage :

- D'une part, le maintien des repères du domicile pour la personne aidée lui permet d'accepter plus facilement la prise de répit de son proche aidant.
- D'autre part, la faible densité de population sur le territoire départemental (33,3 habitants par km² contre 104,2 habitants par km² en moyenne France entière) induit un non-recours aux dispositifs existants du fait de l'isolement géographique. Le répit à domicile permet de contourner cette contrainte.

Description de l'action :

En complément des actions actuelles de la Plateforme de répit, le CDGI souhaite poursuivre son développement et proposer de **mettre en place une aide au répit à domicile plus longue : « le relayage »**.

Les objectifs à atteindre vis-à-vis du proche aidé :

Le relayage n'a pas pour objectif de remplacer les services déjà mis en place au domicile (aide-ménagère, portage de repas...), et exclut la réalisation de tous gestes « médicaux » ou « infirmiers » même si ces derniers sont pris en charge au quotidien par l'aidant.

Le relayage a pour objectif de proposer à l'aidant un remplacement personnalisé sur les tâches qu'il effectue au quotidien auprès de son proche aidé. Dès lors, les missions du relayeur mobilisent des compétences techniques, telles que l'aide à la toilette, aux déplacements, à la prise de repas, à l'élimination, ainsi que d'importantes compétences relationnelles (présence rassurante, surveillance, divertissement, sorties).

Les objectifs à atteindre vis-à-vis de l'aidant :

Le relayage permet le départ de l'aidant du domicile pour un temps, qui pour offrir un bénéfice, **doit être d'au moins deux jours et une nuit, soit 36 heures**. Ces interventions de durées étendues sont complémentaires de celles proposées par la plateforme d'accompagnement et de répit qui propose des interventions à domicile de 2 heures. La recherche de conventionnement avec des associations proposant des « séjours vacances aidant » sera opportune pour faciliter le départ de l'aidant du domicile.

Identification des acteurs à mobiliser :

- Groupe de travail interne à l'établissement afin de finaliser l'écriture du projet
- Partenaires du domicile
- ARS

Moyens nécessaires :**Moyens humains - Renforcement de l'équipe de la Plateforme de répit :**

- Le pool de relayeurs : AMP/ASG supplémentaires
- L'équipe encadrante et administrative : augmentation significative du temps d'IDEC, chargée de coordonner les relayeurs mais également de réaliser une pré-intervention au domicile pour s'assurer que celui-ci est adapté à la réalisation de l'intervention (notamment présence d'un lieu de couchage pour le relayeur).

Moyens financiers :

Le coût de prestation à la charge des familles dépend des dotations et financements obtenus :

- Aide au démarrage pour l'investissement notamment logistiques (véhicule, petits matériels nécessaires au domicile)
- Dotation de fonctionnement

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :**Calendrier prévisionnel :**

Etape 1 : Activation d'un groupe projet interne au CDGI et élaboration du projet (2022)

Etape 2 : Présentation du projet aux autorités compétentes (1^{er} trimestre 2023)

Etape 3 : Ajustement du projet et formalisation des partenariats extérieurs (1^{er} semestre 2023)

Etape 4 : Recrutement du personnel (1^{er} semestre 2023)

Etape 5 : Déploiement du service et communication (2nd semestre 2023)

Indicateurs de résultats :

Dimension quantitative	Nombre de demandes de renseignement reçu
	Nombre de familles accompagnées
	Taux de transformation (familles accompagnées/familles renseignées)
	Nombre d'évaluation à domicile réalisées
	Nombre d'heures d'interventions
Dimension qualitative	Enquête de satisfaction auprès des familles accompagnées <i>Objectif : vérifier l'adéquation entre les attentes de familles et les prestations proposées.</i>
	Enquête de satisfaction auprès des partenaires <i>Objectif : connaître le ressenti des partenaires, identifier les éventuels freins et difficultés de recommandation rencontrés</i>
	Enquête de satisfaction auprès des relayeurs <i>Objectif : Connaître les attentes des salariés par rapport à leur activité de relayeur et réajuster les fonctionnements si besoin, identifier les profils à privilégier pour les recrutements ultérieurs.</i>

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

F R E	Augmentation du besoin en fonds de roulement de la période = (18)	248 419,66 €	148 307,12 €	-35 576,58 €	-29 947,53 €	-24 715,50 €	-18 646,27 €	557,83 €	26 354,70 €
	Augmentation des stocks	248 419,66 €	148 307,12 €	-35 576,58 €	-29 947,53 €	-24 715,50 €	-18 646,27 €	557,83 €	26 354,70 €
	Augmentation des créances (effet volume ou prix)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Diminution des dettes fournisseurs (effet volume ou prix)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Autres augmentations du BFR	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Diminution du besoin en fonds de roulement de la période = (19)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Diminution des stocks	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Diminution des créances (effet volume ou prix)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Augmentation des dettes fournisseurs	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
	Autres diminutions du BFR	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
F R O N	Appart ou prélevement sur le fonds de roulement net global = (7) + (12) = (15)	219 886,12 €	146 735,12 €	-65 028,53 €	-50 841,81 €	-43 442,06 €	-59 829,61 €	-46 279,83 €	83 478,22 €
	FRNG initial = (16)	738 220,85 €	855 106,97 €	1 104 842,09 €	1 039 813,56 €	988 971,75 €	945 529,69 €	885 700,08 €	839 420,25 €
	Fonds de Roulement Net Global (FRNG) de fin de période = (15) + (16) = (17)	958 106,97 €	1 104 842,09 €	1 039 813,56 €	988 971,75 €	945 529,69 €	885 700,08 €	839 420,25 €	922 898,47 €

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Augmentation du besoin en fonds de roulement de la période = (18)	#REF!	105 588,88 €	105 588,88 €	105 588,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Augmentation des stocks	3 727,29 €	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Augmentation des créances (effet volume ou prix)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Diminution des dettes fournisseurs (effet volume ou prix)	0,00 €	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Autres augmentations du BFR	70 356,52 €	105 588,88 €	105 588,88 €	105 588,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Diminution du besoin en fonds de roulement de la période = (19)	#REF!	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Diminution des stocks	0,00 €	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Diminution des créances (effet volume ou prix)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Augmentation des dettes fournisseurs	30 502,56 €	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Autres diminutions du BFR	0,00 €	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Variations du BFR = (18) - (19) = (20)	#REF!	105 588,88 €	105 588,88 €	105 588,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
BFR initial (21)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
BFR cumulé fin de période = (20) + (21) = (22)	-621 859,08 €	41 146,24 €	-170 817,41 €	-156 430,69 €	-43 442,06 €	-59 829,61 €	-46 279,83 €	83 478,22 €
Variations de la trésorerie sur la période = (7) + (12) - (20) = (23)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Trésorerie initiale = (24)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Trésorerie de fin de période = (23) + (24) = (25)	1 380 079,98 €	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Variations des financements à court terme = (26)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Liquidités de fin de période = Liquidités de début de période + (23) + (26)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!

Contrôle cohérence avec l'onglet "Bilan Financier" :

FRNG (montant inscrit en D86 du PGFP) :	OK
Trésorerie (montant inscrit en cellule D114 du PGFP) :	#REF!

Données complémentaires nécessaires au calcul des ratios

Montant cumulé des emprunts en fin d'année (compte 16 hors compte 1688) à plus d'un an	4 969 825,50 €	4 737 044,50 €	4 499 907,50 €	4 258 250,50 €	4 011 804,50 €	3 760 393,50 €	3 504 134,50 €	3 242 638,50 €
Montant des comptes 165 (ESSMS publics) et 169	103 990,50 €	103 990,50 €	103 990,50 €	103 990,50 €	103 990,50 €	103 990,50 €	103 990,50 €	103 990,50 €
Montant des remboursements de cautions sur l'année (compte 165) (ESSMS publics)	13 028,40 €	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Montant cumulé des financements stables du FRI en fin d'année (hors amortissements)	6 666 215,52 €	6 663 643,52 €	6 634 181,57 €	6 613 297,29 €	6 594 570,73 €	6 551 387,39 €	6 504 549,73 €	6 561 673,25 €
Montant cumulé de l'actif immobilisé brut en fin d'année (1)	9 575 082,50 €	9 698 082,50 €	9 829 382,50 €	9 953 382,50 €	10 076 882,50 €	10 203 382,50 €	10 326 382,50 €	10 326 382,50 €
Mesures correctives le cas échéant (sorties d'immobilisations, etc.)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Montant cumulé de l'actif immobilisé brut en fin d'année pris en compte pour le calcul du taux de vétusté	9 575 082,50 €	9 698 082,50 €	9 829 382,50 €	9 953 382,50 €	10 076 882,50 €	10 203 382,50 €	10 326 382,50 €	10 326 382,50 €
Montant cumulé des amortissements en fin d'année (1)	4 502 694,30 €	4 864 031,30 €	5 248 265,30 €	5 636 342,30 €	6 025 605,30 €	6 401 434,30 €	6 766 665,30 €	7 114 743,30 €
Mesures correctives le cas échéant	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Montant cumulé des amortissements en fin d'année pris en compte pour le calcul du taux de vétusté	4 502 694,30 €	4 864 031,30 €	5 248 265,30 €	5 636 342,30 €	6 025 605,30 €	6 401 434,30 €	6 766 665,30 €	7 114 743,30 €

Taux d'endettement (< 50%)	73,00%	69,53%	66,26%	62,82%	59,26%	55,81%	52,27%	47,83%
Durée apparente de la dette (< 10 ans)	9,05	9,22	14,49	13,20	11,97	11,49	10,21	9,10
CAF / Remboursement annuel du capital des emprunts (-1)	2,48	2,10	1,28	1,30	1,32	1,27	1,30	1,32
Trésorerie en jours (automatisation qui sera réalisée ultérieurement)	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Taux de CAF en % des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)	15,32%	13,82%	8,26%	8,49%	8,72%	8,41%	8,72%	8,95%
Taux de vétusté global des immobilisations (1)	47,03%	50,15%	53,39%	56,83%	59,80%	62,74%	65,53%	68,90%
Marge brute d'exploitation	621 286,93 €	609 395,68 €	405 302,47 €	411 608,19 €	417 976,94 €	407 410,39 €	413 737,17 €	420 127,22 €
Taux de marge brute d'exploitation en % des produits courants	17,71%	17,54%	11,56%	11,62%	11,69%	11,28%	11,35%	11,41%

(1) : Le taux de vétusté pour l'année N-1 est calculé à partir des données du tableau "FDR". Pour les années qui suivent, les acquisitions nouvelles et les dotations aux amortissements sont intégrées automatiquement à partir des données "CAF" et "FRI" ci-dessus. Si nécessaire, ces données doivent être corrigées (notamment en cas de sorties d'immobilisations).

59

Plan global de financement pluriannuel (PGFP)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
C								
Produits								
Groupe I : Produits de la tarification	3 419 891,37 €	3 391 108,20 €	3 425 019,29 €	3 459 289,49 €	3 493 862,17 €	3 528 800,79 €	3 564 088,80 €	3 599 729,89 €
Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles	230 284,89 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Groupe II : Autres produits d'exploitation	88 480,82 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €
(*) Dont produits du compte 70	798,07 €							
Groupe III : Produits financiers, exceptionnels et non encaissables	109 905,48 €	261 352,00 €	268 524,34 €	265 822,42 €	285 006,79 €	266 042,20 €	260 100,00 €	259 022,66 €
Total des produits (1)	3 618 277,85 €	3 734 711,04 €	3 775 795,07 €	3 810 343,35 €	3 842 020,40 €	3 877 084,43 €	3 906 441,16 €	3 941 003,79 €
Dont produits (hors c/775, 777, 778 et 78)	3 508 502,03 €	3 636 998,64 €	3 672 546,72 €	3 708 449,07 €	3 744 711,04 €	3 781 335,63 €	3 818 326,47 €	3 855 667,23 €
Charges								
Groupe I : Charges afférentes à l'exploitation courante	575 369,20 €	571 035,56 €	578 745,92 €	582 513,38 €	588 338,51 €	594 221,90 €	600 164,12 €	606 165,76 €
(*) Dont achats stockés et variation des stocks	32 971,59 €							
Groupe II : Charges afférentes au personnel	2 174 971,53 €	2 169 346,40 €	2 400 404,52 €	2 421 333,37 €	2 442 471,50 €	2 460 820,02 €	2 502 553,03 €	2 524 503,36 €
Groupe III : Charges afférentes à la structure	617 125,42 €	846 022,56 €	834 221,21 €	836 444,13 €	835 925,89 €	818 688,78 €	803 168,18 €	783 979,97 €
(*) Dont charges non décaissables	395 702,94 €							
Dont charges des comptes 61 et 62 du Groupe 3	111 584,88 €	108 263,00 €	109 345,63 €	110 439,08 €	111 543,48 €	112 658,91 €	113 785,50 €	114 923,36 €
Dont charges des comptes 63 à 65 du Groupe 3 des dépenses	25 159,67 €	15 319,00 €	15 472,19 €	15 626,91 €	15 783,18 €	15 941,01 €	16 100,42 €	16 261,43 €
Total des charges (2)	3 387 468,15 €	3 586 404,52 €	3 811 371,65 €	3 840 290,88 €	3 868 735,90 €	3 893 740,70 €	3 905 883,33 €	3 914 649,09 €
(*) Dont charges des comptes 60 à 62	719 146,67 €	715 848,56 €	722 970,50 €	730 183,85 €	737 428,74 €	744 766,48 €	752 177,00 €	759 662,83 €
(*) Dont charges des comptes 63 et 64 à 647	714 772,78 €	788 614,15 €						
Résultat prévisionnel (1) - (2)	250 811,50 €	148 307,12 €	-35 576,58 €	-29 947,53 €	-24 715,50 €	-16 646,27 €	557,83 €	28 354,70 €
A								
(FRE) Résultat prévisionnel	250 811,50 €	148 307,12 €	-35 576,58 €	-29 947,53 €	-24 715,50 €	-16 646,27 €	557,83 €	28 354,70 €
F								
Flux internes (charges) (+)	395 702,94 €	451 022,00 €	442 234,00 €	448 657,00 €	448 657,00 €	430 585,46 €	420 538,03 €	403 938,08 €
(FRI) Valeur comptable des éléments d'actif cédés	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRI) Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	359 860,25 €	361 337,00 €	384 234,00 €	388 077,00 €	389 263,00 €	375 829,00 €	385 231,00 €	348 078,00 €
(FRI) Dotations aux provisions réglementées impactant le FRI	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRI) Autres dotations aux amortissements, provisions et dépréciations impactant le FRI (dont c/68748)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRI) Reports en fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (c/68921) - ESSMS privés	29 368,00 €	90 585,00 €	58 000,00 €	58 580,00 €	59 165,80 €	54 757,46 €	55 305,03 €	55 858,08 €
(FRE) Autres dotations aux amortissements, provisions et dépréciations	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRE) Reports en fonds dédiés (sauf c/68921) - ESSMS privés	6 478,69 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Flux internes (produits) (-)	108 775,82 €	97 713,00 €	103 248,95 €	101 894,28 €	97 308,38 €	95 758,80 €	88 114,89 €	85 316,56 €
(FRI) Reprises sur provisions réglementées impactant le FRI	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRI) Reprises sur amortissements, autres provisions et dépréciations impactant le FRI (dont c/78748)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRI) Quote-part des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice	99 907,09 €	97 713,00 €	103 248,95 €	101 894,28 €	97 308,38 €	95 758,80 €	88 114,89 €	85 316,56 €
(FRI) Quote-part d'éléments du fonds associatif virée au compte de résultat	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRI) Produits des cessions d'éléments d'actif	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRI) Utilisation des fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (c/78921) - ESSMS privés	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRE) Reprises sur autres provisions et dépréciations	4 428,53 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
(FRE) Utilisation de fonds dédiés et de fonds reportés (sauf c/78921) - ESSMS privés	4 440,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Capacité (+) / Insuffisance (-) d'autofinancement prévisionnelle	537 738,82 €	502 516,12 €	303 408,47 €	314 815,19 €	326 403,94 €	318 181,39 €	332 979,17 €	344 974,22 €
Dont part affectant le fonds de roulement d'investissement FRI = (3)	289 319,16 €	354 209,00 €	338 985,05 €	344 762,72 €	351 119,44 €	334 827,66 €	332 421,34 €	318 619,52 €
Dont part affectant le fonds de roulement d'exploitation FRE = (4)	248 419,66 €	148 307,12 €	-35 576,58 €	-29 947,53 €	-24 715,50 €	-16 646,27 €	557,83 €	28 354,70 €
(*) : Les lignes précédées d'un astérisque, qui servent à collecter des données intermédiaires nécessaires au calcul d'indicateurs pour l'année N-1 uniquement, peuvent être masquées.								
R								
Augmentation des financements stables d'investissement de la période = (5)	368 728,39 €	354 209,00 €	338 985,05 €	344 762,72 €	351 119,44 €	334 827,66 €	332 421,34 €	318 619,52 €
CAF ou IAF (siège) prévisionnelle affectée au FRI = (3)	289 319,16 €	354 209,00 €	338 985,05 €	344 762,72 €	351 119,44 €	334 827,66 €	332 421,34 €	318 619,52 €
Réserves et excédents affectés à l'investissement (ESSMS pub.: 10682 / ESSMS priv.: 106852)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Affectation des résultats à la réserve de compensation des charges d'amortissement (ESSMS pub.: 10687 / ESSMS priv.: 106857)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Apports, dotations, réserves, fonds propres (sauf 106 Réserves)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Subventions d'investissement (comptes 13)	74 980,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Emprunts et dettes assimilées (comptes 16) à plus d'un an	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Produits des cessions d'éléments d'actif	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Comptes de liaison investissement (établissements privés)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Autres	4 428,53 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Diminution des financements stables d'investissement de la période = (6)	397 261,93 €	355 781,00 €	368 437,00 €	365 657,00 €	369 846,00 €	378 011,00 €	379 259,00 €	261 496,00 €
Fonds propres et réserves (ESSMS privés) - Réduction - (sauf compte 106)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Remboursements des emprunts antérieurs à plus d'un an (part capital)	230 237,20 €	232 781,00 €	237 137,00 €	241 657,00 €	246 346,00 €	251 511,00 €	256 259,00 €	261 496,00 €
Remboursements des emprunts prévus au plan à plus d'un an (part capital)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Acquisition d'immobilisations :	167 024,73 €	123 000,00 €	131 300,00 €	124 000,00 €	123 500,00 €	126 500,00 €	123 000,00 €	0,00 €
Immobilisations incorporelles	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Terrains	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Agencements de terrains	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Constructions	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Installations techniques matériel et outillage	91 001,60 €	47 400,00 €	131 300,00 €	124 000,00 €	123 500,00 €	126 500,00 €	123 000,00 €	0,00 €
Autres immobilisations corporelles	76 023,13 €	75 600,00 €						
Immobilisations en cours	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Immobilisations financières	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Charges à répartir sur plusieurs exercices (augmentation)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Autres	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Comptes de liaison investissement (établissements privés)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Variations du FRI (5) - (6) = (7)	-28 533,54 €	-1 572,00 €	-29 451,95 €	-20 894,28 €	-18 726,56 €	-43 183,34 €	-46 837,66 €	57 123,52 €
FRI initial (8)	1 654 050,88 €	1 525 517,14 €	1 523 945,14 €	1 494 493,19 €	1 473 598,91 €	1 454 872,35 €	1 411 689,01 €	1 384 851,35 €
FRI cumulé de fin de période = (7) + (8) = (9)	1 525 517,14 €	1 523 945,14 €	1 494 493,19 €	1 473 598,91 €	1 454 872,35 €	1 411 689,01 €	1 384 851,35 €	1 421 974,87 €

5

Etablissements privés

Désignation de l'établissement

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Adresse 20 rue de la Mairie
36220 Tournon Saint Martin

Code Finess 360002075

Personne habilitée à représenter l'établissement

Plan Pluriannuel d'Investissement
P.P.I.

Exercice 2021-2026

Président du conseil d'administration

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

ACTIF	31/12/2020			31/12/2019
	Montant brut	Amort. et dépréciation	Montant net	Montant net
Actif Immobilisé				
Immobilisations Incorporelles				
Frais d'établissement			0,00	
Autres immobilisations incorporelles	27 307,97	14 222,21	13 085,76	18 823,46
Immobilisations incorporelles en cours			0,00	
Immobilisations Corporelles				
Terrains			0,00	
Constructions	8 282 076,32	3 676 893,16	4 605 183,16	4 861 863,08
Installations techniques, matériel et outillage	746 372,54	473 613,96	272 758,58	247 930,69
Autres immobilisations corporelles	519 325,48	337 864,88	181 360,62	136 585,87
Immobilisations corporelles en cours			0,00	
Immobilisations Financières				
Participations et créances rattachées à des participations			0,00	
Autres titres immobilisés	901,46		901,46	901,46
Prêts	93 128,16		93 128,16	97 556,89
Autres immobilisations financières	2 646,82		2 646,82	2 646,82
TOTAL I	9 671 758,75	4 502 894,19	5 169 064,56	5 366 328,07
Comptes de liaison (1)			0,00	
TOTAL II	0,00	0,00	0,00	0,00
Actif circulant				
Stocks et en-cours				
Matières premières et fournitures	13 840,53		13 840,53	10 113,24
Autres approvisionnements			0,00	
En-cours de production (biens et services)			0,00	
Stocks de produits et de marchandises			0,00	
Autres stocks			0,00	
Fournisseurs débiteurs			0,00	
Dont avances et acomptes versés sur commandes			0,00	
Créances (2)				
Créances redevables et comptes rattachés (3)	212 377,76		212 377,76	171 311,30
Autres créances	31 450,39		31 450,39	15 774,62
Valeurs mobilières de placement			0,00	
Disponibilités	1 599 308,84		1 599 308,84	1 477 098,90
Charges constatées d'avance	27 655,59		27 655,59	24 378,40
TOTAL III	1 884 633,11	0,00	1 884 633,11	1 698 676,46
Charges à répartir sur plusieurs exercices (IV)			0,00	
Primes de remboursement des obligations (V)			0,00	
Ecart de conversion (actif) (VI)			0,00	
TOTAL GENERAL (I + II + III + IV + V)	11 556 391,86	4 502 894,19	7 053 697,67	7 065 004,53

(1) Un tableau annexé à ce bilan doit détailler les différents comptes de liaison relatifs à l'investissement, à l'exploitation et à la trésorerie pour cet établissement entre cet établissement et les autres établissements et services concernés.
 (2) Dont à moins d'un an :289 320,41..... Dont à plus d'un an2 163,33.....
 (3) Dont créances mentionnées à l'article R. 314-96 du code de l'action sociale et des familles.

PASSIF	31/12/2020	31/12/2019
	Fonds propres	
Fonds associatifs sans droit de reprise		
Fonds associatifs avec droit de reprise		
Ecart de réévaluation		
Dont écarts de réévaluation sur biens avec droit de reprise		
Réserves		
Réserves (hors réserves des ESSMS sous gestion contrôlée)		
Excédents et réserves affectés à l'investissement	139 691,77	139 691,77
Réserves de compensation des déficits	495 446,45	495 446,45
Excédents affectés à la couverture en besoin de fonds de roulement		
Autres réserves		
Report à nouveau		
Report à nouveau hors activités sociales et médico-sociales		
Report à nouveau des activités sociales et médico-sociales		
Report à nouveau des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée (hors charges rejetées ou neutralisées)	550 377,94	348 605,49
Dépenses refusées par l'autorité de tarification ou imposables aux financeurs	-2 371 297,62	-2 392 475,24
Charges des activités sociales et médico-sociales dont la prise en compte est différée	-123 507,84	-117 363,63
Résultat hors activités sociales et médico-sociales		
Résultat des activités sociales et médico-sociales non contrôlées		
Résultat des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée	250 811,50	216 805,36
Subventions d'investissement	1 555 698,27	1 580 624,66
Provisions réglementées		
Provisions réglementées pour couverture du besoin en fonds de roulement		
Provisions réglementées relatives aux immobilisations		
Provisions réglementées relatives aux autres éléments de l'actif		
Amortissements dérogatoires		
Autres provisions réglementées		
Droits de l'affectant ou du remettant		
TOTAL I	497 220,47	271 334,86
Comptes de liaison		
TOTAL II	0,00	0,00
Provisions pour risques	93 128,16	97 556,89
Autres provisions		
Fonds dédiés ou reportés	566 997,81	535 594,92
TOTAL III	660 125,77	633 151,81
Dettes (3)		
Emprunts et dettes auprès des établissements de crédit (2)	4 969 825,30	5 200 082,50
Emprunts et dettes financières diverses (3)	103 990,50	117 018,90
Avances et acomptes reçus sur commandes en cours		
Redevables créditeurs		
Dettes fournisseurs et comptes rattachés (4)	68 905,96	38 403,40
Dettes sociales et fiscales	377 571,36	328 349,00
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés		
Autres dettes (5)	372 705,31	476 684,26
Produits constatés d'avance	3 353,00	
TOTAL IV	5 896 351,43	6 160 518,06
Ecart de conversion (passif)		
TOTAL V	0,00	0,00
TOTAL GENERAL (I + II + III + IV + V)	7 053 697,67	7 065 004,53

(1) dont compte 1201250 811,50..... et compte 1291 : résultats sous contrôle de tiers financeurs : 250 811,50
 (2) Dont concours bancaires courants et soldes créditeurs de banques.
 (3) En particulier : cautions versées par les résidents à leur entrée dans l'établissement : 103 990,50
 (4) Dont à moins d'un an :68 905,96..... Dont à plus d'un an
 (5) Dont fonds des majeurs protégés .

0,00	0,00
Ok	Ok

Jy

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

PROGRAMME D'INVESTISSEMENT

Ordre de priorité	Nature de l'opération prévue	Coût (par tranche si nécessaire)	Date de réalisation probable	Durée d'amortissement	Mode d'amortissement	Financement prévu					
						Autofinancement (1)	Subvention ou apport (2)	Emprunts (3)			Total (de 1 à 3)
								Montant	Taux	Durée	
1	Extincteurs (12)	2 000	01/09/2021	10	Linéaire	2 000					2 000
2	Chariot élévateur	10 000	01/04/2021	10	Linéaire	10 000					10 000
3	Tenues du personnel	2 000	01/09/2021	4	Linéaire	2 000					2 000
4	Télévisions (5)	500	01/01/2021	5	Linéaire	500					500
5	Frigo résidents	2 000	01/07/2021	10	Linéaire	2 000					2 000
6	Balcons - passerelles	8 000	01/04/2021	10	Linéaire	8 000					8 000
7	Clims + Stores façade sud 1er étage	50 000	01/04/2021	10	Linéaire	50 000					50 000
8	Ouverture sécurisée vestiaire	5 000	01/11/2021	10	Linéaire	5 000					5 000
9	Copieur fax	8 600	01/01/2021	5	Linéaire	8 600					8 600
10	Ordinateurs (4)	4 000	01/04/2021	5	Linéaire	4 000					4 000
11	Matelas (25)	2 905	01/04/2021	3	Linéaire	2 905					2 905
12	Laves bassin (2)	9 941	01/04/2021	10	Linéaire	9 941					9 941
13	installation lv sider	2 000	01/04/2021	10	Linéaire	2 000					2 000
14	Montres connectées	4 944	01/04/2021	3	Linéaire	4 944					4 944
15	Plateforme de pesée	2 300	01/04/2021	5	Linéaire	2 300					2 300
16	Fauteuils roulant (10)	10 000	01/09/2021	5	Linéaire	10 000					10 000
17	Migration alcatel	6 500	01/01/2022	5	Linéaire	6 500					6 500
18	Serveur	16 000	01/04/2022	5	Linéaire	16 000					16 000
19	Ordinateurs (4)	4 000	01/04/2022	5	Linéaire	4 000					4 000
20	Tenues du personnel	2 000	01/09/2022	4	Linéaire	2 000					2 000
21	Extincteurs (10)	2 000	01/09/2022	10	Linéaire	2 000					2 000
22	Portique lingerie (1)	3 500	01/01/2022	10	Linéaire	3 500					3 500
23	Climatisation	3 000	01/07/2022	10	Linéaire	3 000					3 000
24	Laveuse essoreuse	18 000	01/04/2022	7	Linéaire	18 000					18 000
25	Télévisions (5)	500	01/01/2022	5	Linéaire	500					500
26	Frigo résidents	2 000	01/07/2022	10	Linéaire	2 000					2 000
27	Véhicule TPMP	40 000	01/04/2022	7	Linéaire	40 000					40 000

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE**TABLEAU DES EMPRUNTS AUTORISÉS ET CONTRACTÉS**

Organisme prêteur	Date de souscription	Durée (années)	Taux %	Capital emprunté	Dette en fin d'exercice 2020		Remboursement du capital de l'année	Montant des intérêts de l'année
					Capital	Intérêt		
DEXIA CREDIT LOCAL PARIS prêt n°min 234535EUR/0243439/001 (prêt libre) EURIBOR	11/10/2015	30	var	2 500 000,00	1 500 000,04	152 281,92	83 333,33	11 194,44
DEXIA CREDIT LOCAL PARIS prêt min 248020EUR/0260781/001 (prêt PLS)	01/02/2008	30	var	3 907 000,00	2 747 187,45	791 126,96	116 114,22	70 303,45
CAISSE D EPARGNE prêt E2154127	25/11/2010	10	3,88%	1 000 000,00	700 000,12	232 713	33 333,33	25 381,67
TOTAL				7 407 000,00	4 947 187,61	1 176 122,08	232 780,88	106 879,56

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

TABLEAU DES EMPRUNTS NOUVEAUX SOUMIS A AUTORISATION

Organisme prêteur	Date de souscription	Durée (années)	Taux %	Capital emprunté	Dette en fin d'exercice précédent		Remboursement du capital de l'année 2022	Montant des intérêts de l'année 2022
					Capital	Intérêt		
TOTAL					0	0	0	0

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

PLAN DE FINANCEMENT D'UN ETABLISSEMENT OU SERVICE SOCIAL OU MEDICO SOCIAL						
	2021	2022	2023	2024	2025	2026
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)						
RESSOURCES						
Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports)						
Réserves des plus-values nettes (établissements publics)						
Subventions d'investissement						
Excédents ou réserves de trésorerie affectés à l'investissement						
Réserves de compensation des charges d'amortissement						
Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations						
Plus-values de cessions d'actifs / Dons et legs en capital						
Emprunts prévus au plan						
Autres dettes financières (dont dépôts et cautionnements reçus...)						
Amortissements des actifs acquis avant le démarrage du plan HEB	303 878	307 916	301 084	296 359	271 972	270 108
Amortissements des actifs acquis avant le démarrage du plan SOINS	45 601	43 977	37 708	29 221	22 952	6 768
Amortissements des acquisitions du plan						
- Constructions (bâtiments)						
- Agencements installations HEB						
- Matériel-outillage, équipements mobiliers HEB	7 935	22 334	34 063	45 256	58 258	63 638
- Matériel-outillage, équipements mobiliers SOINS	3 922	10 007	15 222	18 427	22 647	24 719
- Autres immobilisations						
Amortissements des charges à répartir sur plusieurs exercices						
Comptes de liaison investissement						
Total = A	361 336	384 234	388 077	389 262	375 829	365 231
EMPLOIS						
Subventions d'investissement inscrites au compte de résultat	104 382	103 249	101 894	97 309	95 759	88 115
Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement						
Reprise sur les provisions pour renouvellement des immobilisations						
Remboursement des emprunts antérieurs	232 761	237 137	241 657	246 346	251 211	256 259
Remboursement des emprunts prévus au plan						
Investissements prévus au plan						
- Constructions (bâtiments)						
- Agencements installations						
- Matériel-outillage, équipements mobiliers HEB	92 100	98 500	92 500	92 500	95 500	90 500
- Matériel-outillage, équipements mobiliers SOINS	32 090	32 800	31 500	31 000	31 000	32 500
- Autres immobilisations						
- Immobilisations financières - prêts, cautionnements versés.						
Charges à répartir sur plusieurs exercices						
Comptes de liaison investissement						
Total = B	461 353	471 688	467 551	467 155	473 470	467 373
VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C	-100 017	-87 452	-79 474	-77 893	-97 640	-102 142
FRI INITIAL = D	1 488 717	1 396 133	1 308 682	1 229 208	1 151 315	1 053 675
FRI COURANTE = C + D = E	1 388 700	1 308 682	1 229 208	1 151 315	1 053 675	951 533
VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)						
RESSOURCES						
Excédent et provisions affectés à la couverture du BFR						
Dotations aux provisions pour risques et charges						
Reprise des déficits d'exploitation						
Autres (dont variations des droits acquis non provisionnés)						
Comptes de liaison trésorerie						
Total = F	0	0	0	0	0	0
EMPLOIS						
Reprise à l'investissement des réserves de trésorerie (art. R.314-48 du CASF)						
Reprise sur les réserves de compensation des déficits						
Reprise sur les provisions pour risques et charges						
Reprise des excédents:						
- à la réduction des charges d'exploitation						
- affecté aux mesures d'exploitation						
Reprise sur fonds dédiés						
Autres (dont variations des droits acquis non provisionnés)						
Comptes de liaison trésorerie						
Total = G	0	0	0	0	0	0
VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H	0	0	0	0	0	0
FRE INITIAL = I	530 044	-538 044	-538 044	-538 044	-538 044	-538 044
FRE COURANTE = H + I = J	-538 044	-538 044	-538 044	-538 044	-538 044	-538 044
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE (E + J)	850 699	770 638	691 164	613 272	535 631	413 489

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

PLAN DE FINANCEMENT D'UN ETABLISSEMENT DU SERVICE SOCIAL OU MEDICAL SOCIAL

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR)						
AUGMENTATIONS						
Stocks : rotation plus lente						
Stocks : effet volume et/ou prix						
Créances : allongement des délais de paiement et/ou effet volume/prix						
Dettes : diminution (volume et/ou prix) ou accélération des délais de règlement	105 589	105 589	105 589			
Reprise sur provisions pour dépréciation des actifs circulants						
Autres postes d'augmentations (congrés payés...)						
Comptes de liaison (cycle d'exploitation)						
Total = K	105 589	105 589	105 589	0	0	0
DIMINUTIONS						
Réduction des stocks						
Créances : diminution (volume et/ou prix) ou accélération des délais de paiement						
Dettes : allongement des délais de règlement et/ou effet volume/prix						
Dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants						
Autres postes de diminutions (congrés payés...)						
Comptes de liaison (cycle d'exploitation)						
Total = L	0	0	0	0	0	0
VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M	105 589	105 589	105 589	0	0	0
BFR INITIAL = N	-537 211	-431 622	-326 034	-220 445	-220 445	-220 445
BFR CUMULE = N + M = O	-431 622	-326 034	-220 445	-220 445	-220 445	-220 445
VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P	-205 606	-193 040	-185 063	-77 893	-97 640	-102 142
TRESORERIE INITIALE	1 495 318	1 289 712	1 096 672	911 609	833 716	736 076
TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE <i>(estimations des montants à ajouter en fin d'année)</i>	1 289 712	1 096 672	911 609	833 716	736 076	633 934
Dettes fournisseurs d'immobilisations						
Autres postes (fonds des majeurs protégés,...)						
Montant minimum de liquidité nécessaires						
LIQUIDITES EN FIN DE PERIODE	1 289 712	1 096 672	911 609	833 716	736 076	633 934

49

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

TABLEAU DE SURCOUTS D'EXPLOITATION

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Surcoûts (+) ou économies (-) sur les amortissements et frais financiers du Groupe III						
<i>amortissements de l'exercice précédent la première année du plan</i> a	357 887	357 887	357 887	357 887	357 887	357 887
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan	349 479	351 893	338 792	325 580	294 924	276 874
Amortissements des nouveaux investissements A	11 857	32 341	49 285	63 682	80 906	88 357
Amortissements des charges à répartir	0	0	0	0	0	0
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	3 449	26 347	30 190	31 375	17 942	7 344
<i>Frais financiers de l'exercice précédent la première année du plan</i> b	111 755	111 755	111 755	111 755	111 755	111 755
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan	106 880	101 894	96 793	91 573	89 229	80 758
Frais financiers sur emprunts nouveaux						
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	-4 875	-9 861	-14 962	-20 182	-22 526	-30 997
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE I						
Charges afférentes à l'exploitation courante	0	0	0	0	0	0
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE II						
Charges afférentes au personnel	0	0	0	0	0	0
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE III						
Autres charges afférentes à la structure (hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)	0	0	0	0	0	0
.....						
.....						
TOTAL DES SURCOUTS ET/OU ECONOMIES calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan	-1 426	16 486	15 228	11 193	-4 584	-23 653

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

TABLEAU DE SURCÔÛTS D'EXPLOITATION

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Surcoûts (+) ou économies (-) sur les amortissements et frais financiers du Groupe III						
<i>amortissements de l'exercice précédent la première année du plan</i> a	317 457	317 457	317 457	317 457	317 457	317 457
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan	303 878	307 916	301 084	296 359	271 972	270 108
Amortissements des nouveaux investissements	A 7 935	22 334	34 063	45 256	58 258	63 638
Amortissements des charges à répartir	0	0	0	0	0	0
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	-5 644	12 793	17 690	24 158	12 773	16 290
<i>Frais financiers de l'exercice précédent la première année du plan</i> b	111 755	111 755	111 755	111 755	111 755	111 755
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan	B 106 880	101 894	96 793	91 573	89 229	80 758
Frais financiers sur emprunts nouveaux						
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	-4 875	-9 861	-14 962	-20 182	-22 526	-30 997
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE I						
Charges afférentes à l'exploitation courante	0	0	0	0	0	0
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE II						
Charges afférentes au personnel	0	0	0	0	0	0
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE III						
Autres charges afférentes à la structure	0	0	0	0	0	0
(hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)						
.....						
.....						
TOTAL DES SURCÔÛTS ET/OU ECONOMIES						
calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan	-10 519	2 932	2 728	3 976	-9 753	-14 707

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

TABLEAU DE SURCÔUTS D'EXPLOITATION

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Surcoûts (+) ou économies (-) sur les amortissements et frais financiers du Groupe III						
<i>amortissements de l'exercice précédent la première année du plan</i> a	40 430	40 430	40 430	40 430	40 430	40 430
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan	45 601	43 977	37 708	29 221	22 952	6 766
Amortissements des nouveaux investissements A	3 922	10 007	15 222	18 427	22 647	24 719
Amortissements des charges à répartir	0	0	0	0	0	0
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	9 093	13 554	12 501	7 218	5 169	-8 945
<i>Frais financiers de l'exercice précédent la première année du plan</i> b						
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan						
Frais financiers sur emprunts nouveaux						
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	0	0	0	0	0	0
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE I						
Charges afférentes à l'exploitation courante	0	0	0	0	0	0
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE II						
Charges afférentes au personnel	0	0	0	0	0	0
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE III						
Autres charges afférentes à la structure (hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)	0	0	0	0	0	0
.....						
.....						
TOTAL DES SURCÔUTS ET/OU ECONOMIES calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan	9 093	13 554	12 501	7 218	5 169	-8 945

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

TABLEAU DE SURCÔUTS D'EXPLOITATION

	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Surcoûts (+) ou économies (-) sur les amortissements et frais financiers du Groupe III						
<i>amortissements de l'exercice précédent la première année du plan</i> a						
Amortissements sur acquisitions antérieures à la 1ère année du plan						
Amortissements des nouveaux investissements A						
Amortissements des charges à répartir	0	0	0	0	0	0
Surcoûts liés aux amortissements = A - (a)	0	0	0	0	0	0
<i>Frais financiers de l'exercice précédent la première année du plan</i> b						
Frais financiers sur emprunts antérieurs à la 1ère année du plan						
Frais financiers sur emprunts nouveaux						
Surcoûts liés aux frais financiers = B - (b)	0	0	0	0	0	0
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE I	0	0	0	0	0	0
Charges afférentes à l'exploitation courante						
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE II	0	0	0	0	0	0
Charges afférentes au personnel						
.....						
.....						
.....						
Surcoûts (+) ou économies (-) sur le GROUPE III	0	0	0	0	0	0
Autres charges afférentes à la structure						
(hors amortissements et frais financiers détaillés ci-dessus)						
.....						
.....						
TOTAL DES SURCÔUTS ET/OU ECONOMIES	0	0	0	0	0	0
calculés pour chaque année par rapport à l'année précédant la première année du plan						

Modèle de compte de résultat prévisionnel du plan global de financement pluriannuel (1 CRP par ESSMS)

FINESSE ET	360002075
Raison sociale	EHPAD Notre Dame de Confiance

Postes	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
GROUPE I Charges afférentes à l'exploitation courante	575 369,20 €	571 035,56 €	578 745,92 €	582 813,38 €	588 339,51 €	594 221,90 €	600 164,12 €	606 165,78 €
Variations annuelles des charges du groupe 1 (plusieurs lignes si nécessaire)								
évolution 1%			5 710,36 €	5 767,48 €	5 825,13 €	5 883,39 €	5 942,22 €	6 001,64 €
GROUPE II Charges afférentes au personnel	2 174 971,83 €	2 169 346,40 €	2 400 404,82 €	2 421 333,37 €	2 442 471,50 €	2 480 820,02 €	2 502 553,03 €	2 524 503,38 €
Variations annuelles des charges du groupe 2 (comptes 621 et 622)			328,95 €	332,24 €	335,56 €	338,92 €	342,31 €	345,73 €
Recrutements et autres variations de charges de personnel (plusieurs lignes si nécessaire)			230 729,17 €	20 596,81 €	20 802,57 €	38 009,60 €	21 390,70 €	21 604,80 €
HEB : ASH 1,05 ETP *70%*38920 € en 2022 + SG 0,26 ETP*46150 € en 2025			28 509,20 €	286,08 €	286,92 €	12 290,81 €	414,72 €	418,87 €
DEP : ASH 1,05 ETP*30%*38920 € + AS 1,92 ETP*22,2%*44250 € + PSY 0,3 ETP*68770 €			48 151,92 €	481,52 €	486,33 €	491,20 €	486,11 €	501,07 €
SOINS : IDE 0,50 ETP*53840€ + AS 1,92 ETP*77,8%*44250 € + ERGO 0,2 ETP*45860 €			102 190,88 €	1 021,91 €	1 032,13 €	1 042,45 €	1 052,87 €	1 063,40 €
Evolution Masse salariale antérieure / Neutralisation ZRR 2020 / annuel ZRR sur LC départ en retraite 2025 / Estimation ZRR			51 780,17 €	18 807,12 €	18 995,19 €	24 185,14 €	19 427,00 €	19 621,26 €
GROUPE III Charges afférentes à la structure	617 125,42 €	646 022,98 €	634 221,21 €	636 444,13 €	635 925,89 €	618 698,78 €	603 166,18 €	593 979,87 €
Charges du groupe 3 - c/61 et c/62 (1) (hors c/615 ci-après)	45 823,39 €	37 947,00 €	38 326,47 €	38 709,73 €	39 096,83 €	39 487,80 €	39 882,88 €	40 281,51 €
Charges du groupe 3 - c/63 (1)	25 102,00 €	14 509,00 €	14 654,09 €	14 800,83 €	14 948,84 €	15 098,12 €	15 249,10 €	15 401,60 €
Charges du groupe 3 - c/65 (1)	57,87 €	810,00 €	818,10 €	826,28 €	834,54 €	842,89 €	851,32 €	859,83 €
Charges d'entretien réparation (1)	85 961,47 €	70 316,00 €	71 019,16 €	71 729,35 €	72 446,65 €	73 171,11 €	73 902,82 €	74 641,85 €
Charges exceptionnelles décaissables		163 639,00 €	165 275,39 €	166 828,14 €	168 597,43 €	170 283,40 €	171 986,23 €	173 706,10 €
Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	0,00 €	0,00 €						
Dotations aux amortissements des immobilisations acquises avant le 1/1/N	359 860,25 €	361 337,00 €	351 883,00 €	338 792,00 €	325 580,00 €	294 924,00 €	276 874,00 €	262 139,00 €
Dotations aux amortissements des immobilisations sur acquisitions nouvelles			32 341,00 €	49 285,00 €	63 883,00 €	80 905,00 €	88 357,00 €	85 939,00 €
Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir	0,00 €	0,00 €						
Dotations aux amortissements dérogatoires, amortissements exceptionnels et dépréciations des immobilisations	0,00 €	0,00 €						
Dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	0,00 €	0,00 €						
Dotations aux provisions réglementées - réserves des plus-values nettes d'actif (ESSMS privés)	0,00 €	0,00 €						
Dotations aux autres provisions réglementées / Autres (c/68748)	0,00 €	0,00 €						
Report en fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (c/68921) - ESSMS privés	29 366,00 €	90 585,00 €	58 000,00 €	58 580,00 €	59 185,80 €	54 757,46 €	55 305,03 €	55 858,08 €
Dotations aux provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du BFR	0,00 €	0,00 €						
Dotations aux provisions des charges d'exploitation	0,00 €	0,00 €						
Dotations aux autres amortissements, provisions et dépréciations	0,00 €	0,00 €						
Report en fonds dédiés (sauf c/68921) - ESSMS privés	6 478,69 €	0,00 €						
Frais financiers des emprunts antérieurs à l'année N	83 540,58 €	108 879,58 €	101 894,00 €	96 793,00 €	91 573,00 €	89 229,00 €	80 758,00 €	75 163,00 €
Frais financiers des emprunts nouveaux								
A- Total des charges de l'exercice	3 367 466,15 €	3 588 404,52 €	3 811 371,55 €	3 840 290,88 €	3 868 735,90 €	3 893 740,70 €	3 908 883,33 €	3 914 649,09 €
RESULTAT PREVISIONNEL EXCEDENTAIRE (B - A)	250 811,50 €	148 307,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	567,83 €	26 354,70 €
Reprise de déficits antérieurs et reports au titre des amortissements comptables excédentaires différés	7 162,57 €	0 259,77 €						
TOTAL EQUILIBRE GENERAL	3 618 277,65 €	3 734 711,64 €	3 811 371,55 €	3 840 290,88 €	3 868 735,90 €	3 893 740,70 €	3 908 441,16 €	3 941 003,79 €

(1) A retenir pour le calcul de la marge brute

Postes	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
--------	------	------	------	------	------	------	------	------

GROUPE I Produits de la tarification		3 419 891,37 €	3 391 108,20 €	3 425 019,29 €	3 459 269,49 €	3 493 862,17 €	3 526 800,79 €	3 564 088,80 €	3 599 729,69 €
	*Produits à la charge de l'Etat	0,00 €	0,00 €						
	Produits à la charge de l'assurance maladie	1 429 254,89 €	1 401 712,26 €	1 415 729,38 €	1 429 886,68 €	1 444 185,84 €	1 458 627,40 €	1 473 213,67 €	1 487 945,81 €
	Produits à la charge du département	416 742,16 €	446 336,67 €	450 799,94 €	455 307,94 €	459 881,01 €	464 459,62 €	469 104,22 €	473 795,26 €
	Produits à la charge de l'usager	1 573 894,32 €	1 543 059,37 €	1 558 489,97 €	1 574 074,87 €	1 589 816,62 €	1 605 713,77 €	1 621 770,91 €	1 637 988,62 €
	Produits à la charge d'autres financeurs	0,00 €	0,00 €						
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) : ARS</i>	230 284,89 €							
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) : Prélèts</i>								
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) : Conseils départementaux</i>								
GROUPE II Autres produits relatifs à l'exploitation		88 480,82 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €	82 251,44 €
Variations annuelles des produits du groupe 2 (plusieurs lignes si nécessaire)				0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
GROUPE III Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables		109 905,46 €	251 352,00 €	268 524,34 €	288 822,42 €	265 906,79 €	266 042,20 €	260 100,92 €	259 022,66 €
Produits du groupe 3 autres que ceux listés ci-dessous		2,02 €	163 639,00 €	165 275,39 €	186 928,14 €	168 597,43 €	170 283,40 €	171 986,23 €	173 708,10 €
Produits financiers		1 127,82 €	0,00 €						
FRI	Produits des cessions d'éléments d'actif	0,00 €	0,00 €						
FRI	Quote-part des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice	99 907,09 €	97 713,00 €	103 248,95 €	101 894,28 €	97 309,36 €	95 758,80 €	89 114,69 €	85 316,56 €
FRI	Quote-part d'éléments du fonds associatif virés au compte de résultat	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur amortissements dérogatoires	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur provisions réglementées, réserves des plus-values nettes d'actif (ESSMS privés)	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur autres amortissements, autres provisions et dépréciations impactant le FRI	0,00 €	0,00 €						
FRI	Reprises sur autres provisions réglementées / Autres (c/78748)	0,00 €	0,00 €						
FRI	Utilisation des fonds dédiés à l'investissement sur concours publics des entités gestionnaires d'ESSMS (c/78921) - ESSMS privés	0,00 €	0,00 €						
FRE	Reprises sur provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du besoin en fonds de roulement	0,00 €	0,00 €						
FRE	Reprises sur provisions d'exploitation	4 428,53 €	0,00 €						
FRE	Reprises sur autres provisions et dépréciations	0,00 €	0,00 €						
FRE	Utilisation de fonds dédiés et de fonds reportés ((sauf c/78921) - ESSMS privés	4 440,00 €	0,00 €						
FRE	Transfert de charges	0,00 €	0,00 €						
B- Total des produits de l'exercice		3 618 277,65 €	3 734 711,64 €	3 775 795,07 €	3 810 343,35 €	3 842 020,40 €	3 877 094,43 €	3 906 441,16 €	3 941 003,79 €
RESULTAT PREVISIONNEL DEFICITAIRE (A - B)		0,00 €	0,00 €	35 578,58 €	29 947,53 €	24 716,60 €	18 646,27 €	0,00 €	0,00 €
Reprise d'excédents antérieurs et amortissements excédentaires différés		0,00 €	0,00 €						
Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement									
TOTAL EQUILIBRE GENERAL		3 618 277,65 €	3 734 711,64 €	3 811 371,65 €	3 840 290,88 €	3 866 735,90 €	3 893 740,70 €	3 906 441,16 €	3 941 003,79 €

g

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Libellé de l'immobilisation	Service	Référence	n° compte immo	n° compte Amort	date d'achat	montant	durée	début dot.	date fin	dot. an.	dot. début	dot. fin	année	sortie	2020	2021	2022	2023
Extincteurs (12)	HEB		215	681	01/09/2021	2 000,00	10	01/09/2021	31/08/2031	200,00	56,57	133,33	2021		0,00	66,67	200,00	200,00
Chariot élévateur	HEB		215	681	01/04/2021	10 000,00	10	01/04/2021	31/03/2031	1 000,00	750,00	250,00	2021		0,00	750,00	1 000,00	1 000,00
Tenues du personnel	HEB		215	681	01/09/2021	2 000,00	4	01/09/2021	31/08/2025	500,00	166,67	333,33	2021		0,00	166,67	500,00	500,00
Télévisions (5)	HEB		215	681	01/01/2021	500,00	5	01/01/2021	31/12/2025	100,00	100,00	0,00	2021		0,00	100,00	100,00	100,00
Frigo résidents	HEB		215	681	01/07/2021	2 000,00	10	01/07/2021	30/06/2031	200,00	100,00	100,00	2021		0,00	100,00	200,00	200,00
Balcons - passerelles	HEB		2181	681	01/04/2021	8 000,00	10	01/04/2021	31/03/2031	800,00	600,00	200,00	2021		0,00	600,00	800,00	800,00
Clims + Stores façade sud 1er étage	HEB		2181	681	01/04/2021	50 000,00	10	01/04/2021	31/03/2031	5 000,00	3 750,00	1 250,00	2021		0,00	3 750,00	5 000,00	5 000,00
Ouverture sécurisée vestiaire	HEB		2181	681	01/11/2021	5 000,00	10	01/11/2021	31/10/2031	500,00	83,33	416,67	2021		0,00	83,33	500,00	500,00
Copieur fax	HEB		2183	681	01/01/2021	8 600,00	5	01/01/2021	31/12/2025	1 720,00	1 720,00	0,00	2021		0,00	1 720,00	1 720,00	1 720,00
Ordinateurs (4)	HEB		2183	681	01/04/2021	4 000,00	5	01/04/2021	31/03/2026	800,00	600,00	200,00	2021		0,00	600,00	800,00	800,00
Mateles (25)	SOTIS		2151	681	01/04/2021	2 905,00	3	01/04/2021	31/03/2024	968,34	726,26	242,09	2021		0,00	726,26	968,34	968,34
Laves bassin (2)	SOTIS		2151	681	01/04/2021	9 941,00	10	01/04/2021	31/03/2031	994,10	745,58	248,53	2021		0,00	745,58	994,10	994,10
Installation tv sider	SOTIS		2151	681	01/04/2021	2 000,00	10	01/04/2021	31/03/2031	200,00	150,00	50,00	2021		0,00	150,00	200,00	200,00
Montres connectées	SOTIS		2151	681	01/04/2021	4 944,00	3	01/04/2021	31/03/2024	1 648,00	1 236,00	412,00	2021		0,00	1 236,00	1 648,00	1 648,00
Planiforme de pesée	SOTIS		2151	681	01/04/2021	2 300,00	5	01/04/2021	31/03/2026	460,00	345,00	115,00	2021		0,00	345,00	460,00	460,00
Fauteuils roulant (10)	SOTIS		2151	681	01/09/2021	10 000,00	5	01/09/2021	31/08/2026	2 000,00	666,67	1 333,33	2021		0,00	666,67	2 000,00	2 000,00
Migration alcaiel	HEB		2183	681	01/01/2022	6 500,00	5	01/01/2022	31/12/2026	1 300,00	1 300,00	0,00	2022		0,00	0,00	0,00	0,00
Serveur	HEB		2183	681	01/04/2022	16 000,00	5	01/04/2022	31/03/2027	3 200,00	2 400,00	800,00	2022		0,00	0,00	1 300,00	1 300,00
Ordinateurs (4)	HEB		2183	681	01/04/2022	4 000,00	5	01/04/2022	31/03/2027	800,00	600,00	200,00	2022		0,00	0,00	2 400,00	3 200,00
Tenues du personnel	HEB		215	681	01/09/2022	2 000,00	4	01/09/2022	31/08/2026	500,00	166,67	333,33	2022		0,00	0,00	600,00	800,00
Extincteurs (10)	HEB		215	681	01/09/2022	2 000,00	10	01/09/2022	31/08/2032	200,00	66,67	133,33	2022		0,00	0,00	166,67	500,00
Portique lingette (1)	HEB		215	681	01/01/2022	3 500,00	10	01/01/2022	31/12/2031	350,00	350,00	0,00	2022		0,00	0,00	66,67	200,00
Climatisation	HEB		2181	681	01/07/2022	3 000,00	10	01/07/2022	30/06/2032	300,00	150,00	150,00	2022		0,00	0,00	350,00	350,00

9



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
« Le Bois Rosier »
situé à 2, rue Jean Levasseur – 36150 VATAN
N° FINESS : 36 000 2042
2022-2026

Entre,

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

Le Département de l'Indre,
 Dénommé le Département

Adresse : Place de la Victoire et des Alliés – CS20639
 Code postal : 36020
 Commune : CHATEAUROUX CEDEX

représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental de l'Indre,

L'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire,
 Dénommée l'ARS

Adresse : Cité Coligny, 131 rue du Faubourg Bannier
 Code postal : 45 044
 Commune : ORLEANS CEDEX

représentée par Monsieur Laurent HABERT, Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire,

Et d'autre part :

L'EHPAD « Le Bois Rosier »
 Dénommé l'Organisme gestionnaire
 pour l'activité EHPAD

Adresse : 2, rue Jean Levasseur
 Code postal : 36150
 Commune : VATAN

représenté par Monsieur François DEVINEAU, en qualité de Directeur de l'EHPAD « Le Bois Rosier », personne habilitée par le Conseil d'Administration 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	3
TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat.....	4
Article 2 : Objectifs du CPOM.....	6
TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT	8
Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP	8
Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance	8
Article 3 : Forfait soins.....	10
Article 4 : Tarification de l'hébergement.....	12
Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans	15
Article 6 : Investissements pluriannuels.....	15
Article 7 : Modalités d'affectation des résultats	16
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	17
Article 1 : Suivi et évaluation du contrat.....	17
Article 2 : Traitement des litiges	19
Article 3 : Révision et Résiliation du contrat.....	20
Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	21
Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans.....	21
Article 6 : Renouvellement du contrat.....	21
Article 7 : Evaluation	21
TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM.....	22
• Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé.....	22
• Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire	22
• Annexe 3 - Suivi des objectifs fixés.....	22
• Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)	22
• Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	22
• Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....	22
• Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM).....	23
• Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat	23
• Annexe 9 - Fiches actions.....	23

Visas et références juridiques

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment les articles L312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le Code de la Santé Publique ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

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

Vu le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur HABERT Laurent en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Vu la délibération n° CD_20210701_001 relative à l'élection du Président du Conseil départemental ;

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret N°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 22 mars 2018, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental de l'Indre ;

Vu la circulaire N° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;

Vu l'instruction ministérielle n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de l'Agence Régionale de Santé ;

Vu le Programme régional de santé deuxième génération 2018- 2022 de l'ARS Centre - Val de Loire ;

Vu le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de l'ARS Centre - Val de Loire ;

Vu le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017 ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0253 et n° 2018-D-2867 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Le Bois Rosier » à Vatan, d'une capacité totale de 76 places ;

Considérant la convention tripartite signée entre le Président du Conseil général, le Directeur Général de l'ARS Centre et le représentant de l'établissement, en date du 15 mars 2016 et son avenant.

Il a été conclu ce qui suit :

TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Département de l'Indre et l'EHPAD « Le Bois Rosier » à Vatan gestionnaire de l'activité EHPAD, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Présentation de l'Organisme gestionnaire :

Nom du gestionnaire (entité juridique)	EHPAD Le Bois Rosier
N° FINESS (EJ)	360000467
Directeur	M. François DEVINEAU
Adresse	2 rue Jean Levasseur – 36150 VATAN
Téléphone	02 54 49 71 56
E-mail	leboisrosier@ehpad-vatan.fr
Statut juridique	Etablissement médico-social

Les modalités d'organisation de l'entité juridique :

Pilotage en Direction commune EP'AGE 36.

L'organigramme de l'entité juridique (fonctionnel et comprenant les ETP) :

Voir organigrammes transmis.

Activités de l'entité juridique :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et Nom de l'établissement ou service	Date de dernier renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge	36	EHPAD LE BOIS ROSIER	03/01/2017	76	76
Handicap					
Protection de l'enfance					
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire					
Publics spécifiques					
Autre activité soumise à autorisation	36	SSIAD		24	24
Autre activité non soumise à autorisation					

Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir le forfait global de soins :

ESMS ou personne morale signataire destiné à percevoir le forfait global de soins PA	EHPAD LE BOIS ROSIER
Caisse pivot de rattachement	CPAM de l'Indre

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

Nom de l'établissement	EHPAD Le Bois Rosier à VATAN - section EHPAD
N° FINESS (ET)	360002042
Directeur	François DEVINEAU
Adresse	2 rue Jean Levasseur
Téléphone	02 54 49 71 56
E-mail	leboisrosier@ehpad-vatan.fr
Statut juridique	EHPAD autonome
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Fonction publique hospitalière
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarif partiel
Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) sous réserve de l'approbation par les autorités de tarification * Sous réserve de l'accord préalable des autorités de tarification	-Projet de création d'un « EHPAD hors les murs » -Projet de création d'Accueil de nuit -Projet d'ouverture d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) -Projet de création d'un accueil de jour

*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

Capacités de l'établissement et habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Capacités totales de l'établissement EHPAD Le Bois Rosier à Vatan – section EHPAD				
Activité	Capacité autorisée	Capacité installée	Capacité financée	Dont habilitée à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	76	80	76	76
Dont unité sécurisée	11	11	11	11
Hébergement temporaire (HT) médicalisé				
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé				
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)				
Unité d'hébergement renforcée (UHR)				
Accueil de jour (AJ)				
TOTAL	76	80	76	76

L'EHPAD « Le Bois Rosier » à Vatan est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Ce CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 du CASF, entre l'Organisme gestionnaire et le Conseil départemental dans les modalités et conditions prévues en annexe 6. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation correspond à la capacité de l'EHPAD, à savoir 76 lits d'hébergement permanent.

La participation financière départementale à l'EHPAD pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre, est stipulée dans l'annexe 6 précitée et le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de l'Indre.

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

Etablissement en direction commune avec le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre, le Centre Hospitalier de Valençay et le Centre Hospitalier de Levroux.

Convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Indre

Conventions conclues avec l'équipe mobile gériatrique Etre Indre, l'HAD Les trois provinces, la VMEH,...

Article 2 : Objectifs du CPOM

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat sur la base du diagnostic partagé (annexe 1).

Diagnostic partagé

Elaboré au cours de l'année 2021, le diagnostic partagé a permis de mettre en évidence les points forts, les points d'amélioration et les pistes d'actions à partir :

- ✓ d'un bilan des objectifs de la précédente convention tripartite, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe ainsi que du projet d'établissement ;

Cette démarche a permis de déterminer conjointement les objectifs et d'élaborer les fiches-actions jointes au présent CPOM.

Engagements des co-contractants

Les parties s'engagent dans une démarche de maintien et d'amélioration continue de la qualité, en conformité avec la réglementation ainsi que les principes et les droits élémentaires de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Elles s'engagent également à faire en sorte que la qualité de prise en charge repose sur une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet de service, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, et également dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées.

Les objectifs du présent contrat s'appuient notamment sur :

- ✓ les axes fondamentaux inscrits dans les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017.

L'Organisme gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs du présent CPOM. Les objectifs et les délais de réalisation sont énoncés dans des fiches-actions dédiées annexées au présent CPOM (Cf. annexe 9).

Les axes retenus dans le présent CPOM sont les suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Expression et participation individuelle et collective des résidents	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement 1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance 1-3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; Transformation, regroupement d'établissements renforcement de l'efficacité de gestion. Opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopération Développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification 2-1 bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion 2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports 2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes Développement de nouvelles prestations Partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs 3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé 3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée 3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS 3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile 3-6 Consolider la couverture départementale en accueil de jour
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents Démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident 4-1 bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents 4-2 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires 4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes 4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament 4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe 4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables 4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD 4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS 4-9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage 4-10 Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA) 4-11 Maîtrise du risque infectieux
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail	5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines
Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)	6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants 6-2 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile 6-3 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel

TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT

En préalable, il est rappelé que les moyens dédiés du contrat s'inscrivent dans un calendrier budgétaire défini comme suit par le CASF :

- ✓ **Au plus tard le 31 octobre** de l'année qui précède l'exercice concerné, transmission aux autorités de tarification compétentes de l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours. Pour les établissements publics autonomes, transmission à l'ARS des délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité ;
- ✓ Notification des produits de tarification par les autorités de tarification ;
- ✓ **30 jours après la notification des ressources la plus tardive et au plus tard le 30 juin de l'année n**, transmission aux autorités de tarification du cadre normalisé de l'EPRD complet et ses annexes via un dépôt sur la plateforme EPRD de la CNSA ;
- ✓ **Dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt sur la plateforme import EPRD**, validation/rejet du cadre normalisé de l'EPRD complet et ses annexes par les autorités de tarification.

Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (Gir Moyen Pondéré : GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré : PMP) servent de base de calcul pour les forfaits dépendance et soins. Elles sont réalisées de façon simultanée par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Elles sont basées sur la plus récente des évaluations et, au plus tard, le 30 juin de l'année qui précède la conclusion du présent contrat, ainsi qu'au cours de la troisième année (articles R. 314-170 et suivants du CASF).

Le GMP et PMP de l'établissement couvert par le CPOM en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et Nom de l'ESMS	GMP	Validé le	PMP	Validé le	GMPS (PMPx2.59)+GMP
36 000 2042	500 - EHPAD	720	11/01/2021	207	03/03/2021	1 256,13

Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance

Dépenses couvertes par le forfait global relatif à la dépendance (article R. 314-176 du CASF)

La part du forfait global relatif à la dépendance ne peut couvrir que les charges suivantes :

- ✓ Les fournitures pour l'incontinence ;
- ✓ Les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement,
- ✓ Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- ✓ Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux, dans les conditions prévues au présent article et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, concurremment avec les produits relatifs aux soins,
- ✓ Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- ✓ Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Modalités de calcul du forfait global relatif à la dépendance (articles R.314-172 et suivants du CASF)

Le Forfait Global Dépendance (FGD) de l'hébergement permanent (HP), correspond à l'équation tarifaire suivante :

$$\text{FGD} = \left[\frac{\text{niveau de perte d'autonomie}}{\text{nombre de personnes hébergées}} \times \text{capacité autorisée} \times \text{point GIR départemental} \right] + \text{financements complémentaires}$$

La répartition des résidents par niveau de GIR et la valorisation en points (1 040 points pour un GIR 1 ou 2, 660 points pour un GIR 3 ou 4 et 280 points pour un GIR 5 ou 6) permet de déterminer le **niveau de perte d'autonomie** de l'établissement.

La **valeur du point GIR départemental** est calculée en divisant le total des forfaits globaux dépendance de l'année N-1 de l'ensemble de tous les établissements du département par le total des points de la dernière évaluation du niveau de perte d'autonomie de ces établissements.

Le résultat de cette équation constitue le **niveau de ressource cible**, appelé forfait global dépendance cible.

Le résultat de cette équation est ensuite modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la **capacité de places autorisées et financées**. Toutefois, la décision d'appliquer la modulation au forfait dépendance revient au Département, autorité de tarification compétente.

Des modifications du forfait global relatif à la dépendance peuvent être envisagées pour tout projet nouveau en adéquation avec les orientations du schéma départemental gérontologique, dans le périmètre de l'autorisation, et sous réserve d'une validation et d'une autorisation préalable. Ce type de modification fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Dispositif transitoire de convergence

La réglementation a posé une période transitoire de 2017 à 2023 afin d'amener progressivement (au rythme de 1/7^{ème} par an) l'établissement vers le forfait global dépendance cible sur les bases du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Durant cette période, le forfait global dépendance de l'année « n » est calculé de manière dérogatoire en prenant en compte, entre autres, le forfait global dépendance n-1 et le taux d'évolution annuel arrêté par le Président du Conseil départemental.

Calcul des tarifs journaliers dépendance

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont calculés de la manière suivante :

$$\text{tarif GIR 1-2} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 1\,040$$

$$\text{tarif GIR 3-4} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 660$$

$$\text{tarif GIR 5-6} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 280$$

* nb de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents

Financement du forfait global dépendance

Le Département de l'Indre finance le forfait global dépendance, déduction faite de :

- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de l'Indre au titre du tarif journalier GIR 5 et 6 ;
- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'APA au titre des ressources, recouvrée par l'établissement d'accueil ;
- ✓ la participation des résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA ;
- ✓ la participation des résidents qui ont conservé leur domicile de secours dans un autre département ;
- ✓ la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

À noter que pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident ou pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, - à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour-, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

Pour calculer la part du financement du Département de l'Indre, l'établissement doit fournir, dans l'annexe 4 « activité » de l'arrêté du 27 décembre 2016, la répartition prévisionnelle des résidents par GIR et le nombre de résidents dont le domicile de secours n'est pas dans l'Indre. Ce **document doit être rempli de façon sincère**. Le Département vérifiera la véracité de ces données sur la base des notifications des bénéficiaires de l'APA.

Le gestionnaire de l'établissement se doit d'être vigilant d'une part sur le maintien de son activité et d'autre part sur les droits à l'APA de ses résidents.

Article 3 : Forfait soins

Modalités de calcul du forfait soins

Le forfait global relatif aux soins de l'hébergement permanent (HP) est égal à la somme des éléments suivants (article R314-159 du CASF) :

- ✓ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R314-162 du CASF prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées au point 4/1/1-2. La formule de calcul est la suivante :

$$\text{valeur du point de l'option tarifaire} \times \text{GMPS} \times \text{capacité}$$

La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

- ✓ des financements complémentaires mentionnés à l'article R.314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils peuvent couvrir les dépenses :
 - des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
 - du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
 - des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;

- des actions de prévention ;
- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;
- des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;
- les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R314-159 du CASF est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R 314-160 du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

La dotation soins des autres dispositifs (HT, AJ, PASA, UHR, PFR, autre) est égale à la dotation soins reconductible de ces dispositifs à laquelle est appliqué le taux d'actualisation comme défini ci-dessous. Ces montants viennent s'ajouter à la dotation soins de l'HP pour former la dotation globale de soins de l'établissement.

Evolution annuelle de la dotation soins

Actualisation de la dotation soins :

La dotation soin du CPOM sera actualisée dans la limite des crédits alloués annuellement à l'ARS Centre-Val de Loire. A ce titre, l'ARS appliquera un taux d'actualisation des budgets par ESMS en fonction des directives d'actualisations de la CNSA et du taux d'actualisation de la Dotation Régionale Limitative et du respect de la politique de convergence intra-régionale, tels qu'indiqués dans le Rapport annuel d'Orientation Budgétaire.

Crédits non reconductibles :

Les EHPAD pourront être éligibles à l'attribution de crédits non reconductibles (CNR) selon les besoins recensés et les possibilités de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'attribution des CNR donne lieu à un fléchage précis par l'ARS Centre-Val de Loire qui fait l'objet d'un suivi annuel. L'établissement doit transmettre avec l'ERRD au 30/04/N+1 le tableau de suivi des CNR.

Possibilités de modification de la dotation soins :

- ✓ Projets autorisés en cours de réalisation et inscrits au PRIAC au cours de leur année de mise en œuvre ;
- ✓ Les projets nouveaux proposés, de part et d'autre, en réponse aux besoins exprimés sur le territoire de santé de l'Indre, dans le respect de la réglementation du régime des autorisations en vigueur et sous réserve d'un accord de financement des moyens nécessaires ;
- ✓ Tout projet nouveau, dans le périmètre de l'autorisation, sous réserve d'une concertation préalable et d'un accord de financement des moyens nécessaires.

Ce type de modification fera l'objet d'un avenant au CPOM.

Financements soins pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM

- Hébergement permanent :

Forfait global de soins :

FINESS ET	Nom de l'ESMS	Option tarifaire	Valeur de point 2021	GMPS	Capacité de l'HP	Résultat de l'équation tarifaire = dotation plafond = cible 2021	Base reconductible soins au 01/01/2021 avant actualisation et résorption	Ecart à la dotation plafond au 01/01/2021
360002042	EHPAD « Le Bois Rosier »	Partiel	10,48	1 364,32	76	1 086 653,59	1 062 589,21	24 064,38

Financements complémentaires :

FINESS ET	Montant de financement complémentaire non reconductible pour le CPOM	Fléchage
360002042	6 000 €	Formation DU soins palliatifs

Chaque année, l'octroi de financements complémentaires fera l'objet d'un avenant.

- Dotation globale au 1^{er} janvier 2021 comprenant l'ensemble des dispositifs :

FINESS ET	HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Dotation globale
360002042	1 062 589,21 €						1 062 589,21 €

Le montant de la dotation globale indiqué dans le tableau ci-dessus ne tient pas compte ni du taux d'actualisation qui sera appliqué en année N, ni d'une possible revalorisation de la valeur du point, ni des possibles CNR qui pourraient être attribués. Une décision de tarification sera notifiée chaque année par l'ARS Centre-Val de Loire et tiendra compte de l'ensemble de ces éléments.

Article 4 : Tarification de l'hébergement

Cadre général

L'EHPAD est habilité à l'aide sociale départementale. La tarification à l'hébergement permanent relève donc exclusivement de la compétence du Président du Conseil départemental de l'Indre pour les seuls résidents bénéficiaires de l'aide sociale (article L. 314-2 I-3e du CASF).

Dans le cadre de l'habilitation totale, une part de la capacité est tarifée hors tarification à l'aide sociale pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L.342-3-1 du CASF et suivants et D.342-1 et suivants du CASF), en application des modalités prévues au CPOM et à la convention d'aide sociale (annexe 6).

L'établissement peut ainsi choisir de retenir pour l'ensemble des résidents le tarif arrêté par le Président du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'établir un tarif spécifique pour les résidents à titre payant sur délibération du Conseil d'administration. Dans ce cas, il devra appliquer les dispositions indiquées ci-dessous.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le Département prend en charge le coût journalier d'hébergement comprenant :

- ✓ le ou les tarif(s) journalier(s) afférent(s) à l'hébergement correspondant au **socle de prestations**, à savoir :
 - les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
 - les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage y compris celles relatives au blanchissage du linge personnel des résidents, et de nettoyage à l'extérieur concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
 - les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
 - les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;
- ✓ le tarif journalier afférent à la dépendance en GIR 5-6 (ticket modérateur).

Pour les résidents non bénéficiaires à l'aide sociale (à titre payant), le prix des prestations à l'hébergement relève de la compétence de l'Organisme gestionnaire de l'établissement (article L. 342-1 et suivants du CASF).

Types de prestations d'hébergement

Les prestations offertes doivent prévoir :

- dans tous les cas un "socle de prestations" comprenant des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage du linge hôtelier et d'animation de la vie sociale (annexe 2-3-1 du CASF) ;
- pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale du Département de l'Indre, les prestations de blanchissage du linge du résident.

Elles peuvent prévoir en supplément du « socle des prestations », d'autres prestations d'hébergement librement acceptées et acquittées par les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Modalités de fixation du ou des tarif(s) pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour la première année du CPOM : (année 2022 qui sera l'année de base zéro)

Dans le cadre de la procédure contradictoire de la première année du CPOM, l'Organisme gestionnaire transmettra au Département au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 ses **propositions** budgétaires et leurs annexes pour la section hébergement. Si le Département demande des compléments, ils devront être transmis au plus tard dans un délai de quinze jours à la suite de la demande.

Parallèlement, le Département procédera à une **démarche dite « vérité des coûts, des prestations »** sur la base du compte administratif des années n-2, n-3 et n-4 et du dernier budget prévisionnel alloué.

Une **rencontre budgétaire** entre les deux parties est ensuite organisée pour valider les propositions budgétaires de l'année n (année base zéro) sur la base de cette double analyse. A l'issue de cette rencontre, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement retenu est notifié à l'établissement par voie postale et/ou voie électronique.

L'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception pour faire connaître son éventuel désaccord en motivant de manière circonstanciée les raisons qui rendent impossible, selon lui, le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir. A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés ci-dessus, l'établissement est réputé avoir approuvé la version proposée par l'autorité de tarification.

Le **tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de soixante ans et plus**¹, est calculé de la manière suivante :

Montants des charges et recettes prévisionnelles de la section = $\frac{\text{hébergement arrêtés par groupes par le département}}{\text{activité prévisionnelle de l'exercice}}$

Ce tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'Organisme gestionnaire (article R. 314-182 du CASF) afin de tenir compte notamment :

- ✓ du nombre de lits par chambre ;
- ✓ des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- ✓ de la localisation et du confort de la chambre ;
- ✓ de l'accueil temporaire ;
- ✓ de l'accueil de jour ;
- ✓ des coûts liés à la prise en charge des personnes sous protection.

Conditions d'actualisation et de revalorisation des tarifs pour les années suivantes :

Le Département arrête chaque année un taux directeur prévu à l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF. Ce taux ne constitue ni un droit, ni un maximum mais un indicateur. Il s'applique, selon les dispositions des articles L. 313-8 et R 314-40 CASF, sur les dépenses hors charges financières et dotations aux amortissements.

Le Département reste attaché au **principe d'une concertation annuelle**. Afin de préparer la rencontre annuelle entre le Département et l'Organisme gestionnaire, ce dernier devra fournir, au plus tard, pour le 31 octobre les documents suivants :

- ✓ Un rapport détaillé et justifié laissant apparaître ses besoins, ses problématiques et l'état de ses demandes ;
- ✓ Une étude financière d'impact et des surcoûts ;
- ✓ Des documents justificatifs.

Cette rencontre permettra de débattre, selon les orientations du Département :

- ✓ Des modalités de fonctionnement de l'établissement ;
- ✓ Des impacts financiers sur la tarification dans le cadre du CPOM ;
- ✓ De l'évolution de la réalisation du Projet Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- ✓ Du projet d'établissement.

A l'issue de cette démarche, le Département pourra soit :

- ✓ appliquer le taux directeur ainsi que la prise en compte des charges financières et des dotations aux amortissements;
- ✓ prendre en compte, en totalité ou partiellement, les demandes spécifiques exprimées et ainsi amender l'évolution du tarif hébergement retenu en année N – 1. Le tarif ainsi établi pour l'année N est arrêté par le Président du Conseil départemental tandis que le tarif libre, si l'établissement décide d'appliquer cette procédure, est fixé par délibération du Conseil d'administration de l'établissement.

1 Le tarif appliqué aux résidents âgés de moins de 60 ans est précisé à l'article 5.

Modalités de fixation des prix pour les résidents à titre payant et leur variation

Si l'établissement décide d'appliquer le principe d'une liberté de tarification pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, et en application de l'article L. 342-3 du CASF, le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour passé préalablement à l'admission entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. Ce contrat détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur. Une annexe contractuelle au contrat de séjour décrit l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement, qu'elles relèvent ou non du socle de prestations. Toute modification tarifaire ou de prestation fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

L'ensemble des tarifs doivent être établis et approuvés par le Conseil d'administration de l'organisme gestionnaire, être communiqués aux résidents ou à leurs représentants légaux et portés à la connaissance du Président du Conseil départemental et du public.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé au 1er janvier de chaque année par arrêté interministériel en application des articles L. 342-3 et D. 342-5 du CASF.

Si l'établissement est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), les prestations correspondant au calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables sont régies par la convention conclue au titre de l'APL. Elles n'évoluent donc pas en fonction de cet arrêté.

Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est équivalent (article R.314-188 du CASF) :

- ✓ au tarif moyen journalier afférent à l'hébergement ;
- ✓ auquel est ajoutée la part de forfait global relatif à la dépendance obtenu en divisant ce dernier par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l'établissement.

Ce tarif est affecté aux charges d'hébergement, sur la base du tarif journalier moyen à l'hébergement, et pour le solde, à la couverture des charges de dépendance.

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est arrêté par le Président du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale (ou si le principe de libre tarification est appliqué), le Conseil d'administration de l'établissement fixe par délibération le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Pour l'ensemble des résidents, la part de forfait global relatif à la dépendance est arrêtée par le Président du Conseil départemental.

L'évolution du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement est basé sur celle de la tarification de l'hébergement. Quant à celle du forfait relatif à la dépendance, elle relève des dispositions citées précédemment (article 2 du titre 2).

Article 6 : Investissements pluriannuels

L'ensemble des investissements prévus pendant la période effective du CPOM fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé, pour « l'année de base zéro » du CPOM, par l'ARS et/ou le Département selon leurs compétences respectives.

Le PPI annexé au présent CPOM (annexe 5) est composé d'un état des investissements pour les cinq années du CPOM avec leur date de réalisation, les modes et les durées d'amortissement, le plan pluriannuel de financement actualisé détaillé, le tableau des emprunts et le tableau des surcoûts par section tarifaire.

Le PPI intègre :

- ✓ les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements/charges financières... valorisés dans le tableau des surcoûts par section tarifaire) ;
- ✓ des projets supplémentaires d'investissement (sécurité/mise aux normes/opération de travaux : réhabilitation, restructuration, construction/projet d'établissement...).

Les accords de l'ARS et/ou du Département pourront faire l'objet d'un avenant au contrat en tant que de besoin.

Dans le cadre du passage en Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses (EPRD), le gestionnaire devra faire apparaître dans les documents à transmettre simultanément à l'ARS et au Département, les impacts des investissements prévus au PPI notamment à travers le tableau de financement par section tarifaire.

Aucun autre investissement augmentant la dotation aux amortissements et les charges financières ne pourra être engagé sans accord des autorités de tarification et, le cas échéant, entraînera une révision du PPI concerné.

Tout surcoût issu de la réactualisation annuelle des PPI pesant sur les budgets d'exploitation devra être financé dans les limites des moyens accordés par chaque financeur (forfait global pour la section tarifaire soins, forfait global pour la section tarifaire dépendance et tarifs journaliers pour la section tarifaire hébergement).

Tout recours à l'emprunt supérieur à un an (art. L. 314-7 du CASF) pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS et/ou au Département (art. L. 314-7 du CASF). Les éventuels frais financiers découlant d'emprunts nouveaux devront être compris dans le PPI et être soumis à validation de l'autorité de tarification compétente.

L'Organisme gestionnaire devra prioriser, tant pour les investissements que pour les financements, les opérations du plan pluriannuel d'investissement, afin que leur consolidation soit globalement équilibrée.

L'EHPAD « Le Bois Rosier » à Vatan pour son activité EHPAD a fourni un PPI formalisé qui a fait l'objet d'observations et de demandes de complétude. Ce dernier a donc été déclaré incomplet à la date de signature du CPOM (tel qu'énoncé au présent article et selon les dispositions de l'arrêté NOR: SOCA0324061A du 22 octobre 2003) ; par conséquent, les autorités de tarification n'ont validé aucun Plan Pluriannuel d'Investissements dans le cadre de ce CPOM. Le PPI actuellement en cours de finalisation et ses modalités de financement devront être approuvés par les autorités de tarification et feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

Article 7 : Modalités d'affectation des résultats

Si la libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD, elle doit s'effectuer au regard des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. L'affectation de ces résultats fait l'objet d'un examen par le Conseil d'administration de l'Organisme gestionnaire. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Conformément à l'article R. 314-234 CASF, les résultats excédentaires sont à affecter en priorité :

1. à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2. à un compte de report à nouveau ;
3. au financement de mesures d'investissement ;
4. à un compte de réserve de compensation des déficits ;
5. à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF ;
6. à un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

En conséquence, la couverture des déficits qui reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire, est couverte en priorité :

1. par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affectée à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Toutefois, il est rappelé que conformément aux articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF, l'ARS et le Département pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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.

Par ailleurs, lors de l'étude des projets pluriannuels d'investissement, il sera tenu compte des anticipations réalisées ou non par l'organisme gestionnaire sur les affectations de résultat.

La transmission des documents de l'ERRD mentionnés aux articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, devra être faite au plus tard le 30 avril de l'année n+1.

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 : Suivi et évaluation du contrat

Il est mis en place un comité de suivi et des dialogues de gestion pour le suivi et l'évaluation du contrat.

Le comité de suivi :

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de chaque partie au contrat. Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'Organisme gestionnaire en cours de contrat dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, notamment :

- ✓ évaluations internes (à fournir un an avant l'échéance du présent contrat) ;
- ✓ évaluations externes ;
- ✓ documents budgétaires et comptables ;
- ✓ suivi des objectifs du présent contrat ;
- ✓ données du tableau de bord de la performance ;
- ✓ bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat.

D'autres documents pourront être joints en tant que de besoin.

Par ailleurs, l'Organisme gestionnaire transmet aux autorités de tarification compétentes, au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné :

- ✓ l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours ;

Le rapport annuel d'étape

Le rapport annuel d'étape établi par l'établissement doit être transmis au plus tard au 30 avril de chaque année, dans le cadre de l'ERRD, qui comporte :

- ✓ Le cadre normalisé de l'ERRD complet et ses annexes ;
- ✓ Un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, dont le modèle est fixé par arrêté interministériel, et qui différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
 - Le Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé.
- ✓ Un rapport financier et d'activité qui comprend :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du présent ;
 - L'affectation des résultats ;

Il est accompagné des documents supplémentaires suivants :

- ✓ Le tableau de suivi des provisions et des réserves par établissement ;
- ✓ Le tableau de suivi des crédits non reconductibles de la section soins par établissement et service.

L'ARS et le Département se réservent le droit de réaliser toute vérification permettant de s'assurer de la conformité du rapport annuel.

Pour la troisième année et la cinquième année du CPOM, le rapport d'étape devra également être accompagné du tableau de suivi des objectifs fixés (annexe 3 : Suivi et évaluation de la réalisation du CPOM).

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,
- ✓ au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

Un ou des dialogues de gestion supplémentaire(s) en cours d'exécution du contrat pourront être organisés dans les cas et les modalités prévus au contrat.

Le **dialogue de gestion organisé au cours de la troisième année** a pour objectif de suivre les engagements des parties. Il doit permettre de rediscuter du CPOM, notamment en cas d'événements exceptionnels et imprévisibles, quels qu'ils soient, et de veiller à son respect. Sur la base du rapport annuel d'étape, il porte notamment, pour les deux premières années du CPOM, sur :

- ✓ l'évaluation de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM ;
- ✓ le degré de réalisation des objectifs sur la base des indicateurs et des résultats attendus ;
- ✓ le contrôle de l'activité réalisée ;
- ✓ la définition de l'activité prévisionnelle pour l'année à venir.

Sur cette base, le comité de suivi se réunit et :

- ✓ 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 ;
- ✓ constate les résultats obtenus et les efforts engagés ;
- ✓ signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices.

Il peut également 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.

Le **dialogue de gestion de renouvellement du CPOM** a pour objectif d'examiner la pertinence de la dynamique de qualité et d'efficacité instaurée et de faire connaître les intentions de chacune des parties quant :

- ✓ au renouvellement du CPOM pour une période déterminée de 5 ans ;
- ✓ à sa prorogation d'un an.

Le comité de suivi se réunit au plus tard 6 mois avant la fin du CPOM et :

- ✓ examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci et arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM ;
- ✓ établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan, arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM, alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de **saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles** (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.

De même, 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 Département ou l'ARS **peut ajouter un dialogue de gestion** supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

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.

Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département

L'ARS et le Département peuvent procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des résidents.

L'Organisme gestionnaire s'engage à faciliter le contrôle par les autorités d'autorisation et de tarification de la réalisation des objectifs, en particulier par l'accès à toutes pièces justificatives, et de la bonne application de la réglementation en vigueur.

Article 2 : 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 (Tribunal Administratif de Limoges, 2 cours Bugeaud – CS 40410 - 87011 LIMOGES Cedex ou Greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TITSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4).

Article 3 : Révision et Résiliation du contrat

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du présent contrat impossible, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Conditions de révision

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, de révision des conditions de l'habilitation à l'aide sociale ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir, à titre d'exemples, lors :

- ✓ d'une modification législative ou réglementaire importante ;
- ✓ d'une modification du périmètre du CPOM ;
- ✓ de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier ;
- ✓ d'une modification des modalités de tarification ;
- ✓ pour la validation d'un PPI initial ou actualisé ;
- ✓ du changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat ;
- ✓ pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que des missions qui lui sont confiées ;
- ✓ pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- ✓ pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Département destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat ;
- ✓ ...

L'autorisation de gestion ayant été accordée au nom du gestionnaire, toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

En cas de cession de son activité, et sous réserve du transfert de l'autorisation par les autorités de tarification, le cessionnaire reprendra l'intégralité des engagements souscrits dans le contrat et ses avenants successifs. Le contrat continuera alors de plein droit.

Conditions de résiliation

Le présent contrat pourra être résilié :

- ✓ de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- ✓ de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- ✓ de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- ✓ avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, pour prise d'effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM à la convention tripartite pluriannuelle signée entre le Président du Conseil départemental de l'Indre, le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 15 mars 2016 et son avenant.

Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2022 et dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Article 6 : Renouvellement du contrat

Au plus tard, six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant afin d'arrêter les conditions dans lesquelles le contrat peut être renouvelé. Au vu du dialogue de gestion de renouvellement par le comité de suivi, une décision de renouvellement ou de prorogation du CPOM est arrêtée.

Article 7 : Evaluation

Suite au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la transmission des évaluations internes et externes a été supprimée. En application du 7° de l'article 1er dudit décret, il est convenu de réaliser une évaluation quinquennale de la qualité des prestations délivrées par l'EHPAD dont les résultats devront être transmis aux autorités de tarification au plus tard le 31 mars de la cinquième année du CPOM.

TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires.

1. Annexes obligatoires et communes à tous les CPOM

Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **Annexe 3 - Suivi des objectifs fixés**

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM pour suivre leur évolution. Elle est transmise aux autorités au cours de la troisième année et de la cinquième année du CPOM, eu égard à l'atteinte des objectifs.

- **Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

Le PGFP proposé et rattaché au CPOM ne peut être retenu en l'absence de PPI validé.

- **Annexe 5 - Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)**

Cette annexe précise les principaux investissements prévus à la date de signature du CPOM pour les cinq années suivantes.

L'EHPAD «Le Bois Rosier» à Vatan pour son activité EHPAD a fourni un PPI formalisé qui a fait l'objet d'observations et de demandes de complétude. Ce dernier a donc été déclaré incomplet à la date de signature du CPOM. Ce PPI actuellement en cours de finalisation et ses modalités de financement devront être approuvés par les autorités de tarification et feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

2. Annexe obligatoire pour les établissements concernés habilités

Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

- **Annexe 6 - Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**

3. Documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services



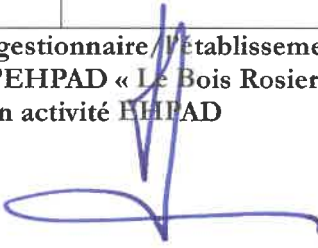

Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 7** - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)
- **Annexe 8** - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat

4. fiches actions

- **Annexe 9** - Fiches actions

Fait en 3 exemplaires originaux
A Châteauroux, le 04 AVR. 2022

<p>Pour l'Agence Régionale de Santé, Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire</p>  <p>Monsieur Laurent HABERT</p>	<p>Pour le Département de l'Indre, Le Président du Conseil départemental de l'Indre</p>  <p>Monsieur Marc FLEURET</p>
<p>Pour l'Organisme gestionnaire/établissement, Le Directeur de l'EHPAD « Le Bois Rosier » Pour son activité EHPAD</p>   <p>Monsieur François DEVINEAU</p>	



ORGANIGRAMME FONCTIONNEL

DOC-066 V5
Création le 09/03/2015
Modifié le 20/12/2021

Pages : 1/1

CDGI

CH de Valençay

CH de Levroux

EHPAD de Vatan

Processus : 17. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Sous domaine : 17.02 MANAGEMENT DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES

Directeur
François DEVINEAU

Directrice de site
Marion FONTENEAU

Médecin
Coordonnateur
EHPAD

Ergothérapeute
Quentin ROÙVEIX

Animatrice

Service économique
et financier
Catherine FAIRRIER

Infirmière coordinatrice
EHPAD
Amélie SALMON

Infirmière coordinatrice
SSIAD

Médecine du Travail

Psychologue

Service
technique,
sécurité
Bruno SANTOS

Service gestion des
séjours EHPAD-SSIAD
Sandra RIBAUD


Infirmières

Aides-Soignantes
SSIAD

AS et ASH

Agent
hôtelier

Service
ressources
humaines

		Organigramme de la direction commune		DOC-543-13
				Application le : 31/12/2021
				Pages : 1/1
<input checked="" type="checkbox"/> CDGI	<input checked="" type="checkbox"/> CH de Valençay	<input checked="" type="checkbox"/> CH de Levroux	<input checked="" type="checkbox"/> EHPAD de Vatan	
Processus : 01.Management stratégique, gouvernance		Sous domaine : 01.04 Direction et encadrement des secteurs d'activité		

	Centre Départemental Gériatrique de l'Indre	Centre Hospitalier de VALENCAY	Centre Hospitalier de LEVROUX	EHPAD de VATAN
DIRECTION GENERALE	Directeur général François DEVINEAU			
Direction affaires économiques, logistiques, travaux et développement durable	Directrice Juliette WASTIAUX			
Direction ressources humaines, relations sociales et affaires médicales	Directrice Aurore MARCANTONI			
Direction stratégie, système d'information, qualité et coopérations	Directrice Méline LACOSTE-LAMOUREUX			
Direction affaires financières, accueil et gestion des séjours et contrôle de gestion	Directeur David FLEURY			
Direction de site CH Valençay	Directrice de site et chargée de la communication Adeline GRANGER			
Direction de site CH Levroux	Directrice de site et chargée du développement durable Cécile RIOLLET			
Direction de site EHPAD Vatan	Directrice de site Marion FONTENEAU			
Direction des soins et des prestations hôtelières Coordination de la gestion des risques associés aux soins	Coordinatrice CDGI : Nadine RABOTIN Coordinateur CH Valençay et CH Levroux : Frédéric NICOLATS			
Secrétariat de direction	Florence PINTO / Angélique EPINEAU			
Services techniques et sécurité	Coordination des services techniques et Responsable des services techniques CDGI Eric LAGNEAU			
	Responsable des services techniques Fabien LAURENT	Responsable des services techniques Thierry BORDAT	Responsable des services techniques Bruno SANTOS	
	Adjoint chargé de sécurité Mickael GUILLEBAUD			
Restauration	Coordination du Service Restauration et Responsable Restauration CDGI Dominique MABILLEAU			
	Responsable du service restauration François LOUIS	Responsable du service restauration Alexandre DOUCET		
	Référente linge Noëlle MERY			
Fonction linge	Déploiement de la qualité dans les services de soins			
	IDE Hygiénistes Daisy BERTIN / Elodie RENAUX			
	Dietéticiens Maud BASCOULERGUE / Romain MOULIN			
Services de soins et hôteliers Coordination de la gestion des risques associés aux soins	Responsable du service des ressources humaines Sabrina LUCAS	Responsable des services administratifs et des ressources humaines Alain NURDIN	Responsable des services administratifs et des ressources humaines Alexandra CLERFOND	
	Coordination de la qualité Sidonie VANDAMME			
	Responsable qualité Véronique DAUMAIN	Responsable qualité Nagaya TOMASZEK	Responsable qualité Line MAIROT	Référente qualité Nagaya TOMASZEK
Services administratifs et Ressources humaines	Informaticiens Delphine LEYMET / Fabrice RENAULT/ Olivier VANVYNCKT			
	Mandatitaire Judiciaire à la Protection des Majeurs Fabienne DENIS			
	Médicins coordonnateurs			
Système d'information, qualité et gestion des risques	Dr Nathalie LESTRADE Dr Rafik NEHAR Dr Saïd TAYAA	Dr Daniel DESDOUITS (SSR & EHPAD) Dr Feda HATMAL (EHPAD)	Dr Michel LONGEAUD (SSR & EHPAD) Dr Jérôme DUREAU (SSR)	Dr Jean-Pierre PROUTIERE
	Pharmaciens			
Protection des majeurs	Celia GORGEON Chakib BENMELOUKA			
Médicins coordonnateurs	Guillaume GARRÉ			

Organigramme de la cellule qualité EP'AGE36



Mélina LACOSTE-LAMOUREUX
Directrice qualité
dir.sihqual@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.77.31

DIRECTION DE LA STRATEGIE, DE LA QUALITE, DU SYSTEME D'INFORMATION ET DES COOPERATIONS

Activités médico-sociales externes (EMG, accueil de jour, plateforme de répit)



Sidonie VANDAMME
Coordonnatrice qualité EPAGE 36
Responsable qualité au CDGI
serv.qual@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.72.13

Coordination qualité

Missions générales : traitement FSEI, organisation GEXEIN-CREX, sensibilisations à la qualité, support logiciel.



Véronique DAUMAIN
Responsable qualité au CDGI
qualite@cdgi36.fr – Tél. 02.54.53.72.12

Nagaya TOMASZEK
Responsable qualité au centre hospitalier de Valençay et référente à l'EHPAD de Vatan
qualite@hl-valencay.fr – Tél. 02.54.00.30.16



Line MAIROT
Responsable qualité centre hospitalier de Levroux
serv.qual@hl-levroux.fr – Tél. 02.54.29.12.17



Missions principales : organisation des revues de processus, gestion documentaire, suivi des indicateurs, suivi des programmes d'actions qualité, suivi des évaluations des pratiques professionnelles.

- ☐ Démarche qualité en restauration
- ☐ Gestion de l'air
- ☐ Gestion de l'eau
- ☐ Gestion des déchets
- ☐ Gestion des équipements biomédicaux
- ☐ Gestion du risque infectieux
- ☐ Prise en charge médicamenteuse

- ☐ Achats éco-responsables
- ☐ Développement durable
- ☐ Fonction transport des patients
- ☐ Gestion de l'énergie
- ☐ Gestion du linge
- ☐ Prise en charge de la douleur
- ☐ Prise en charge et droits des patients en fin de vie

- ☐ Communication
- ☐ Droit des patients
- ☐ Gestion des ressources financières
- ☐ Management de la qualité et des risques
- ☐ Management stratégique, gouvernance
- ☐ Parcours patient

- ☐ Dossier patient
- ☐ Gestion des infrastructures et des équipements (hors dispositifs médicaux)
- ☐ Gestion des ressources humaines
- ☐ Gestion du système d'information
- ☐ Identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge
- ☐ Qualité de vie au travail
- ☐ Sécurité des biens et des personnes
- ☐ SSIAD

Missions transversales : patient traceur, enquêtes satisfaction ...



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360002042

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD LE BOIS ROSIER

Public FPH Autonome

EHPAD LE BOIS ROSIER (360000467)

Etb.Social Communal

2 R JEAN LEVASSEUR 36150 VATAN

Téléphone : 02 54 49 71 56 Email : leboisrosier@ehpad-vatan.fr

Sources de financement	CD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M22	Date d'ouverture	01/01/1901
Option tarifaire	tarif partiel / GMPs sans PUI	Autorisation spécifique	Aucune
CPOM en cours	NON	Signature CTP	OUI
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2022	Date d'effet de la CTP	15/03/2016
Date d'échéance du CPOM	01/01/2027 (Calendrier prévisionnel)	Date d'échéance CTP	15/03/2021
Partenaires signataires du CPOM		Groupe homogène	EHPAD de 60 à 99 places
Etablissement mono-site	OUI	Date de construction	01/01/2015
Etablissement mono-bâtiment	OUI	Nature du droit	PROPRIETAIRE
Nombre de sites		Superficie des locaux	4363 m2
Contraintes architecturales	OUI	Superficie des terrains	5653 m2
Nombre de chambres individuelles	80	Places installées / autorisées	76

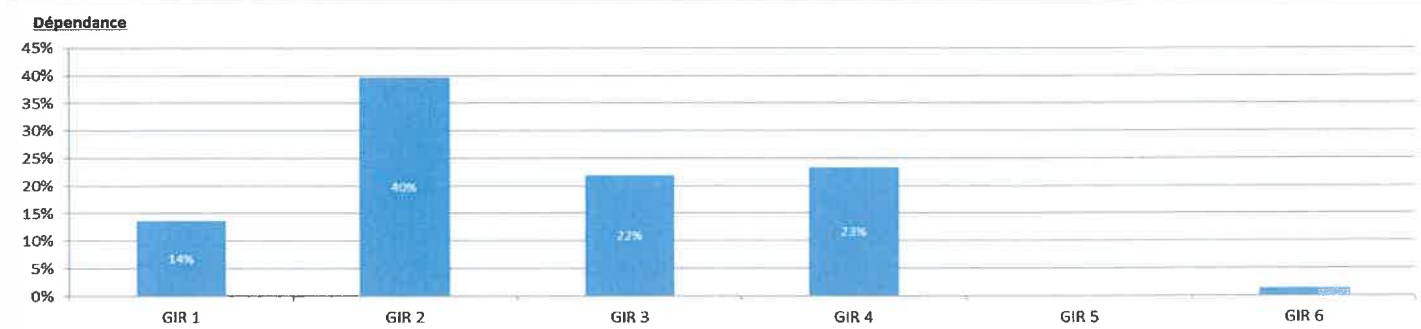
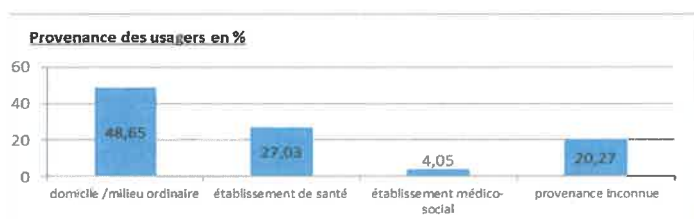
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
100%	97%	24	10,00%	15,89%	9,57%	35,52%	87%	11,35%	14,15%	0	01/01/2020

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE		CAPACITE INSTALLEE			76
360002042	P	EHPAD	EHPAD LE BOIS ROSIER	36150	VATAN	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	76

ACTIVITES

Taux d'occupation						Coupes d'évaluation				
Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2018	2019	2020	2021	Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance	
Permanent							GMP	728	05/04/2018	↓
Temporaire							PMP	238	19/03/2018	↓
Ac. de Jour										

	Établissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	31,58	30,88	31
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	2,75	2,22	1,92
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		10,81%	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		21,05%	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,00%	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		1,69%	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		9	
File active des personnes accompagnées sur la période		98	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	OUI	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	NON
Coopération inter-établissements :	CONVENTION GHT	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement :	76

RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
52,61	2,10	2,20	1,00	1,00	2,90	27,20	0,40	15,31	0,50	0,00	0,00

Paramédical	Infirmier	ASD infirmier paramédical	Aide soignant	Diététicien	Préformal/ASD	Logopédiste	Orthophoniste	Autre Paramédical
27,20	6,00	2,00	19,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20

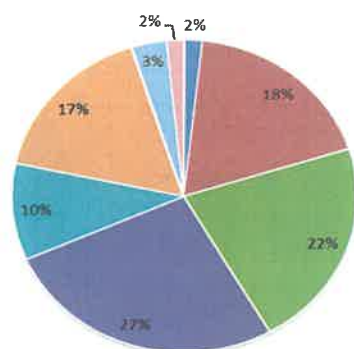
Socio-éducatif	ASD éducateur psychomotricien	Animateur	Monitrice éducative	Éducateur spécialisé	Assistant social	Autre Socio-éducatif
2,90	2,00	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00

Médical	Médecin Coordinateur	Autre Médical
0,50	0,50	0,00

Minimum réglementaire : 0,50

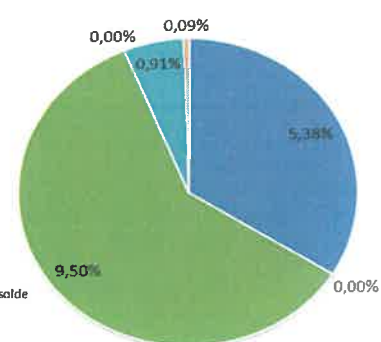
Répartition par âge du personnel

- Moins de 20 ans
- 20 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 54 ans
- 55 - 59 ans
- 60 - 64 ans
- Plus de 65 ans

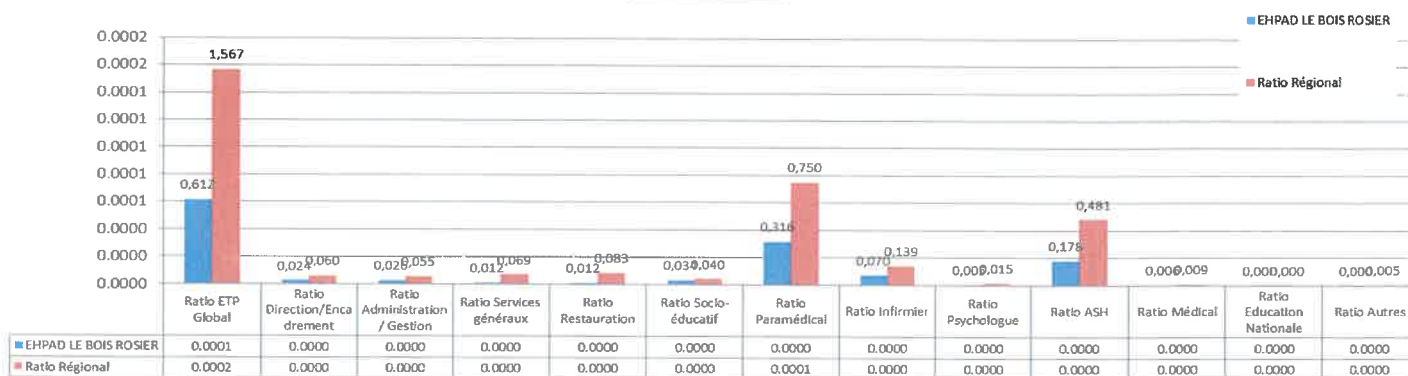


Taux d'absentéisme par motif

- Pour maladie ordinaire / de courte durée
- Pour maladie de moyenne durée
- Pour maladie de longue durée
- Pour maternité/paternité
- Pour accident du travail
- Pour congés spéciaux dont les congés sans solde



Ratios ETP / Places



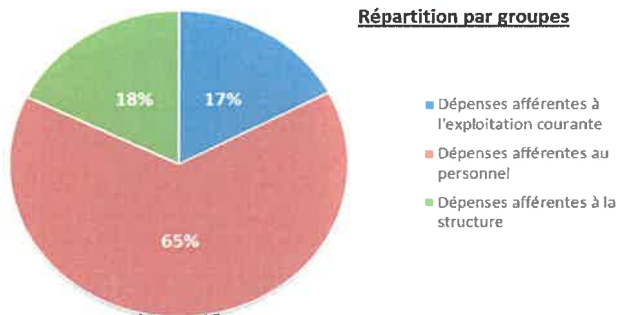
Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	13,00%	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	15,89% (10,76% National)
Taux de prestations externes en %	0,00%	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	10% (12,5% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	3,99%	Nombre de CDD de remplacement	24

BUDGET & FINANCES

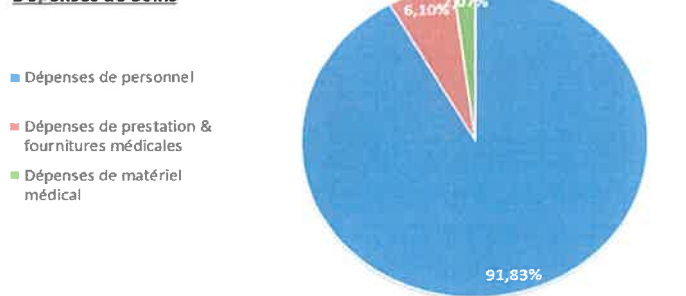
	Charges*		Produits*		
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	15,98%	537 859	2 849 576	85%	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	65,20%	2 195 026	294 356	9%	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	18,82%	633 594	202 088	6%	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit	-20 459	3 366 479	3 346 020		Excédent
Marge Brute	14,15%		6,11%		CAF

* données ERRD 2018

Répartition par groupes



Dépenses de Soins



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1	0	Taux de prestations externes	0,00%
Base soins actualisée / Plafond	98%	Montant de Convergence Plafond soins	38 003 €

* données 2019

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE

Thèmes & intitulés	2017*	2018*	Mode de calcul
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	36%	36%	Emprunts (comptes 16 hors c/165 c/1688 et c/169) x 100 Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés) Immobilisations nettes amortissables Dettes financières à moyen et long terme Emprunts (comptes 16 hors c/165 c/1688 et c/169) CAF
1.2. Apurement de la dette (>2)	2,45	2,44	
1.3. Durée apparente de la dette	7,51	10,53	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations			Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants
Construction	0%	0%	
Installations techniques, matériel et outillage Autres immobilisations corporelles	0%	0%	
	38%	39%	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation			FRI ou FRE ou FRNG x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	77	89	
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	80	72	
Fonds de roulement net global (FRNG)	1 323 300	1 396 084	
Besoin en fonds de roulement	157	161	
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation			BFR x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Montant de Trésorerie	175 848	27 492	
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	21	3	Trésorerie x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	1 147 453	1 368 592	
	136	158	Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
	13	11	
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	0	0	[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j. Total des consommations (comptes 601 à 603) (Solde débiteur comptes 41) x 365 j. Total des produits (comptes 70 et 73) (Solde créditeur comptes 401) x 365 j. Total des charges (comptes 60 à 62) (Solde créditeur comptes 43 et 44) x 365 j. Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)
4.2. Créances (< 30 j.)	0	0	
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	54	82	
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	8	25	
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	8,98%	6,13%	CAF x100 Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)
Réserve de compensation des déficits	87 751	87 751	Réserve de compensation des déficits Total classe 6
Réserve de compensation des déficits en %	2,61%	2,61%	
Fonds dédiés	0	0	
Produits constatés d'avance	175 169 €	108 269 €	

* données ERRD 2018

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	01/01/2015
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	13/03/2020
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	20/04/2017
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Salle de soins
Organisation des transports	EN INTERNE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	1		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	2	Accessibilité au transport collectif	NON

DEMARCHE QUALITE

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Livret d'Accueil</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>01/10/2018</td></tr> </table>	Livret d'Accueil		Oui	01/10/2018	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Règlement de Fonctionnement</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>09/12/2015</td></tr> </table>	Règlement de Fonctionnement		Oui	09/12/2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Contrat de séjour</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>01/04/2019</td></tr> </table>	Contrat de séjour		Oui	01/04/2019	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Conseil de la vie sociale</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>26/05/2014</td></tr> </table>	Conseil de la vie sociale		Oui	26/05/2014		
Livret d'Accueil																					
Oui	01/10/2018																				
Règlement de Fonctionnement																					
Oui	09/12/2015																				
Contrat de séjour																					
Oui	01/04/2019																				
Conseil de la vie sociale																					
Oui	26/05/2014																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Charte des droits & liberté</td></tr> <tr><td colspan="2">OUI</td></tr> </table>	Charte des droits & liberté		OUI		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Personne Qualifiée</td></tr> <tr><td colspan="2">OUI</td></tr> </table>	Personne Qualifiée		OUI		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Projet d'Etablissement ou de Service</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>01/01/2020</td></tr> </table>	Projet d'Etablissement ou de Service		Oui	01/01/2020	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Date dernière Evaluation</td></tr> <tr><td>Interne</td><td>Externe</td></tr> <tr><td>28/2/18</td><td>30/11/20</td></tr> </table>	Date dernière Evaluation		Interne	Externe	28/2/18	30/11/20
Charte des droits & liberté																					
OUI																					
Personne Qualifiée																					
OUI																					
Projet d'Etablissement ou de Service																					
Oui	01/01/2020																				
Date dernière Evaluation																					
Interne	Externe																				
28/2/18	30/11/20																				

	INTERNE Prochaine Evaluation : 05/2019	ESMS autorisé et ouvert entre le 3 janvier 2002 et le 21 juillet 2009	EXTERNE Prochaine Evaluation : 06/2022
--	--	---	--

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
	OUI	OUI	NON		NON

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins
Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
FUNCTION PUBLIQUE : Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)	Diplôme Niveau 1 - Corps des DH (Directeurs d'hôpital)
Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
	OUI

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	oui	oui	COFIL Qualité EP'AGE 36
Nombre de réunions par an	2	3	
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	oui	oui	
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	non	oui	1 sensibilisation réalisée en 2019, en 2020 non réalisée
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	oui	oui	DOC-080
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	oui	oui	
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	non	non	
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	oui	oui	PROC-021 Gestion du dossier d'admission
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	oui	oui	FICH-016 Admission d'un résident
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	oui	oui	
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	oui	oui	ENR-219 et ENR-129 Les formulaires de désignation de la personne de confiance
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	oui	oui	DOC-181 Affiche personne de confiance DOC-180 Affichage directives anticipées ENR-218 Formulaire de recherche des

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2	
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	Oui	Non	
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Si oui, laquelle	Commission animation	Commission restauration	
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	Non	Oui	Les enquêtes n'ont pas été réalisées en 2020, une enquête auprès des résidents est réalisée tous les 2 ans, une enquête auprès des familles
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	Non	Non	L'enquête auprès des familles n'a pas été réalisée en 2020

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	oui	oui	
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	oui	oui	
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	oui	oui	

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	80	80	
Nombre de chambres doubles	0	0	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	Minimale 17,90 m2 Maximale 22,40 m2	Minimale 17,90 m2 Maximale 22,40 m2	
Superficie minimale et maximale des chambres doubles	-	-	Non concerné
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	79	79	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	Non	Oui	Depuis le 17 Juin 2019 la prestation des repas a été externalisé au CDGI
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	oui	Oui	Depuis le 17 Juin 2019 la prestation des repas a été externalisé au CDGI
Liaison froide (Oui ou Non)	oui	non	Les repas sont produits par la cuisine centrale du centre départemental gériatrique de l'Indre et livrés en liaison froide à l'EHPAD de Vatan.
Liaison chaude (Oui ou Non)	Non	Oui	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	Oui	Oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	Oui	Oui	
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)			
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	oui	oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	non	non	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	oui	oui	Traité par Elis
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	oui	oui	Traité en 2019 par le CH de Valençay Traité en 2020 par Bulles de Linge
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	oui	oui	Traité par Elis
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	oui	oui	Traité par Elis
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	oui	oui	PROC-020 procédure de circuit du linge
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	non	non	
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	non	non	
Périodicité du ménage dans les chambres	Entretien de l'environnement proche du résident et le sol tous les jours Entretien approfondie de la chambre toutes les semaines	Entretien de l'environnement proche du résident et le sol tous les jours Entretien approfondie de la chambre toutes les semaines	
Périodicité du ménage dans les locaux communs	Quotidien	Quotidien	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)	oui	oui	ENR-234 Traçabilité nettoyage chambre
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Oui	Oui	ENR-235 Traçabilité tâches de nuit



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social**Annexe 2****Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité (sous réserve de validation).

☛ **Projet d'ouverture de PASA au CH de Valençay et à l'EHPAD de Vatan**

L'objectif est d'implanter deux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), un PASA sur le CH de Valençay et un sur l'EHPAD de Vatan. Le groupe EP'AGE 36 a déjà une expérience dans le domaine, puisque le CH de Levroux a ouvert un PASA de 14 places en 2014 et le CDGI a ouvert un PASA de 14 places en 2011. L'objectif est de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, tout en ayant une approche non médicamenteuse et de satisfaire les besoins de la population des bassins de vie de Valençay et de Vatan. Chaque PASA accueillerait, en journée, 8 à 12 résidents de l'établissement auxquels seraient proposés des ateliers thérapeutiques animés par une équipe pluridisciplinaire formée à l'accompagnement de la maladie. L'objectif des PASA seraient de prévenir l'apparition des troubles du comportement dans un environnement convivial, permettre la déambulation des personnes dans un cadre sécurisé et de favoriser le maintien de l'autonomie et des capacités des résidents.

- Le Centre Hospitalier de Valençay a pour ambition d'élaborer un projet d'ouverture de PASA et d'implanter ce dernier au rez-de-chaussée du bâtiment Le Nahon.

- L'EHPAD de Vatan a pour ambition d'élaborer un projet d'ouverture de PASA (lieu d'implantation à déterminer).

☛ **Projet d'ouverture d'une UHR au CH de Valençay**

L'objectif est d'implanter une Unité d'hébergement renforcée (UHR) sur le centre hospitalier de Valençay. Le groupe EP'AGE 36 a déjà une expérience dans le domaine, puisque le CDGI 36 a ouvert une UHR de 17 places en 2011.

La conception architecturale actuelle du Centre Hospitalier de Valençay permettrait de répondre aux exigences de prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement et déambulantes qui représentent 80 % des résidents accueillis au sein de ces unités. En effet, le concept architectural d'origine a été de construire des services d'EHPAD de 28 lits répartis en deux unités de 14 chambres parfaitement identiques, du fait de locaux dupliqués et de locaux traversant.

Dans le cadre de ce projet, une UHR pourrait être implanté au sein du service sécurisé « La Garenne », 14 des 28 lits d'EHPAD seraient ainsi transformés en lits d'UHR. Une fois l'autorisation de créer une UHR obtenue, le CH de Valençay pourrait rendre l'activité opérationnelle très rapidement, sous deux mois, car il suffirait de cloisonner la salle de restaurant sans autres travaux complémentaires et de recruter les professionnels nécessaires.

En effet, cette unité sécurisée ouverte en juin 2016 dispose, d'ores et déjà, de locaux indépendants :

- une porte d'entrée et de sortie principale équipée d'un digicode,
- d'une porte d'entrée et de sortie donnant sur le jardin équipée d'un digicode
- d'un patio sécurisé et accessible en permanence
- d'une cuisine thérapeutique traversante mais néanmoins indépendante
- d'une salle de soins traversante mais néanmoins indépendante
- d'une salle bien-être avec balnéothérapie
- de chambres individuelles d'environ 20 m2 toutes équipées d'une salle de bain
- d'un salon détente
- d'un salon dédié aux activités manuelles
- d'un espace central
- de couloirs courts desservant les chambres
- d'une terrasse et d'un jardin d'une superficie totale d'environ 4000 m2



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Projet de création d'Accueil de nuit dans chaque établissement du groupe

Aujourd'hui, il existe de nombreuses possibilités d'accueil en journée, permettant de soulager les aidants de personnes atteintes de maladies cognitives. La période nocturne est souvent source de confusion pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. C'est une situation particulièrement éprouvante pour les proches aidants. C'est pourquoi, les établissements du Groupe EP'AGE36 souhaitent développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.

Cette alternative à un hébergement classique permet aux aidants de disposer de périodes de répit visant à prévenir des situations d'isolement ou d'épuisement et prolonger ainsi le maintien à domicile de la personne âgée.

L'accueil de nuit permet à la personne de vivre la journée chez elle, son domicile restant son point d'ancrage.

La période nocturne est prise en charge par l'EHPAD, via une surveillance sécurisante dans ses locaux.

L'accueil de nuit offre aux personnes âgées une prise en charge comprenant le transport domicile-EHPAD, la restauration (dîner, petit déjeuner), une surveillance de nuit, une aide à la toilette du matin et à la prise des repas.

Les établissements du groupe EP'AGE 36 couvrent la majeure partie du département de l'Indre et pourraient ainsi répondre aux besoins de ce territoire. L'accueil sera réalisé par des assistants de soins en gérontologie intervenant successivement de 16 h 30 à 23 h 30 et de 23 h 30 à 9 h 30. Diverses activités seraient proposées aux bénéficiaires, selon leurs besoins et leurs souhaits. Les locaux de l'accueil de jour du CDGI, du PASA pour le CH de Levroux pourraient également être utilisés en soirée (espace détente, cuisine, tables et matériel pour activités diverses).

Projet de création d'Accueil de jour aux CH de Valençay et Levroux et à l'EHPAD de Vatan

L'accueil de jour permet d'accueillir pour une période d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine, des personnes en perte d'autonomie, et notamment atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée ou d'une autre maladie neurodégénérative, vivant à domicile.

Animée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels qualifiés, la structure doit répondre à un double objectif :

- permettre aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés de continuer à vivre le plus longtemps possible à domicile, aidées par des activités de stimulation,
- soutenir leur famille ou les aidants en leur donnant la possibilité d'un temps de répit.

Cette structure a toute son utilité car elle propose un service au plus proche du bassin de vie des usagers et des patients. Aussi les CH de Levroux, Valençay et l'EHPAD de Vatan propose un service de proximité à moins ½ heure du domicile des usagers sur les territoires de Levroux, Valençay et Vatan afin de rompre l'isolement des personnes malades et d'accorder à l'aidant un répit pendant que son proche est accompagné par le service d'accueil de jour.

Projet de création d'un « EHPAD hors les murs »

Les établissements du groupe EP'AGE 36 souhaitent poursuivre la diversification et l'ouverture sur l'extérieur de leur offre institutionnalisée et proposer des réponses inclusives qui permettent, chaque fois que cela est possible, un maintien dans le milieu de vie ordinaire (objectif du PRS 2 régional).

En effet, les personnes âgées souhaitent de plus en plus continuer à vivre à domicile, tout en bénéficiant d'aides adaptées à leurs besoins. Ce constat a notamment été accentué avec la période de crise sanitaire.

Par transformation de l'offre existante (lits d'hébergement permanent), les établissements du groupe EP'AGE 36 envisagent donc de créer des places d'Ehpad à domicile (nombre de places et répartition géographique encore à définir).

Des prestations identiques à celles proposées au sein de l'établissement en matière d'hébergement, de dépendance et de soins et ce, en fonction des besoins identifiés pour la personne, seraient proposées aux résidents à domicile, 24h/24 et 7 jours/7.



Délégation départementale de l'Indre



Direction de la Prévention et
du Développement Social

Ce projet permettrait de :

- Proposer une alternative à l'hébergement permanent en EHPAD pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées en situation de dépendance ;
- Décloisonner l'EHPAD et le domicile (mutualiser les compétences gériatriques, transition progressive en amont de l'entrée en établissement) par transformation de l'offre existante ;
- Accompagner les personnes âgées dépendantes et coordonner leur parcours gériatrique ;
- Diversifier l'offre existante par une alternative innovante ;
- Soulager les aidants ;
- Conserver un lien social et constituer un parcours de vie.

➤ **Projet de diversification de l'offre de la Plateforme de répit du CDGI : le relayage**

En complément des actions actuelles de la Plateforme de répit, le CDGI souhaite poursuivre son développement et proposer de mettre en place une aide au répit à domicile plus longue : « le relayage ».

Les objectifs à atteindre vis-à-vis du proche aidé :

Le relayage n'a pas pour objectif de remplacer les services déjà mis en place au domicile (aide-ménagère, portage de repas...), et exclut la réalisation de tous gestes « médicaux » ou « infirmiers » même si ces derniers sont pris en charge au quotidien par l'aidant.

Le relayage a pour objectif de proposer à l'aidant un remplacement personnalisé sur les tâches qu'il effectue au quotidien auprès de son proche aidé. Dès lors, les missions du relayeur mobilisent des compétences techniques, telles que l'aide à la toilette, aux déplacements, à la prise de repas, à l'élimination, ainsi que d'importantes compétences relationnelles (présence rassurante, surveillance, divertissement, sorties).

Les objectifs à atteindre vis-à-vis de l'aidant :

Le relayage permet le départ de l'aidant du domicile pour un temps, qui pour offrir un bénéfice, doit être d'au moins deux jours et une nuit, soit 36 heures. Ces interventions de durées étendues sont complémentaires de celles proposées par la plateforme d'accompagnement et de répit qui propose des interventions à domicile comprises entre une et trois heures.

La recherche de conventionnement avec des associations proposant des « séjours vacances aidant » sera opportune pour faciliter le départ de l'aidant du domicile.

A Châteauroux, le 17/02/2021,

François DEVINEAU, directeur

Centre Départemental Gériatrique de l'Indre
Centre Hospitalier de Valençay
Centre Hospitalier de Levroux
EHPAD Le Bois Rosier à Vatan



Direction de la Prévention et du Développement Social

Département de l'Indre

ANNEXE 3 - Fiche de suivi des objectifs du CPOM de l'EHPAD "Le Bois Rosier" à VATAN

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
<i>Expression et participation individuelle et collective des résidents :</i>						
1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	1/ Pérenniser les staffs pluridisciplinaires 2/ Pérenniser la démarche déjà entreprise	- Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident - Taux de révision ou d'actualisation des PAP - Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure) - Nombre d'agents formés PAP	2022-2026			
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	1/ Elaborer un dossier support, commun aux 4 établissements du groupe, comportant plusieurs documents pour : * Outiller les professionnels de santé (communication, information, recueil) * Poursuivre la communication auprès des résidents et de leurs familles * Aider au recueil des directives anticipées auprès des résidents 2/ Poursuivre les formations sur les thématiques prise en charge de la douleur, soins palliatifs 3/ Généraliser la pratique de staffs pluridisciplinaires en EHPAD en associant l'ADSP 36 dans les situations complexes de soins palliatifs 4/ Intégrer les familles dans le processus décisionnel et la prise en charge en soins palliatifs 5/ Suivre les indicateurs	- Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées - Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance	2022-2026			
1-3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale	1/ Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au cœur des projets de service 2/ Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au sein du projet d'accompagnement personnalisé 3/ Recenser et analyser les souhaits des résidents lors du recueil des habitudes de vie et tout au long du séjour 4/ Recenser et analyser les souhaits des professionnels pour développer et varier les animations 5/ Organiser la communication et la coordination des actions de vie sociale dans le service (équipe d'animation et soignantes) 6/ Définir des activités d'animation en cohérence avec l'état des lieux 7/ Déployer des outils de communication (Familéo : journal familial et institutionnel à destination des résidents, point d'accès internet, etc.)	- % de PAP intégrant l'animation et la vie sociale	2022-2026			
<i>Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appropriation de l'activité des structures du CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions ; démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.</i>						
2-1 Faciliter la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	1/ Automatiser les extractions et le traitement des données des ressources humaines (rémunérations, effectifs, carrière des agents) afin de produire les différents tableaux de bord de gestion et de faciliter les résultats communiqués 2/ Faciliter les données du tableau de bord de la performance ANAP, en maintenant la dynamique de remplissage coordonnée par la Direction des affaires financières, auprès des directions de site et des directions fonctionnelles du groupe EPAGE36 3/ Veiller à la complétude et la fiabilité des données budgétaires et financières dématérialisées transmises aux autorités de tarification (EPRD, PGFP, ERDD, EPCP, ERCP...), en poursuivant les travaux menés par la cellule financière du groupe	- données tableau de bord ANAP complétées à 100%	2022-2026			
2-1 bis Mettre en place la fonction de contrôleur de gestion	1/ Formaliser les missions et décrire les activités de la fonction contrôleur de gestion du groupe EPAGE 36 2/ Elaborer un programme d'actions de la fonction contrôleur de gestion 3/ Introduire et généraliser une culture de contrôle de gestion auprès des professionnels du groupe 4/ Intégrer le financement d'un temps contrôleur de gestion dans le budget base zéro (2022) des CPOM EHPAD 5/ Définir les missions, les activités, les compétences requises et les aptitudes du contrôleur de gestion 6/ Rédiger la fiche de poste "contrôleur de gestion" du groupe EPAGE 36 7/ Réaliser le recrutement du contrôleur de gestion, rattaché à la direction des affaires financières et du contrôle de gestion 8/ Planifier et déployer le programme de contrôle de gestion sur l'ensemble des établissements du groupe 9/ Insérer dans le projet de service Finances, Accueil et Gestion des Séjours, les objectifs et actions propres à la fonction contrôleur de gestion		2022-2026			
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	Maintenir la dynamique de coopération au sein principalement du groupe EPAGE 36 mais également avec les autres établissements, en se réinterrogeant régulièrement sur les nouvelles opportunités de mutualisation des fonctions supports.	- Existence de conventions de coopération inter établissements - Existence de procédure et protocoles communs aux établissements du groupe	2022-2026			
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services	Renforcement des coopérations/mutualisations internes au groupe EPAGE 36 : 1/ Poursuivre les coopérations et mutualisations dans le cadre de la direction commune EPAGE36 2/ Consolider les inter-instances de la direction commune et créer une commission des médecins coordonnateurs 3/ Formaliser une politique de recrutement inter établissements dans le cadre de la promotion professionnelle et créer une bourse des emplois internes 4/ Définir la politique de mobilité interne (établissement) et externe (groupe EPAGE 36) 5/ Identifier et former un réseau de référents et d'experts sur des thèmes identifiés					
	Renforcement des coopérations/mutualisations externes au groupe EPAGE 36 : 1/ - Continuer à répondre aux appels à projets/candidatures en collaboration avec d'autres établissements du département	- Existence de conventions de coopération inter établissements - Existence de procédure et protocoles communs aux établissements du groupe	2022-2026			

Objectifs du CPDM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
	2/ - Renforcer les partenariats avec les établissements disposant d'un plateau technique (mettre à jour les conventions dans le cadre du GHT) 3/ - Signer des conventions de collaboration avec les services de maintien à domicile (SAAD et SSIAD) du territoire ressort 4/ - Maintenir et développer les coopérations avec le réseau départemental des EHPAD : - création d'une structure de coopération - Formaliser une conférence départementale des EHPAD - Créer un comité d'éthique et de bientraitance intégrant tous les EHPAD qui le souhaitent					
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes : développement de nouvelles orientations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social						
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs 1/ Poursuivre le déploiement de la démarche palliative en EHPAD 2/ Continuer la formation du personnel en soins palliatifs dispensée par le CODESPA (cible : 50% du personnel formé) et transmettre cet apport à l'équipe par des retours de formation 3/ Développer dans le plan de formation des actions de formation sur les approches non médicamenteuses 4/ Former les médecins coordonnateurs, IDE, AS, psychologue, cadre de santé au DU Soins Palliatifs 5/ Formaliser un staff soins palliatifs (fréquence à définir) en fonction des besoins 6/ Sensibiliser régulièrement les équipes aux soins palliatifs (2 fois par an) 7/ Développer le partenariat et/ou les interventions de l'EADSP 36 (médecin traitant, médecins coordonnateurs, équipes soignantes, ...) : débriefings et analyses de situations, PEC, ... 8/ Maintenir l'implication des cadres de santé d'une démarche institutionnelle relative aux soins palliatifs 9/ Développer la participation des bénévoles dans l'accompagnement de fin de vie (ALAVI, ...) 10/ Engager une réflexion relative à un projet spécifique « soins palliatifs » pour personnaliser la prise en charge = questionnement, vision et projet global (implication des familles, accompagnement, ...) 11/ Diversifier les approches non médicamenteuses dans la PEC 12/ Pérenniser et dynamiser le pilotage des soins palliatifs dans les services, en lien avec l'INTERCLUD et la politique EP'AGE 36 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD 1/ Evaluer et mettre à jour les conventions de partenariat entre les structures d'hospitalisation à domicile et les EHPAD des établissements d'EP'AGE 36 (conditions générales, procédures, outils, ...) A reformuler uniquement pour VATAN 2/ Communiquer auprès des équipes d'EP'AGE 36 sur les critères d'inclusion et sur les conditions d'intervention de l'HAD 3/ Communiquer auprès des résidents et familles sur les possibilités/conditions de PEC HAD (intégrer une information dans les documents institutionnels, ...)	- Existence de protocole/convention de coopération inter établissements - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD/an - Nombre d'interventions de l'HAD / an - Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur - Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée et réévaluation - Convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles) - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP - Nombre d'intervention de l'EADSP - Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs	2022-2026			
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	Dossier Médical Partagé 1/ Finaliser le protocole définissant les règles d'alimentation des DMP à destination des services de soins (objectif de 100 % de DMP alimentés) Télé médecine 1/ Organiser une veille sur le référencement des spécialistes externes et des référents experts internes et diffuser un annuaire interne 2/ Relancer la communication sur la télé médecine auprès des équipes médicales et paramédicales 3/ Poursuivre les travaux avec les CPTS pour l'organisation des téléconsultations Via Trajectoire 1/ Mettre à jour les fiches d'identité des établissements dans Via Trajectoire 2/ Poursuivre la communication sur l'outil auprès des professionnels de l'établissement et solliciter un accompagnement par la GIP e-Santé pour les utilisateurs 3/ Faciliter l'utilisation de l'outil pour les adresseurs potentiels et auprès des usagers (livret d'accueil, site internet...) Messagerie sécurisée 1/ Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée A préciser pour affiner l'objectif Outils de coordination des parcours 1/ S'inscrire dans les travaux de déploiement de la plateforme e-Parcours et plus généralement dans les politiques nationales et régionales de déploiement des systèmes d'information 2/ Poursuivre les travaux au sein du GHT afin de disposer de logiciels interopérables sur le territoire	- Taux de résidents avec un DMP - Si télé médecine : nombre télé-expertise et/ou téléconsultations réalisées / an - Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an - % de résidents admis par via trajectoire - Taux de professionnels disposant d'une MSS - Existence d'une messagerie sécurisée	2022-2026			
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte	1/ Communiquer sur le protocole des entrées directes dans les services d'hospitalisation, sans passage aux urgences (travaux de filière gériatrique), 2/ Poursuivre la formation des agents sur les appels d'urgence 3/ S'inscrire dans le dispositif départemental d'IDE d'astreinte, OU	- Coopération inter établissement - Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences - Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement - Nombre d'interventions de l'IDE (avec déplacement) - Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit - Nombre d'interventions IDE classées par motifs	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
	A/ créer un poste d'IDE de nuit mutualisé	- L'ESMOTION AVEC UN NOMBRE DE BÉNÉVOLES - Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique - Nombre de personnes ayant suivi la formation « appel d'urgence » par an				
	B/ Mettre en place une équipe de nuit mutualisée					
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS	Mettre en place les actions mises en exergue dans le projet d'établissement 2020-2025, le compte qualité, les évaluations internes et externes et le PAQ communication 2020.					
	1/ Développer la communication sur les réseaux sociaux	Communications formalisées sur l'outil retenu	2022-2026			
	2/ Organiser des journées événements	Articles de presse + lettre d'infos Nombre de participants				
	3/ Améliorer et mettre à jour le site internet	Sites internet à jour, audit annuel, refonte de la conception des sites effectuée, Nombre de pages vue, Géolocalisation par session de visite pour connaître la provenance géographique des visiteurs.				
	4/ Développer la communication extérieure via les média locaux sur l'évolution et la modernisation du patrimoine immobilier	100% des événements couverts par un article dans la presse locale				
	5/ Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information grand public dans les cabinets des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux.					
	6/ Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information destinés aux professionnels libéraux	Nombre d'articles de presse Nombre de flyers diffusés				
	7/ Création d'un flyer EHPAD par établissement intégrant la présentation générale des services (CHLJCHVAVAT)					
	8/ Dématérialisation des articles de presse	Nombre de lettres d'information				
	9/ Communiquer sur la réponse aux appels à projets et sur les financements obtenus					
	10/ Pour le CDGI: Poursuivre la communication sur la plateforme de répit et ses actions pour optimiser l'activité: Diffusion du calendrier des activités, des affiches suivant événements, des flyers / Articles presse / organisation et /ou participation à diverses actions	1 projet = 1 affiche=1 article de presse				
11/ Dans le cadre du parcours patient: Rendre le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et autres supports d'information appropriés à la population accueillie ou susceptible d'être accueillie (ex: Créer des supports en gros caractères pour pallier une déficience visuelle)	SSR, EHPAD, SSIAD, USLD, EMG, Accueil de jour, etc.; livrets d'accueil, règlements de fonctionnement et contrats de séjour adaptés et diffusés en cas de déficience visuelle 1 contact = 1 livret d'accueil remis, les autres documents sur demande expresse					
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile	1/ Coordonner les activités d'animation avec les soignants et les bénévoles - Définir la politique commune d'animation - Organiser le partage des ressources afin de capitaliser les pratiques et supports - Développer les actions des bénévoles	- Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents - Nombre de réunions réalisées avec les familles - Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PV) - Nombre de bénévoles intervenant au sein de l'EHPAD	2022-2026			
	2/ Continuer à innover en matière d'animation - Rechercher des partenariats - Développer des activités en interne ou en externe en lien avec les animaux - Faciliter l'accès au multimédia sur les résidents 3/ Ouvrir davantage les établissements vers l'extérieur - Proposer certaines activités aux personnes extérieures - Poursuivre les rencontres intergénérationnelles - Renforcer le rôle des usagers et de leurs familles dans la vie sociale de l'établissement					
3-6 Consolider la couverture départementale en accueil de jour	Création d'un accueil de jour	- Nombre de personnes suivies en accueil de jour au cours de l'année - Nombre de journées « portes ouvertes » réalisées - Nombre de réunions d'information réalisées sur le territoire - Nombre de contacts avec les collectivités locales, les professionnels de santé... - Nombre de partenariats et de conventions avec les SAAD				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents : démarches favorisant le bien-être et le déploiement de dispositifs de signalements précoce en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes						
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	1/ Partage et transmission des connaissances cliniques et diagnostiques des troubles neuro-dégénératifs et des symptômes géro-psycho-geriatriques.	- Nombre de résidents en atelier mémoire par an - Nombre d'ASG en ETP - Nombre d'agents formés aux troubles du comportement - Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	2022-2026			
	2/ Réalisation de réunions cliniques régulières auprès des équipes pluridisciplinaires par une proposition d'échange et d'écoute à propos des difficultés rencontrées dans la prise en charge des résidents atteints de MND et/ou présentant des troubles du comportement. 3/ Création d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés					
4-1 Bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents	Missions liées à la prise en charge psychologique des résidents et de leur famille		2022-2026			
	1/ Recueillir le consentement de la personne âgée à son admission en Ehpad et s'assurer de son consentement tout au long de son accompagnement					
	2/ Réaliser les Projets d'Accompagnement Personnalisés permettant le recensement des besoins, désirs et demandes du résident et ainsi de le relier au cœur de la prise en charge pluridisciplinaire					
	3/ Proposer et effectuer des suivis psychologiques individuels réguliers des résidents sur un long terme					
	4/ Réaliser des évaluations thymiques et cognitives auprès des résidents afin d'aiguiller la pratique des équipes de soins					
	5/ Mettre en place des ateliers thérapeutiques adaptés aux besoins des résidents : ateliers mémoire de simulation cognitive et sociale, sensoriels, art thérapie, musicothérapie, etc.,					
	6/ Participer aux réflexions pluridisciplinaires quant à la prise en soin des résidents ayant des troubles psychiatriques et/ou troubles du comportement, mettre en lien et faire appel, si nécessaire, aux équipes psychiatriques gériatriques, équipes mobiles de gériatrie, services UHR, UCC, USLD, etc.					
7/ Accompagner les familles des résidents en proposant un accompagnement psychologique (entretiens d'entrée, individuels, groupes de parole)						
Missions liées à la prévention						
1/ Réaliser des temps de sensibilisations et de formations auprès des équipes de soins,						
2/ Participer aux réunions pluridisciplinaires liées à la prise en soin des résidents (transmissions quotidiennes, STAFF, réunions EADSP, etc.).						

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
	3/ Proposer et mettre en place des temps d'analyse de pratique en faisant appel à un psychologue extérieur à l'institution, des réunions cliniques interdisciplinaires et des groupes de parole pour les équipes soignantes et d'accompagnement. 4/ Participer aux réunions institutionnelles de réflexion, d'échange et de discussion (CDU, Commissions des Admissions, Comité de bientraitance et de Réflexion Éthique, RETEX, etc.) pour partager une approche transversale, éthique et analytique. 5/ Garantir le temps FIR – Formation Information Recherche 6/ Pouvoir bénéficier de temps de supervision, d'intervention ou d'analyse de pratiques pour éclairer nos accompagnements divers et variés.					
4-2 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires	Prévention de la dénutrition 1/ Maintenir le suivi des indicateurs nutritionnels par l'équipe de diététique du groupe EPAGE 36 2/ Renforcer l'implication des référents nutrition a- Dans le fonctionnement des équipes opérationnelles nutrition, b- Les relations entre les unités d'EHPAD et les services restauration. c- La collaboration avec les diététiciennes dans le recueil des indicateurs de suivi nutritionnels 3/ Maintenir les actions de l'IntraCLAN au niveau des services d'EHPAD 4/ Soutenir la collaboration entre les diététiciennes et les services restauration : outil de suivi de la qualité des repas et de la satisfaction des usagers 5/ Maintenir les actions contribuant à la réduction du temps de jeun (collation nocturne, petit déjeuner en chambre) 6/ Poursuivre le travail engagé sur l'amélioration de la qualité des repas 7/ Elaborer un livret informatif à destination des médecins intervenant sur l'ensemble des établissements du groupe EPAGE 36 Amélioration des soins bucco-dentaires 1/ Organiser un partenariat avec les cabinets dentaires accessibles PMR situés à proximité des structures 2/ Sensibiliser les équipes soignantes 3/ Réaliser des soins bucco-dentaires systématiquement en fonction des besoins des résidents 4/ Contrôler le suivi des soins d'hygiène bucco-dentaire (intégration dans les plans de soins AS et traçabilité)	- Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition - Nombre de résidents dénutris - Surveillance de la courbe de poids - Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments - Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration - Existence d'une convention pour les soins bucco-dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé) - Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire	2022-2026			
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	1/ Elaborer et diffuser un protocole intégrant la prévention des chutes 2/ Systematiser l'évaluation du risque de chute à l'entrée en EHPAD 3/ Proposer des aménagements adaptés en fonction des risques de chute, individualisés mais aussi collectifs dans le cadre des projets de restructuration des locaux. 4/ Intégrer les indicateurs de suivi des chutes dans le suivi des indicateurs de soins. 5/ Procéder à une analyse des chutes en équipe pluridisciplinaire lors de l'élaboration ou de l'actualisation du PAP ou lors d'une modification du nombre de chute pour un résident. 6/ Maintenir une information régulière des proches et des familles sur le risque de chutes 7/ Développer les ateliers d'activités physiques adaptées. 8/ Repérer les résidents forts chuteurs pour proposer des alternatives à la contention lorsque c'est possible. 9/ Améliorer le ratio soignant/résident pour permettre un accompagnement des résidents à risque de qualité. 10/ Tracer systématiquement le suivi des prescriptions de contention et leur réévaluation.	- Protocole de prévention de chutes. - Nombre de chutes prises en charge - Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation. - Nombre de chuteurs à répétition. - Protocole de contention. - Taux de résidents avec contention prescrite. - Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	2022-2026			
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	1/ Mettre en place un double contrôle des piluliers 2/ Déployer la conciliation médicamenteuse 3/ Reconditionner l'ensemble des médicaments en présentation non unitaire ainsi que l'ensemble des fractions de doses 4/ Déployer les protocoles médicamenteux anticipés et les protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers 5/ Mettre en place des formations sur la sécurisation du circuit du médicament à destination des nouveaux arrivants 6/ Mettre en place des formations annuelles à destination des IDE sur la sécurisation du circuit du médicament 7/ Sensibiliser les agents sur le risque d'erreur lié aux interruptions de tâches et créer des groupes de travail afin de mettre en place un plan d'action spécifique 8/ Formaliser la liste des médicaments inappropriés chez le sujet âgé et mettre en place des actions afin de sensibiliser les prescripteurs à ce sujet 9/ Sécuriser le stockage des médicaments et dispositifs médicaux (dispositifs de stockage adaptés, climatisation) 10/ Promouvoir les déclarations de pharmaco et matériovigilance 11/ Favoriser la participation de différents professionnels de santé aux comités techniques de l'OMEDIT Centre-Val-de-Loire 12/ Sensibiliser les prescripteurs sur la juste prescription des antibiotiques (actions de sensibilisation, livret de bon usage des antibiotiques, EPP bon usage des antibiotiques et enquête de prévalence annuelle des antibiotiques, suivi des consommations et des résistances) 13/ Augmenter le nombre de CREX en lien avec la PECM 14/ Déployer les actions d'informations/formations des patients/résidents (fiches d'informations, actions de sensibilisation, éducation thérapeutique)	- Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEPAD). - Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEPAD). - Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés. - Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...) - Présence d'un protocole circuit du médicament - L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ? - Nombre d'écart	2022-2026			
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	1/ Poursuivre la sensibilisation annuelle de l'ensemble des agents de l'établissement et des patients/résidents à la vaccination antigrippale ; le recensement annuel des patients/résidents et des agents volontaires ; la mise à disposition gratuite du vaccin contre la grippe aux agents ; l'organisation de la vaccination des agents directement sur le lieu de travail ; la promotion annuelle de la campagne de vaccination 2/ Diffuser le protocole d'organisation de la vaccination antigrippale dans l'établissement 3/ Réaliser au moins une enquête de prévalence portant sur la grippe saisonnière tous les 3 ans 4/ Surveiller et communiquer les taux de vaccination antigrippale agents et patients/résidents aux services et différentes instances	- Taux de résidents vaccinés contre la grippe - Taux de personnel vaccinés contre la grippe	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2026	
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables	Mieux identifier les EIG et les EIGAS et inciter à leur déclaration pour améliorer leur analyse	- Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration d'EIG - Protocole de déclaration des EIG - Re-sensibilisation de l'ensemble du personnel - Suivi du nombre d'EIG déclarés - Communication du bilan annuel - Répertoire l'ensemble des personnels formés au CREX et les inclure dans les réunions - Nombre de RETEX formalisés	2022-2026			
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	1/ Développer l'utilisation de Via-Trajectoire 2/ Optimiser le fonctionnement de la commission d'admission 3/ Actualiser, communiquer et s'assurer de l'application de la procédure de recherche de consentement 4/ S'assurer de la remise du livret d'accueil et de son explication systématique auprès du résident et/ou de son représentant légal 5/ Désigner un référent pour l'accompagnement des professionnels dans le cadre de la recherche du consentement, le suivi et la gestion des problématiques relatives à la présentation des informations sur les droits du résident : persona de confiance, directives anticipées... 6/ Développer l'accompagnement administratif des familles/résidents par le service AGS (demande d'aide sociale, demande de mesure de protection, etc.)		2022-2026			
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS	1/ Pérenniser le Comité éthique et bientraitance 2/ Communiquer autour des travaux du comité éthique et de bientraitance 3/ Organiser une formation commune à la consolidation des compétences des référents 4/ Formaliser et transmettre des lettres de missions et feuilles de route pour les référents 5/ Organiser le tutorat sur l'apprentissage des pratiques en bientraitance au recrutement 6/ Evaluer et généraliser les bonnes pratiques via le comité éthique bientraitance	- Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année. - Nombre de réunions d'information sur la bientraitance. - Rythme des réunions du comité bientraitance	2022-2026			
4-9 Améliorer la traçabilité et la qualité de l'entretien du linge et de l'entretien des locaux	1/ Mettre en adéquation les moyens AS au regard des besoins de la prise en charge en EHPAD 2/ Engager une réflexion afin de faire évoluer les organisations de travail 3/ Définir et formaliser l'organisation de travail pour chaque résidence 4/ Redéployer le temps de travail des ASH après analyse des besoins organisationnels de chaque résidence 5/ Elaborer les fiches de poste (agent hôtelier, conseiller hôtelier) 6/ Identifier et prévoir les moyens nécessaires en équipement, en formations, ... 7/ Mettre en œuvre la nouvelle organisation 8/ Evaluer le dispositif et mettre en place les actions d'amélioration	- Ratio ASI/ASH - Taux d'encadrement soignant	2022-2026			
4-10 Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA)	1/ Identifier le besoin fonctionnel en pratique avancée pour l'établissement 2/ Intégrer la formation IPA au plan de formation 3/ Construire le projet professionnel avec l'agent 4/ Organiser le départ en formation IPA à but d'acquisition de compétences 5/ Mener une réflexion et définir le cadre d'intervention de l'IPA 6/ Rédiger la fiche de poste 7/ Intégrer les IPA dans le fonctionnement de l'établissement 8/ Communiquer auprès des résidents et des familles sur le dispositif 9/ Mettre en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre médecins et IPA 10/ - Articuler les pratiques du médecin traitant et celles de l'IPA pour pallier l'insuffisance de temps médical	- Nombre d'IDE formées aux pratiques avancées - Nombre de résidents suivi dans le cadre de la pratique avancée - Nombre et nature des prescriptions réalisées	2022-2026			
4-11 Maîtrise du risque infectieux	1/ Poursuivre la politique de sensibilisation à la vaccination (grippe, COVID-19, rougeole, etc.) auprès des résidents et des agents en organisant des sensibilisations annuelles dans chaque unité 2/ Développer les formations et les sensibilisations en hygiène à destination de l'ensemble des agents de l'établissement mais aussi des résidents 3/ Suivre et gérer les épidémies 4/ Suivre le bon usage des antibiotiques 5/ Apporter l'expertise en hygiène dans la gestion du réseau d'eau (dont prévention du risque légionelle), du circuit des déchets, du circuit du linge et pour la gestion des travaux 6/ Accompagner le suivi et la gestion des AES 7/ Participer aux enquêtes annuelles (consommation des antibiotiques et suivi des résistances, bactériémies, consommation de solution hydro-alcoolique) 8/ Répondre aux indicateurs annuels du bilan LIN 9/ Participer à la rédaction des carnets sanitaires et classeurs HACCP 10/ Superviser la réalisation des contrôles microbiologiques des surfaces (cuisines, salles de soins, offices, etc...) 11/ Réaliser annuellement des audits de pratiques 12/ Réactualiser annuellement le DAR 13/ Participer aux inter-CLIN, inter-CAI 14/ Participer aux réunions régionales du RHC-CPIAS 15/ Participer aux réunions de la cellule hygiène du GHT	- Consommation annuelle en antibiotiques (en DDJ/1000 JH) - Nombre d'HDM/24h/résident EHPAD	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)	Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025
16/ Compléter et réactualiser l'ensemble de la gestion documentaire en lien avec le risque Infectieux					
Ressources Humaines – accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail					
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	Projet social et managérial du projet d'établissement 2020/2025				
	1/ Maintenir les acquis et l'autonomie des résidents par le recrutement de compétences en activité physique adaptée				
	2/ Développer les pratiques avancées en lien avec la réduction des hospitalisations évitables				
	3/ Tendre vers l'augmentation du temps médical salarié en remplacement du temps médical défilant				
	4/ Renforcer le temps médical partagé				
	5/ Garantir la coordination des actions dans le cadre du plan de formation				
	6/ Renforcer le rôle de l'encadrement de proximité notamment dans la diffusion des compétences acquises en formation				
	7/ Fidéliser les personnels en favorisant l'accès à la promotion professionnelle				
	8/ Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelles en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service				
	9/ Garantir une planification conforme aux organisations définies,				
	10/ Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail,				
	11/ Partager les compétences et valoriser les expertises,				
	12/ Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi				
	GPMC (Politique de recrutement, stratégie d'accompagnement des parcours de professionnalisation, ...)				
	1/ Former des infirmiers en pratiques avancées				
2/ Constituer un réseau d de référents et d'experts sur des thèmes identifiés					
3/ Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelle en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service			2022-2026		
4/ Améliorer le ratio ASI/ASH pour atteindre 70% d'AS					
5/ Définir et négocier une politique de mobilité interne et externe (groupe EP/AGE 36)					
6/ Organiser les modalités de "transfert de compétences" en cas de formation spécifique					
7/ Favoriser l'accès à la promotion professionnelle notamment sur les métiers rares					
8/ Anticiper les départs afin d'avoir moins de difficultés pour les recrutements					
Continuer à améliorer la qualité de vie au travail (Cf. processus et politique QVT)					
1/ Garantir une planification conforme aux organisations définies					
2/ Partager les compétences et valoriser les expertises					
3/ Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail					
4/ Renforcer le développement de la culture gériatrique pour les personnels soignants notamment par la connaissance croisée des métiers					
5/ Harmoniser le positionnement des cadres					
6/ Positionner l'IDE dans l'équipe soignante					
7/ Organiser les changements de service ou d'équipe de soins à une fréquence définie en privilégiant le volontariat					
8/ Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi					
9/ Mettre en œuvre le plan égalité professionnelle					
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	1/ Mise en place du Rapport Social Unique	- Rapport Social Unique (RSU)	2022-2026		
Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)					
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants	1/ Restructurer les services d'EHPAD qui ne répondent pas aux normes de confort hôtelier et de prise en charge actuelles 2/ Adapter les locaux à l'évolution des pathologies des résidents accueillis (PASA, accueil de jour) 3/ Moderniser et mettre aux normes les bâtiments pour assurer une meilleure qualité de prestations 4/ Améliorer les performances énergétiques des bâtiments	- Agrandir les offices alimentaires - Transformer pour réutilisation les locaux de l'ancienne cuisine	2022-2026		
6-2 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile	Développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.		2022-2026		
6-3 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel	Créer une porte d'entrée unique pour toutes les prestations que l'on peut trouver dans un EHPAD et constituant un centre de ressources territorial par la création de places d'EHPAD à domicile en transformant des lits d'hébergement permanent		2022-2026		

**CONVENTION D'HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE POUR L'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
« Le Bois Rosier » à VATAN**

ENTRE :

- Le Département de l'Indre, représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental, d'une part ;

ET :

- L'EHPAD « Le Bois Rosier » à VATAN dont le siège social est situé 2, rue Jean Levasseur 36150 VATAN, représenté par Monsieur François DEVINEAU en qualité de Directeur de l'EHPAD « Le Bois Rosier », personne habilitée par le Conseil d'Administration (délibération du 11 septembre 2020) à signer le CPOM et conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, d'autre part.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles L.313-8, L.342-3-1 et D.342-2 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0253 et n° 2018-D-2867 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Le Bois Rosier » à Vatan, d'une capacité totale de 76 places ;

Vu le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Indre (RDAS) ;

Considérant le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2022-2026 conclu entre l'organisme gestionnaire de l'EHPAD « Le Bois Rosier » à VATAN, le Département de l'Indre, et l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire ;

PREAMBULE :

Par arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0253 et n° 2018-D-2867 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD « Le Bois Rosier » à Vatan, d'une capacité totale de 76 places et valant habilitation à l'aide sociale, le Président du Conseil départemental de l'Indre, en application du Code de l'Action Sociale et des Familles, a habilité l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour la totalité de sa capacité, soit 76 lits.

Le CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.313-8-1 CASF, entre l'Organisme Gestionnaire et le Conseil départemental. Les conditions et modalités sont précisées dans la présente convention.

Dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices, il est appliqué les dispositions du chapitre II du titre IV du livre III du CASF. Dans ce cadre, la tarification administrée ne vaut que pour les bénéficiaires de l'aide sociale selon les modalités prévues au CPOM et à la présente convention.

IL EST AINSI CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir la nature et les conditions de mise en œuvre des missions assurées par l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes « Le Bois Rosier » à Vatan au titre de la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale.

ARTICLE 2 : CATÉGORIES DE PUBLICS ACCUEILLIS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement s'engage à accueillir toute femme ou homme âgé d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'incapacité au travail, dont le maintien à domicile n'est plus possible.

L'établissement peut à titre dérogatoire et après autorisation du Président du Conseil départemental de l'Indre, recevoir des personnes de moins de 60 ans.

ARTICLE 3 : NATURE DES ACTIONS ET PRESTATIONS GARANTIES AUX BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Comme pour l'ensemble des résidents, l'établissement doit satisfaire aux normes minimales qualitatives et quantitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cela porte sur :

- un hébergement à temps complet à titre permanent ou temporaire et fournissant, pour chaque résident, à minima, le socle des prestations prévu à l'annexe 2-3-1 du CASF et décrit à l'article 4 du titre 2 du présent CPOM « tarification à l'hébergement », ainsi que le blanchissage du linge des résidents ;
- la proposition et la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant du temps de médecin coordonnateur ;
- la mise en œuvre et le suivi annuel d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident ;
- l'élaboration d'un contrat de séjour pour chaque résident ;
- un environnement architectural adapté et apportant un environnement confortable, rassurant et stimulant, permettant une vie sociale et un accueil des familles. L'établissement doit également disposer d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;
- l'élaboration d'un plan détaillé sur les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

L'établissement garantit également les normes réglementaires de sécurité. Toutes les prescriptions des commissions de sécurité et du service de protection contre l'incendie doivent être strictement observées et doivent être portées à la connaissance du Président du Conseil départemental.

Il doit s'assurer contre tous les risques d'accident pouvant survenir aux personnes âgées qu'il accueille, d'accidents ou dommages qui pourraient être causés par ces personnes et dont l'établissement pourrait être tenu responsable par l'application des articles 1382 et 1384 du Code Civil.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADMISSION ET DE RESERVATION DES PLACES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

4.1 – Admission à l'aide sociale

L'admission à l'aide sociale est soumise à des conditions d'attribution notamment de ressources prévues par le CASF et le RDAS de l'Indre.

Le dossier de demande d'admission à l'aide sociale, constitué des pièces justificatives dont la liste est communiquée par le Département, est déposé au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie du domicile de l'intéressé(e). Dès complétude, il est transmis au Président du Conseil départemental dans le mois suivant son dépôt.

Le dossier d'aide sociale comprend notamment la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire, fixée notamment au vu du livret de famille. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur de leurs ascendants postulant à l'aide sociale.

Après instruction par les services du Département, le Président du Conseil départemental décide de l'admission ou non à l'aide sociale, et en cas d'admission, qui est alors prononcée pour une durée maximale de 5 ans, fixe également la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale.

Aucune somme ne peut être prélevée de la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale sans l'autorisation du Département.

En cas de refus de l'aide sociale par le Président du Conseil Départemental, les frais avancés par le Département sont récupérés auprès du demandeur.

La décision est notifiée à l'intéressé(e) ou à son représentant légal et le cas échéant aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le Département.

En cas de désaccord sur l'obligation alimentaire, le Président du Conseil départemental peut saisir le juge des Affaires Familiales en lieu et place de la personne âgée pour fixer la contribution alimentaire.

L'établissement peut également exercer un recours auprès du Juge des Affaires Familiales, s'il y a lieu, contre les résidents ou contre leurs obligés alimentaires (art. L.314-12-1 du CASF ou L.6145-11 du Code de la Santé Publique).

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée dans les deux mois (délai pouvant être prolongé de deux mois à titre exceptionnel). A défaut, elle prend effet à compter de la date de dépôt de la demande (article R. 131-2 CASF).

Les décisions en cours de validité peuvent faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation. Constitue notamment un changement de situation le fait pour le bénéficiaire de changer d'établissement. La décision d'aide sociale est alors effective à la date du changement de la situation.

La décision peut être également révisée avec répétition de l'indu, s'il apparaît que l'admission a été prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées.

Dans le cas d'une demande de renouvellement de la prise en charge des frais d'hébergement, la décision prend effet à la date d'expiration de la précédente prise en charge.

4.2. Rappels concernant la pré-admission à l'aide sociale

Pour toutes les personnes qui font une demande de prise en charge à l'aide sociale, l'établissement est tenu d'effectuer la récupération de 90 % des ressources de toute nature, ainsi que de l'allocation logement en totalité, dans l'attente de la décision relative à la prise en charge au titre de l'aide sociale. Le montant minimal des ressources du bénéficiaire laissées mensuellement à sa libre disposition ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (article R.232-34 du CASF) et/ou à 30 % du montant mensuel de l'allocation adulte handicapé (article D.344-34 et suivants du CASF).

Pendant cette période, il ne peut être réclamé à l'intéressé(e), à sa famille ou à quiconque un paiement complémentaire.

Si une caution est demandée à l'entrée en établissement, celle-ci ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée (art. R.314-159 du CASF).

L'aide sociale ne prend en aucun cas en charge les éventuels frais de réservation pour la période précédant l'entrée en établissement (art. R.314-149 du CASF).

4.3. Conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Dans le cadre de sa procédure d'admission, l'établissement doit donner la priorité aux bénéficiaires de l'aide sociale. En tout état de cause, l'établissement ne peut refuser l'admission d'une personne bénéficiaire de l'aide sociale sauf pour raisons médicales.

ARTICLE 5 : MODALITES DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX ET SOUTIENS SOCIAUX AUX FINS DE FACILITER L'ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement doit mettre en œuvre les partenariats nécessaires ainsi que les actions d'information, la documentation et les procédures coordonnées afin de faciliter l'admission des bénéficiaires à l'aide sociale. Ce dispositif devra être énoncé dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement. L'organisme gestionnaire tiendra régulièrement informés les services du Département de l'Indre des modifications qui pourront être apportées. Il transmettra également tous les conventionnements conclus dans le cadre de ce dispositif.

ARTICLE 6 : REGLES RELATIVES A LA TARIFICATION DES RESIDENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

La prestation d'aide sociale légale permet la prise en charge par le Département des frais d'hébergement de la personne âgée ne pouvant assumer ces coûts avec l'aide de leurs obligés alimentaires.

La participation financière du Département de l'Indre s'adresse uniquement aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre.

6.1. Règles de calcul

Le montant de la prise en charge par le Département est calculé sur la base des tarifs journaliers hébergement et dépendance GIR 5-6 arrêtés par le Président du Conseil départemental.

Les modalités de calcul de la tarification applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale sont décrites à l'article 4 du titre 2 du CPOM pour la tarification de l'hébergement et à l'article 2 du titre 2 du CPOM pour la tarification de la dépendance.

6.2. Modalités de facturation des tarifs

Les tarifs sont payés à terme à échoir en application de l'article R.314-186 du CASF.

L'établissement est tenu d'informer le Conseil départemental de toute absence dans un délai maximum de 48 heures.

L'établissement, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, facture le jour d'entrée ainsi que chaque jour de présence, sous réserve des dispositions suivantes. Il ne facture pas le jour de sortie. Le jour du décès peut être facturé.

Absences pour hospitalisation : Lorsqu'une personne âgée hébergée est hospitalisée, il est procédé à une diminution du montant du forfait hospitalier sur le prix de journée hébergement de l'établissement au-delà de 72 heures d'absence. Cette minoration est déduite de la participation de l'aide sociale. Ce dispositif s'applique pendant une durée qui ne peut excéder 30 jours consécutifs d'hospitalisation pendant laquelle la place de la personne âgée est conservée par l'établissement. Au terme du délai de 30 jours, aucune facturation ne peut être adressée au Département de l'Indre et la personne âgée retrouve l'intégralité de ses ressources. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour hospitalisation (article R.314-178 du CASF).

Absences volontaires ou pour vacances : Pour les absences de courtes durées égales ou inférieures à 72 heures (samedis, dimanches, jours fériés, autres), le tarif hébergement est facturé lorsque le lever ou le coucher a lieu dans l'établissement. Toute personne âgée hébergée à titre permanent peut s'absenter temporairement pour des vacances dont la durée ne peut excéder 35 jours au cours d'une année civile. À son retour, la personne âgée retrouve sa place ou son logement dans l'établissement. Pendant son absence, l'établissement peut utiliser la chambre en dépannage. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour convenances personnelles à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour (article R.314-178 du CASF).

6.3. Modalités d'encaissement

Pour les établissements accueillant des résidents à titre permanent : le Département encaisse le montant net des ressources du bénéficiaire, et des sommes dues au titre de l'obligation alimentaire, après déduction des charges autorisées et du montant minimum à laisser à disposition du bénéficiaire.

Pour les établissements accueillant des résidents à titre temporaire : le Président du Conseil départemental fixe la part à la charge de l'aide sociale dans la limite du plafond constitué par le tarif hébergement temporaire de l'établissement, multiplié par la durée du séjour dans la limite de 90 jours, renouvelable une fois par période de 12 mois, en tenant compte des ressources de la personne et de celles de ses obligés alimentaires, et de son droit éventuel à l'APA.

Dans le cadre d'un hébergement à titre temporaire, la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires est recouvrée directement par l'établissement. La prestation d'aide sociale est payée au bénéficiaire ou à l'établissement sous réserve de l'accord de la personne.

6.4. Modalités de revalorisation des montants

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance (notamment celui afférent au GIR 5-6) sont fixés et revalorisés selon les modalités prévues dans le CPOM aux articles 4 et 2 du titre 2 et au vu des documents budgétaires et comptables également visés dans ce contrat.

ARTICLE 7 : DUREE, CONCILIATION ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION

7.1 – Durée de la convention

La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale est conclue pour une durée maximale de 5 ans (article L. 342-3-1 du CASF).

7.2 – Renouvellement ou prolongation de la convention

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention peut être renouvelée ou prolongée, en parallèle des négociations pour le renouvellement du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

ARTICLE 8 : RETRAIT DE L'HABILITATION

L'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour l'un des motifs suivants (article L.313-9 du CASF) : évolution des objectifs et des besoins, méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention, disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus, charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

Si l'établissement ne prend les mesures nécessaires pour respecter les dispositions requises comme demandé par le Département, l'habilitation est alors retirée dans un délai de 6 mois pour tous les motifs évoqués, sauf pour celui du non-respect des objectifs et des besoins qui entraîne le retrait de l'habilitation dans un délai d'un an.

L'abrogation de l'arrêté portant habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est dûment notifiée à ce dernier et vaut résiliation de la présente convention d'habilitation.

ARTICLE 9 : CONTENTIEUX

Les contestations susceptibles de s'élever entre le Département de l'Indre et l'établissement au sujet de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sont portées devant le tribunal administratif de Limoges, 2, cours Bugeaud – CS40410 - 87011 LIMOGES Cedex.

Fait en 3 exemplaires
à *Chateauroux*
le *04/04/22*

Le représentant de l'organisme
gestionnaire
Le Directeur,

The image shows a blue ink signature of Monsieur François Devineau. To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text 'APAD LE BOIS ROSIER VATAN' at the top, 'INDRE' at the bottom, and a central emblem featuring a landscape with a tree and a star.

Monsieur François DEVINEAU

Le Président du Conseil départemental
de l'Indre

The image shows a blue ink signature of Monsieur Marc Fleuret, consisting of a large, stylized loop followed by a horizontal line and a short vertical stroke.

Monsieur Marc FLEURET

4. SYNTHÈSE



SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION EXTERNE EHPAD et SSIAD de Vatan EP'AGE 36

La synthèse a pour objectif d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement en tenant compte de son environnement.

Cette synthèse reprend les constats opérés par l'évaluateur externe qui permettront de déterminer les tendances (points forts/points faibles).

Introduction

- **I1- Démarches d'évaluation interne mise(s) en œuvre par l'établissement : 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'évaluation interne s'est déroulée sur le 2ème semestre 2018 et début 2019.

L'EHPAD et le SSIAD ont utilisé deux référentiels différents, chacun adapté à son type de structure.

Les référentiels permettent de distinguer des observations, constats, d'y inscrire le niveau d'atteinte du critère. Un calcul de notation est réalisé (A/B/C/D). Des éléments de preuves peuvent y être indiqués.

Suite aux groupes de travail, le service qualité a défini une analyse permettant de distinguer les points forts et les axes d'amélioration servant de base au plan d'action élaboré début 2019.

Un rapport définitif a été formalisé puis transmis aux autorités en avril 2019.

Suite à cette démarche d'évaluation interne, le service qualité a formalisé un plan d'actions couvrant la période 2019 à 2023.

Ce plan d'actions a été intégré au PAQ global pour être suivi dans le cadre de la démarche d'amélioration continue, notamment via les revues de processus qui ont lieu deux fois par an.

Un point sur l'avancement des actions de l'EHPAD et du SSIAD est réalisé à minima deux fois par an avec le responsable qualité.

Le service qualité a développé un référentiel prenant en compte les RBPP, qui couvre l'ensemble des dimensions d'un EHPAD validé en COPIL Qualité.

Celui-ci traite de 7 thématiques :

- o Garantie des droits individuels et collectifs
- o Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents
- o Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne
- o La personnalisation de l'accompagnement (PAP, animation et vie sociale)
- o L'accompagnement de la fin de vie
- o Le management de l'établissement
- o La gestion des données du résident

Au total, ce sont 24 thèmes, 72 objectifs et 349 critères qui ont été étudiés.

Un groupe de travail spécifique à l'évaluation interne s'est réuni pour traiter des thématiques, à l'exception de celle sur le management qui a fait l'objet d'un groupe de travail spécifique inter-établissement en octobre 2018.

Le groupe de travail pluri-professionnel était composé des directions, responsables qualité, responsable service accueil et gestion des séjours médecin coordonnateur, psychologue, ergothérapeute, animatrice, cadre de santé, IDE, AS, ASH, AMP, représentant du personnel et des usagers.

Le groupe relatif au management était composé de la Direction, de l'adjointe au directeur, de la cadre supérieure de santé et des responsables technique, restauration, RH et qualité.

Pour le SSIAD, le référentiel UNASSI a été utilisé par l'établissement ; il comporte également 7 axes d'évaluation correspondant aux recommandations de l'ANESM.

Un plan d'action qualité a été élaboré pour l'ensemble des SSIAD avec des spécificités par axe pour chaque SSIAD. Ainsi, certains sujets comme l'uniformisation des outils dans le dossier de l'utilisateur ont été travaillés de manière globale pour l'ensemble des SSIAD.

→ **I2-Modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'ANESM par l'établissement**

Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) ne font pas l'objet d'une présentation directe aux agents.

Cependant, les RBPP sont diffusées aux agents au travers des outils développés, protocoles et procédures, grilles d'évaluations utilisées.

Les référents hygiène, nutrition, douleur identifiés dans la structure diffusent les informations sur les bonnes pratiques au sein des services. Le médecin coordonnateur est très investi dans ce rôle de prévention au sein de l'établissement, suite à son diplôme de médecin coordonnateur et ses DU (Nutrition et Douleur notamment).

Concernant les médicaments, des outils et guides spécifiques sont mis à disposition (VIDAL, livret thérapeutique gériatrique, guide de l'antibiothérapie, guide de durée de conservation des formes multi doses après ouverture, liste des comprimés écrasables, guide de reconstitution et urée de stabilité des médicaments injectables...).

A/ Conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement et organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

→ A1- Projet d'établissement : actualisation, pertinence au regard des missions de l'ESSMS, déclinaison de l'objectif central en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Un projet d'établissement a été formalisé pour l'ensemble des établissements et services rattachés au Groupe EP'AGE 36. Un groupe projet a été mis en place afin de piloter la démarche, appuyé par un cabinet de conseil spécialisé (Evocare).

La démarche conduite en 2019 a permis d'aboutir à un projet d'établissement pour la période 2020-2024. Celui-ci a été validé auprès du Conseil d'Administration.

Ce projet concerne donc les EHPAD et les SSIAD des Centres Hospitaliers de Valençay, Levroux, de l'EHPAD de Vatan et du Centre Départemental Gériatrique de l'Indre.

Le contenu du projet d'établissement s'appuie sur la recommandation de l'ANESM puisqu'il comprend :

- o Une partie descriptive de présentation de l'établissement avec l'histoire, les missions, les valeurs, le fonctionnement, les moyens, les principes d'intervention...
- o Une partie analytique (diagnostic stratégique avec analyse de l'activité et analyse de l'environnement),
- o Une partie projective avec des perspectives et axes de progrès découpée en différentes parties (projet médico-soignant, social et managérial, gestion, SI et qualité, animation / vie sociale, architectural).

Les services rattachés aux établissements doivent désormais formaliser un projet de service en déclinaison de ce projet groupe courant d'année 2020. Cette démarche est pilotée par la direction qui a présenté la méthodologie et le calendrier d'élaboration auprès des différents établissements.

L'EHPAD de Vatan a été rattaché au groupe EP'AGE 36 en 2014. Il bénéficie depuis d'un modèle d'organisation semblable aux autres structures du groupe EP'AGE 36 et de professionnels ressources en commun (le directeur des ressources humaines, le responsable qualité, IDE hygiéniste, diététicienne, etc.).

Les professionnels de Vatan ont été sollicités dans l'élaboration du projet d'établissement 2019.

Le projet EP'AGE 36 comporte une analyse des besoins du territoire régionale, départementale, complétée par une analyse documentaire afin d'analyser l'activité actuelle (rapports d'activité N-1, anciens projets d'établissement, CR du CVS, ...) et d'une analyse des entretiens réalisés sur chaque site.

Ces analyses sont enrichies par une évaluation des précédents projets d'établissement de chaque site. Pour chaque structure, le bilan précise les objectifs atteints ou non atteints.

Cette analyse permet de s'appuyer sur un diagnostic interne et un diagnostic externe utilisés pour identifier les besoins, attentes, forces et faiblesses (SWOT) afin de définir les orientations stratégiques. L'axe fort du projet EP'AGE 36 s'articule autour de la mise en œuvre d'un pôle gériatrique ouvert sur l'extérieur.

Un groupe projet a été mis en place afin de piloter la démarche de formalisation du projet d'établissement appuyé par un cabinet conseil.

Le projet EP'AGE 36 a été élaboré en associant des professionnels des différents établissements ayant ainsi permis une démarche participative et permettant une représentativité des différents sites.

Tout au long de la démarche, l'établissement a régulièrement communiqué auprès des usagers et professionnels via les instances et lettres d'informations (CVS, lettre d'information usagers notamment).

Un plan de communication prévoit la réalisation d'une information générale auprès des professionnels sur les orientations et axes du projet 2020-2024. Des assemblées générales sont programmées sur les mois de février et mars 2020 sur chacun des établissements du groupe.

L'EHPAD de Vatan a programmé une présentation aux différentes instances sur le mois d'avril 2020 : CHSCT, CVS et Conseil d'Administration.

Afin de faciliter l'appropriation du projet par les équipes, les établissements diffuseront une synthèse papier et informatique dans chaque service. En outre, un exemplaire papier du projet sera mis à disposition sur chaque site à destination des résidents et partenaires (bénévoles, ...).

La formalisation du projet contient des fiches actions avec identification de pilotes et d'échéances, ce qui permettra d'en faciliter le pilotage et le suivi. Ces actions sont intégrées dans le PAQ. Ainsi une évaluation annuelle est réalisée notamment dans le cadre des revues de processus.

Les orientations sont pertinentes au regard de l'activité et du fonctionnement des établissements et services. Elles sont notamment axées sur la spécialisation autour de la gériatrie par la construction d'un géronto-pôle départemental.

EHPAD :

Le projet de service de l'EHPAD devra prévoir de prendre en compte la particularité de l'unité de vie sécurisée ainsi que son organisation. Ainsi des objectifs spécifiques à cette unité pourront être identifiés et suivis.

L'EHPAD de Vatan a pour objectif de réinvestir les petits salons ouverts afin d'en faire des lieux de vie grâce à des animations spécifiques (salon lecture, salon belote/scrabble, ...). A cette fin, l'établissement pourra s'appuyer sur les bénévoles.

SSIAD :

L'existence d'un processus dédié au SSIAD facilite la spécificité des objectifs quand à cet accompagnement à domicile.

La particularité du SSIAD de Vatan réside dans sa petite taille qui lui confère un positionnement de proximité avec la population du territoire. Ainsi, les ressources du groupe EP'AGE 36 dont bénéficie le SSIAD sont un atout dans l'amélioration de son organisation et la professionnalisation de son activité.

Il est prévu que le projet de service de Vatan valorise les particularités du SSIAD.

→ A2- Adaptation entre les missions et les ressources humaines, financières et matérielles mobilisées et celles de son territoire d'intervention

Le groupe EP'AGE 36 bénéficie d'une direction commune aux 4 établissements : CDGI, CH de Valençay, CH de Levroux et EHPAD de Vatan.

Dans ses fonctions, le Directeur Général est secondé par des adjoints en charge de plusieurs missions :

- o Affaires économiques, logistiques, travaux et développement durable
- o Services de soins et hôteliers - Coordination de la gestion des risques associés aux soins
- o Ressources humaines, relations sociales et affaires médicales
- o Stratégie, système d'information, qualité, coopérations et usagers
- o Affaires financières, accueil et gestion des séjours et contrôle de gestion
- o Directions de sites de Valençay, Levroux et Vatan.

Un CODIR est réalisé tous les 15 jours réunissant le directeur général et ses adjoints.

Les directions de site disposent d'une délégation de signature concernant notamment la gestion courante (courriers, bordereaux de transmission, ...), les contrats RH (contractuels).

L'EHPAD de Vatan est sous la responsabilité d'une adjointe au directeur qui pilote l'EHPAD et le SSIAD. Une IDEC supervise l'EHPAD. Une autre IDEC supervise le SSIAD.

Les IDEC participent aux réunions organisées avec les autres cadres de santé par le groupe EP'AGE 36.

Une équipe administrative intervient pour l'EHPAD et le SSIAD : deux agents administratifs se partagent l'accueil, la gestion des séjours, l'économat et la facturation. Les ressources humaines sont assurées par la direction dédiée au CDGI/groupe EP'AGE 36. Le directeur adjoint aux ressources humaines du groupe EP'AGE 36 réalise une permanence sur l'EHPAD. Toutefois, les agents ne viennent pas la consulter.

L'établissement accompagne les professionnels au développement de compétences spécifiques à la prise en charge des patients âgés et vulnérables.

Un staff est organisé par la direction de site tous les mois avec les agents administratifs (finances et admission), l'animation, le service technique et les IDEC de l'EHPAD et du SSIAD. Il s'agit d'échanger sur les sujets communs de l'EHPAD et faire lien entre tous en termes de stratégie. La direction attache de l'importance à ce que les dysfonctionnements quotidiens soient traités au fil de l'eau sans attendre le staff.

La gestion financière est assurée par un agent administratif, supervisé par la Direction de site et la Direction des Affaires financières, accueil et gestion des séjours.

Celui-ci rédige, entre autres, les documents comptables selon les échéances réglementaires (EPRD, ERRD).

Le PPI est élaboré suite aux demandes remontées par les différents services et établissements.

Un tableau de bord d'analyse financière suivi mensuellement permet d'obtenir les indicateurs de bonne santé financière et budgétaire de l'établissement.

Des comités stratégiques finances/économat sont organisés par la Direction des Affaires Financières 4 fois par an (selon les échéances comptables).

Chaque établissement du groupe est signataire d'une convention tripartite qui doit évoluer en 2021 en Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Dans cette optique, le Groupe a choisi, en accord avec ses autorités de tarification et de contrôle, d'uniformiser les dates d'évaluations internes, externes et les négociations des CPOM sur les 4 établissements.

L'entrée en vigueur des CPOM est prévue au 1^{er} janvier 2021 après un diagnostic et des négociations sur l'année 2020. Le diagnostic se basera sur des visites sur site par les autorités de tarification ainsi que sur le PAQ de l'évaluation interne et l'abrégé de l'évaluation externe.

Le projet d'établissement du groupe EP'AGE 36 2020-2024 s'ancre dans les objectifs du groupe et des tutelles départementales. L'établissement veillera à coordonner les objectifs du projet avec ceux du CPOM.

EHPAD

Les lits de l'EHPAD de Vatan sont répartis :

- o au sein de l'EHPAD : 65 lits
- o au sein d'une unité sécurisée permettant d'accueillir des résidents avec des troubles du comportement et de l'orientation: 11 lits

Une IDEC supervise les équipes d'EHPAD (dont l'unité sécurisée).

En outre, l'établissement dispose d'équipes d'IDE, AS et ASH présentes chaque jour. L'EHPAD de Vatan propose également des temps d'animateur, de psychologue et de diététicienne (groupe).

Deux médecins coordonnateurs interviennent sur l'EHPAD de Vatan dont l'un partage son temps de travail entre le CH de Levroux et Vatan. Il intervient en réunion pluridisciplinaire, participe à la commission d'admission et réalise les EGS et le Pathos pour l'EHPAD.

Les professionnels intervenant au sein de l'unité sécurisée sont rattachés à cette unité. En cas d'absence, les professionnels de l'EHPAD peuvent intervenir pour assurer les remplacements.

SSIAD

Le SSIAD de Vatan est un SSIAD PA dont la coordination est assurée par une IDEC à temps partiel.

Les soins techniques IDE sont effectués par des IDEL.

Le SSIAD de Vatan ne dispose pas d'IDE salariés mais travaille en collaboration avec des cabinets d'IDE libéraux.

Les tarifs de actes infirmiers issus de la nomenclature ont augmenté depuis décembre 2019 (réglementairement). Or, la dotation du SSIAD n'a pas été revalorisée. Aussi, les IDEL facturent leurs actes sur la base des nouveaux tarifs sans que le SSIAD ne puissent y répondre sur la durée. La direction a sollicité son ARS à ce sujet, sans obtenir d'aménagement d'ici la signature du CPOM.

→ A3- Adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels

Capacité EHPAD :

Lits d'hébergement complet	Lits en unité sécurisée
65	11

Capacité SSIAD :

Places de SSIAD
24

Organisation et effectifs

L'EHPAD de Vatan dispose de 52,5 ETP, répartis comme suit :

Catégorie de professionnel	ETP autorisés	ETP réels
Direction/Encadrement		2,1
Personnel médical d'encadrement		0
Autre Direction/encadrement		2,1
Administration/Gestion		2
Services Généraux		1
Restauration		4
Animation		0,9
Paramédical		22,6
Infirmier		5,2
Aide médico-psychologique		2
Aide-soignant		15,3

Psychomotricien		0
Ergothérapeute		0
Autre paramédical		0,1
Psychologues		0,4
ASH		19
Médical		0,5
Médecin coordonnateur		0,5
Autre médical		0
Autres fonctions		0
TOTAL		52,5

Intervenants

EHPAD

Intervenants	Nombre d'intervenants	Modalités d'intervention (jours d'intervention, sur prescription, etc.)
Médecin traitant libéral	2	Tous les jours en fin de matinée, tous les après-midis le lundi, mardi, jeudi et vendredi
Masseur kinésithérapeute	1	Sur prescription
Orthophoniste	0	
Pédicure Podologue	1	À la demande des résidents
Coiffeur	4	À la demande des résidents
Bénévole	12	En fonction des activités et des propositions des bénévoles

SSIAD

Intervenants	Nombre d'intervenants	Modalités d'intervention (jours d'intervention, sur prescription, etc.)
Masseur kinésithérapeute	1	Sur prescription
Pédicure Podologue	1	Dans le cadre d'une convention

L'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire permettant une prise en charge et un accompagnement global.

La composition des équipes répond aux besoins des personnes accompagnées.

Les diplômes sont, le cas échéant, demandés à l'embauche. Les Ressources Humaines sollicitent également un extrait du casier judiciaire n° 2. Il serait opportun de mettre à jour ce casier judiciaire régulièrement (tous les 2 ans par exemple).

→ **A4- Modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions mises en œuvre pour permettre aux professionnels d'actualiser leurs connaissances et de consolider leurs compétences**

Des organigrammes Direction commune et cellule qualité ont été élaborés pour formaliser l'organisation définie au niveau du groupe.

Un organigramme général pour Vatan (EHPAD + SSIAD) a été formalisé mais ne mentionne pas les noms des professionnels de l'établissement ainsi que des différentes directions supports. Il serait intéressant de détailler cet organigramme avec les noms des personnes des différents services.

Une enquête QVT a été réalisée en 2016 sur les différents établissements composant le groupe EP'AGE 36. A l'issue de cette enquête un plan d'actions a été réalisé sur chaque structure.

Le service RH souhaite développer des enquêtes de satisfaction de type flash plus régulièrement.

Une formation aux RPS a été réalisée auprès des différents professionnels de chaque établissement du groupe EP'AGE 36 ; identifiés comme référents. Ces référents ont ensuite sensibilisé les équipes (sous forme de groupes mixtes) sur la QVT afin de faire émerger les problématiques actuelles.

Chaque professionnel bénéficie d'une fiche de poste disponible via la gestion documentaire. Celle-ci est également remise à chaque nouveau professionnel lors de son embauche.

Les fiches de postes sont identiques sur les différents sites du groupe EP'AGE 36.

Les entretiens de recrutement sont assurés par la direction de site et les IDEC pour l'EHPAD et le SSIAD. Chaque nouveau professionnel se voit remettre un livret d'accueil salarié, la charte bientraitance, la présentation de WHOOG, l'organigramme de l'établissement, sa fiche de poste, Un bordereau indiquant les documents remis est signé à ce moment. Dans le même temps, le professionnel fournit plusieurs pièces sollicitées par l'établissement

L'accueil d'un nouvel agent prévoit un temps de présentation et de visite du service. Un temps de doubleure est également prévu, si cela est envisageable.

Le Directeur Adjoint aux RH et les responsables RH dans les établissements réfléchissent à la mise en place d'une journée d'intégration des nouveaux agents afin de les informer sur le groupe, les RPS ainsi que les différents logiciels (ENNOV, ARCADIS, ...).

Les entretiens d'évaluation sont réalisés annuellement par les IDEC EHPAD ou SSIAD pour les ASH, AS, IDE.

Le personnel technique, les agents administratifs, les IDEC, l'animatrice et la psychologue sont évalués par la direction de site sur Vatan.

Lors des entretiens d'évaluation, les agents transmettent leurs souhaits de formation promotionnelle ou individuelle.

Les IDEC leur proposent également des formations « groupe ». Ces formations sont mutualisées entre les établissements du groupe EP'AGE 36 afin de proposer davantage de sessions et de thèmes à ces professionnels.

Une commission de formation se réunit afin de définir les formations « groupe » à venir et de valider les formations promotionnelles et individuelles des années suivantes.

La construction du plan de formation doit permettre au groupe EP'AGE 36 de bénéficier d'un socle de compétences communes. Ainsi, plusieurs thématiques de formations sont régulièrement dispensées aux équipes comme la nutrition, le bio-nettoyage, la maladie d'Alzheimer, le métier d'IDE référente.

Les professionnels rencontrés lors de l'évaluation externe se disent satisfaits des formations proposées par la structure et le groupe.

L'établissement dispose d'une équipe pluridisciplinaire permettant une prise en charge et un accompagnement global.

La composition des équipes répond aux besoins des personnes accompagnées. (Cf. constats spécifiques).

Les diplômes sont, le cas échéant, demandés à l'embauche. Les Ressources Humaines sollicitent également un extrait du casier judiciaire n° 2. Il serait opportun de mettre à jour ce casier judiciaire régulièrement (tous les 2 ans par exemple).

→ **A5- Dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en œuvre dans l'établissement et les dispositifs de gestion de crise en matière de ressources humaines**

Le DUERP est formalisé et suivi. Il est catégorisé par responsable d'action (RH, formation, RAQ, IDE Hygiéniste, Accueil et Gestion des Séjours, Responsable Achats, Sécurité, service technique). Celui-ci identifie plusieurs catégories de risques, notamment les risques psycho-sociaux. Des actions de prévention y sont prévues avec mention d'échéances.

Des temps de sensibilisation en interne sont réalisés auprès de tous les professionnels. Les cadres sont formés aux bonnes pratiques managériales.

Les professionnels sont associés aux groupes de travail mis en place au sein de l'établissement et des missions de référence existent. L'établissement avait formalisé des fiches missions par type de référence mais fera l'outil afin de disposer d'une fiche mission globale.

→ **A6- Données disponibles au sein de l'établissement 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**

Un rapport d'activité annuel, intitulé rapport de gestion, est formalisé pour chaque site permettant de caractériser la spécificité du public accueilli et de décrire les prestations et actions réalisées. Ce rapport de gestion contient notamment un volet médical et un volet animation.

En outre, le logiciel ARCADIS et le dossier informatisé permettent de tracer les ressources mobilisées pour l'accompagnement de chaque personne accueillie.

→ **A7- Cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opérationnels déclinés par l'établissement**

Les objectifs contenus dans les projets personnalisés sont définis en cohérence avec les possibilités de l'établissement. Le travail de réflexion engagé autour des projets personnalisés permettra aux équipes de se focaliser sur quelques objectifs à suivre par résident.

B/ Ouverture de l'établissement sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

→ B1- 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'établissement à l'évolution de son environnement

Des conventions de partenariats sont formalisées dans différents domaines afin de développer des partenariats nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des usagers :

- Conventions inter-établissements EP' AGE 36 notamment orientées sur des mutualisations de moyens
- Conventions avec le CH de Châteauroux dans le cadre de la filière gériatrique
- Conventions avec les écoles pour l'accueil d'étudiants, conventions avec les bénévoles (VMEH, ALAVI) et associations intervenants dans le cadre d'activités d'animation (chiens visiteurs, écoles pour réalisation d'échanges intergénérationnels...), conventions avec différents services pour assurer des prestations en lien avec la santé et l'accompagnement des résidents (optique, dentaire...)

Des bénévoles interviennent dans la structure afin d'assurer une visite auprès des usagers isolés. Il est prévu que la psychologue les sensibilise aux troubles du comportement afin de leur permettre de mieux appréhender certaines situations.

Une commission bénévole est organisée une fois par an afin de réaliser le bilan de l'année et présenter les projets de l'année à venir. La charte des bénévoles a été actualisée en décembre 2019 et signée début 2020.

L'établissement assure le suivi des partenariats par la formalisation de conventions répertoriées dans un classeur ; un tableau récapitulatif recense les différentes conventions signées en précisant notamment l'objet de la convention et le public concerné, la date de signature, la date d'effet, la durée et les modalités d'évaluation.

Tous les professionnels de santé libéraux n'ont pas signé les contrats de collaboration (kinésithérapeutes par exemple). Pour autant, l'établissement veille à un fonctionnement harmonieux avec ceux-ci par un travail continu afin de maintenir les bonnes relations. En revanche, des conventions ont été formalisées avec la quasi-totalité des IDEL intervenant sur l'EHPAD et le SSIAD.

Il n'existe pas à ce jour de convention avec la pharmacie alors qu'elle est la seule partenaire sur le secteur. Il serait intéressant de rendre concret, par la signature d'une convention, les modalités de coordination entre l'EHPAD et la pharmacie et d'échanger sur les attentes respectives de chacun au regard de la prise en charge médicamenteuse du résident.

Un projet est actuellement en cours avec l'équipe du CODESPA pour la formation d'agents (EADSP 36) et la création d'un protocole de prise en charge individuelle des personnes en soins palliatifs. Ce protocole est en cours de tests et de réajustements. Il consiste à centraliser l'ensemble des informations relatives au patient en fin de vie à destination de l'ensemble des intervenants et services qui concourent à la prise en charge de la personne et ainsi éviter les pertes d'informations mais également anticiper les directives. Ce document est rempli en lien avec le médecin traitant et la famille.

Une convention avec l'HAD de Vierzon est en cours de signature pour la prise en charge des résidents de l'EHPAD. Elle est signée avec le SSIAD. Elle permet en cas de dégradation de l'état de santé de la personne âgée, d'assurer un relai de prise en charge et un maintien au domicile.

Il est à noter que la commission de coordination gériatrique ne se réunit plus, en raison de l'absence de professionnels de santé libéraux. Il est néanmoins prévu de renouveler celle-ci en 2020. L'établissement pourrait communiquer sur ces modalités d'organisation et de fonctionnement auprès des libéraux lors de la commission de coordination gériatrique.

Les établissements du groupe EP'AGE 36 sont membres du Groupement Hospitalier du Territoire (GHT) de l'Indre.

Un représentant de la Mairie de la commune de Vatan est présent dans les grandes manifestations de l'établissement ainsi qu'à l'occasion du conseil d'administration de l'EHPAD et les assemblées générales.

Le groupe est reconnu pour sa spécificité gériatrique et dispose de plusieurs typologies de services : EHPAD, SSIAD, PASA, UHR, accueil de jour, EMG, plateforme de répit, USLD, SSR, lits dédiés aux soins palliatifs.

Les 4 établissements sont impliqués dans la filière gériatrique et développent des projets et des coopérations.

Le CDGI porte notamment :

- une équipe mobile de gériatrie intervenant sur l'ensemble du département (EMG ETRE INDRE) au domicile des personnes âgées et en établissement.
- Une plateforme de répit pour accompagner les aidants afin de prévenir et lutter contre l'épuisement.

L'EMG et la plateforme entretiennent des liens avec l'ensemble des établissements du groupe.

Le Groupe EP'AGE 36 dispose d'un site internet sur lequel est référencé l'offre de services des 4 établissements.

Une plaquette a été élaborée pour promouvoir le groupe EP'AGE 36.

Chaque service dispose d'un livret d'accueil actualisé. Celui-ci est remis comme support de présentation/communication/information.

SSIAD :

Des partenariats conventionnés pour la plupart, sont mis en place afin de prendre en charge de manière globale les personnes âgées au domicile : cabinets d'IDEL (3 cabinets), des pédicures – podologues, les médecins traitants, les kinésithérapeutes, l'HAD des 3 vallées à VIERZON, les IDE de l'APA au département, l'assistante sociale du CH d'ISSOUDUN dans le cadre de suivis d'hospitalisation et en SSR.

La mise en œuvre d'interventions conjointes avec des services d'aide au domicile (Familles rurales, ADMR, etc.) est conventionnée. Des sensibilisations au domicile sont réalisées auprès des aides à domicile afin de les informer des bonnes pratiques (lève malade, hygiène des mains, ...).

Ainsi l'EMG (Equipe mobile Gériatrique) est généralement sollicitée par le SSIAD de Vatan quand la situation des personnes âgées au domicile exprime des fragilités et que des difficultés de prise en charge se présentent. L'EMG assure les évaluations gériatriques au domicile et est un relai important du SSIAD dans le renforcement et le maintien de la prise en charge au domicile.

Une plaquette spécifique au SSIAD a été développée afin de favoriser sa visibilité sur le territoire. Elle est remise aux bénéficiaires lors de l'accueil ainsi qu'aux partenaires.

→ **B2- Perception de l'établissement par ses partenaires**

EHPAD :

Les différents partenaires contactés dans le cadre de l'évaluation externe témoignent de leurs modalités d'intervention ainsi que de la bonne collaboration avec les différents établissements.

Les partenaires de Vatan mettent en avant la qualité de prise en charge des résidents et/ou personnes âgées au domicile ainsi que la communication développée avec les équipes.

SSIAD :

Les partenaires rencontrés lors de l'évaluation externe mettent en valeur les qualités de coordination ainsi que le professionnalisme du SSIAD de Vatan.

- **B3- Modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'établissement autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions**

Les partenaires n'interviennent pas directement dans la démarche de réalisation des projets personnalisés des résidents. Néanmoins, cette démarche se réalise de façon pluridisciplinaire avec le concours des différents professionnels de l'EHPAD ou du SSIAD.

La réflexion engagée autour de la démarche du projet personnalisé vise à améliorer l'association de la famille et des tuteurs dans cette démarche notamment par leur sollicitation en amont sur la connaissance de la personne (déjà en place) et en aval sur le retour fait quant au projet personnalisé défini (en cours d'amélioration).

SSIAD :

Un classeur de liaison a été élaboré au sein de la filière gériatrique. Celui-ci a vocation à être le seul document au domicile de la personne à destination de l'ensemble des intervenants (SSIAD, IDEL, médecins traitants, SAAD ...).

- **B4- Ressources mobilisées sur le territoire pour maintenir ou faciliter les liens sociaux et de citoyenneté des personnes accompagnées et éléments permettant de développer le caractère accueillant**

EHPAD :

Des sorties sont proposées pour les résidents. Elles sont rendues possibles grâce à l'implication des bénévoles dans l'organisation de ce type d'évènements.

L'EHPAD souhaite redynamiser les projets intergénérationnels avec l'école notamment dans le cadre de la création d'une cabane aux livres destinée à récupérer des livres de tout horizon et de les partager avec les enfants de l'école ou du centre de loisirs, lors de leur venue au sein de l'EHPAD.

Les différentes activités déployées au sein de l'EHPAD permettent aux résidents de maintenir des échanges et liens sociaux.

L'EHPAD a à cœur de proposer aux personnes extérieures de venir découvrir la structure ; cela passe par la mise en place d'un marché de Noël, la réalisation de concerts et le passage d'artistes comme la réalisation d'une exposition en partenariat avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC). Ainsi, une association de Vatan a organisé son exposition au sein de l'EHPAD.

Des temps festifs permettent annuellement d'accueillir les proches des résidents. Un repas des familles est ainsi proposé à chaque début d'été au sein de l'établissement. Il réunit les résidents et les familles. En outre, les bénévoles proposent plusieurs goûters crêpes ou gaufres dans l'année.

Des flyers de l'application Linessie sont mis à disposition des usagers et familles à l'entrée de la résidence. Celle-ci a pour objectif de rétablir le lien entre l'EHPAD et la famille. Ainsi, elle propose une solution qui facilite les relations entre la maison de retraite, les résidents et les familles. Il s'agit d'accéder, sous réserve d'inscription au sein de l'EHPAD, à un site internet présentant les actualités, le programme d'animation et les évènements organisés sur l'établissement. Cet outil peut-être très utile pour l'entourage résidant loin géographiquement. Hormis le programme mensuel d'animation, l'application n'était pas régulièrement mise à jour et peu mise en valeur par la personne en charge de l'animation. Afin d'être pleinement appropriée par les familles, l'EHPAD est invité à actualiser les actualités et valoriser ses actions sur Linessie.

SSIAD :

L'IDEC participe aux réunions de coordination gérontologique qui ont lieu tous les 2 mois, le groupe de coordination des SSIAD de l'Indre tous les 3 mois, les réunions de filière gériatrique, et les réunions SSIAD/HAD au niveau du GHT lui permettant d'échanger sur les relais des prises en charge et favoriser les échanges de pratiques.

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

→ **C1- Outils et méthodes d'observation, de recueil et d'évaluation adaptés permettant à l'établissement d'élaborer les projets personnalisés**

A partir de l'admission du résident, un recueil de données est réalisé en vue d'établir le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et le plan de soins.

L'organisation mise en œuvre sur les PAP laisse à chaque structure la possibilité de construire son PAP comme elle le souhaite.

EHPAD

Un recueil de données est réalisé lors de l'admission puis réajusté dans le mois qui suit l'arrivée du résident en vue d'établir le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

La trame des PAP est en cours de refonte afin d'être harmonisée pour le groupe EP'AGE 36. La trame utilisée ayant été jugée comme axée davantage sur la dimension soin que sur le projet de vie basé sur les souhaits/envies des résidents. Un groupe de travail pluri professionnel (direction de soins, cadres, infirmiers, AS, ergothérapeute, animatrice) a permis la formalisation d'une nouvelle trame. Celle-ci a été testée sur plusieurs services et est en cours d'implémentation dans le logiciel courant du 1er trimestre 2020.

Les soignants référents préparent la rencontre PAP en remplissant la fiche PAP qui comprend les soins ainsi que les besoins des résidents.

Le résident et/ou sa famille sont rencontrés pour reprendre et compléter la fiche PAP.

Les objectifs d'accompagnement du résident sont formalisés lors de cette rencontre.

La fiche du PAP est signée par le résident et/ou sa famille

La fiche EGS est complétée avant chaque réunion staff.

Un staff pluridisciplinaire a lieu tous les 15 jours au sein duquel participent les équipes de soignants, l'IDE, le médecin coordonnateur et la psychologue.

Une planification des staffs (EGS) est réalisée sur l'année avec identification des différents résidents qui seront évalués.

Le PAP est ensuite informatisé sur ARCADIS et une synthèse du staff alimente le dossier du résident.

La psychologue rencontre la personne et la famille, le cas échéant, dans les premiers jours de l'entrée du nouveau résident afin de retracer son histoire de vie. Elle réalise également un bilan cognitif entre 3 à 6 mois en fonction de l'intégration du résident. Ce bilan est réévalué dans le cadre de la réévaluation du PAP.

SSIAD :

A partir de l'admission du résident, un recueil de données est réalisé en vue d'établir le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) et le plan de soins.

Au jour de l'évaluation, le PAP est complété sur le logiciel. Des objectifs sont définis et le PAP formalisé est signé par la résident et la famille / représentant légal.

Dès le début de la prise en charge de la personne par le SSIAD, une aide-soignante est désignée comme référente de la personne. Elle sera chargée de mettre à jour le projet et le DPI au fur et à mesure de la prise en charge.

Un mois après la mise en place de la prestation, l'IDEC retourne au domicile afin de faire le point sur la situation du patient et évaluer si la prise en charge est adaptée.

→ **C2- Modes de participation des usagers 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**

Sur l'EHPAD de Vatan, les personnes accompagnées participent à leur PAP lors du recueil des données et des discussions avec leur référent ainsi qu'avec la psychologue.

Lorsque le PAP est finalisé en staff pluridisciplinaire, il est présenté à la personne pour avis et signature

Un travail est également en cours sur la refonte du rôle du référent résident avec la formalisation d'un support reprenant les différentes missions de celui-ci.

EHPAD :

Un recueil de données est réalisé à l'admission, en lien avec le résident et sa famille ou les tuteurs. La participation des résidents se définira en fonction de leur capacité ou non à y être associé et à y participer.

Les résidents de l'EHPAD de Vatan sont également sollicités dans le cadre de la signature de leur PAP.

Les référents sont vigilants à prendre en compte les demandes des résidents afin d'adapter leur accompagnement à leurs attentes.

SSIAD :

Un recueil de données est réalisé lors de la visite d'évaluation des besoins, en lien avec le bénéficiaire et sa famille ou les tuteurs. La participation des résidents se définira en fonction de leur capacité ou non à y être associé et à y participer. L'idée est également d'améliorer l'information des résidents et familles sur la démarche car celle-ci n'est actuellement pas toujours concrète pour les usagers. L'information et la participation du résident et de son entourage sont importantes dans la réussite du PAP.

→ **C3- 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**

Le logiciel permet de disposer d'une visualisation par code couleur (vert, orange, rouge) de la validité des projets personnalisés. Ainsi, les équipes pouvaient facilement repérer les PAP à actualiser. Afin d'améliorer le suivi et l'actualisation des PAP, la nouvelle procédure prévoit également de simplifier la démarche en définissant 2 à 3 objectifs par résident et pour redonner du sens à la démarche. Ces objectifs sont définis en équipe.

EHPAD :

Une planification de la réévaluation des PAP est réalisée de manière annuelle en cohérence avec l'évaluation des EGS durant les staffs pluridisciplinaires.

A ce jour l'EHPAD de Vatan est à jour dans le suivi de ses PAP.

SSIAD :

Le logiciel permet de disposer d'une visualisation par code couleur (vert, orange, rouge) de la validité des projets personnalisés. Ainsi, les équipes peuvent facilement repérer les PAP à actualiser.

La réévaluation des PAP est prévue de manière annuelle. Au-delà du logiciel, les équipes ont aménagé un tableau reprenant les usagers selon la tournée. Un planning est réalisé de manière à indiquer les PAP à réaliser et à réévaluer sur les prochains mois.

Le plan d'aide est réévalué tous les ans, même en cas d'absence d'évolution. L'IDEC profite de cette réévaluation pour compléter les informations disponibles. Tout refus est tracé.

→ **C4- Modalités permettant aux usagers d'accéder aux informations les concernant**

Les différents outils d'accueil et d'information de la loi 2002-2 sont mis en place :

- Livret d'accueil
- Règlement de fonctionnement
- Contrat de séjour pour l'EHPAD ou DIPEC pour le SSIAD.

L'établissement a annexé au livret d'accueil la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Celle-ci est affichée au sein de l'établissement.

L'information sur les personnes qualifiées est présente dans le livret d'accueil.

Le projet d'établissement est formalisé (chapitre 5.1 du présent rapport).

L'établissement a mis en place plusieurs modes d'expression et de participation pour les usagers : enquêtes de satisfaction, CVS, commission menus et commission animation.

Les modalités d'accès au dossier de l'usager sont mentionnées dans le livret d'accueil. Une procédure groupe est formalisée.

Le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées est mis en place et s'intègre dans la procédure de préadmission où l'information est donnée par le bureau « gestion des accueils et séjours ».

EHPAD

Les différents outils d'accueil et d'information de la loi 2002-2 sont mis en place :

- Livret d'accueil composé de différentes fiches pouvant ainsi faire l'objet d'actualisation spécifique
- Règlement de fonctionnement (actualisé en 2015 après avis du CVS, du CTE et validation par le conseil d'administration) ;
- Contrat de séjour actualisé des tarifs 2019. Le contrat pourrait mentionner dans ses visas le décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et son annexe 2-3-1. De même, le contrat pourra être mis à jour du décret du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en EHPAD.

L'établissement a annexé au livret d'accueil la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Celle-ci est affichée au sein de l'établissement.

SSIAD :

Les différents outils d'accueil et d'information de la loi 2002-2 sont mis en place :

- Livret d'accueil qui pourrait être réactualisé en méthode FALC ou avec quelques images afin de faciliter la lecture et la compréhension du public accompagné ;
- Règlement de fonctionnement (actualisé en 2019 après adoption par le conseil d'administration).
- Document Individuel de Prise en Charge (DIPEC) pour le SSIAD. En cas de changement de prestations, un avenant au DIPEC est réalisé.

Le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées est mis en place et s'intègre dans la procédure de préadmission.

→ **C5- Prise en compte de la perception de l'établissement et de ses missions par les usagers**

Une enquête de satisfaction permet de recueillir la perception des usagers concernant l'établissement (cf. constats spécifiques).

La trame du questionnaire a été uniformisée pour les 4 établissements du groupe.

Néanmoins, il n'y a pas d'analyse comparée entre les années ; cela pourrait notamment être fait lors de l'étude 2020. Une synthèse points forts et point à améliorer est réalisée et des actions d'amélioration ciblées sont définies.

Les résidents et familles rencontrés lors de l'évaluation externe ont pu témoigner de leur satisfaction concernant l'établissement (EHPAD et SSIAD).

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée ; un registre est tenu à jour. Une procédure en décrit les modalités de gestion.

EHPAD :

Une enquête de satisfaction est réalisée en alternant chaque année la cible afin de l'adresser soit aux résidents (réalisée en 2014 ; 2017 ; 2019 en cours d'analyse lors de l'évaluation externe) soit aux familles (réalisée en 2016 et 2018).

L'établissement exclut les résidents qui ne sont pas en capacité de répondre. Le souhait des résidents de participer ou non à l'enquête est respecté. Ainsi, le taux de retour est d'environ 30% permettant une exploitation représentative des résultats. Les résultats sont satisfaisants.

SSIAD :

Une enquête de satisfaction est réalisée depuis 2018 sur une période donnée auprès des personnes prises en charge par le SSIAD. Les résultats démontrent une réelle satisfaction des personnes (98,55%) et on constate une amélioration par rapport à 2018 (96,82%).

Les résultats de ces enquêtes sont remis aux usagers et déposés au domicile par les aides-soignantes.

Les usagers du SSIAD sont conviés une fois par an à la réunion d'expression des usagers organisée une fois par an au niveau de l'EHPAD de Vatan.

L'IDEC réalise également des visites à domicile, ce qui permet également de recueillir les avis des patients et familles sur la prise en charge et l'accompagnement.

→ C6- Modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers ; modalités d'analyse des informations recueillies à partir de cette expression pour améliorer l'accompagnement

L'établissement propose différentes modalités de participation et d'expression collective : CVS, commission animation, commission menus, comité bienveillance, enquêtes de satisfaction résidents/usagers et familles.

Ces différents moyens d'expression démontrent que l'établissement sollicite et associe les usagers au fonctionnement de l'établissement.

EHPAD :

L'établissement a depuis peu pu intégrer des membres des familles au Conseil de Vie Sociale. Suite à un appel à candidature en septembre 2019, le premier « nouveau » CVS a eu lieu en décembre 2019. Ces personnes ont à cœur de pouvoir porter la voix des familles et des résidents au sein de la structure et sont actuellement en cours de prise de fonction. Leurs principales craintes résident dans l'impossibilité de la structure à apporter des réponses au regard des contraintes financières actuelles des établissements pour personnes âgées. Ils ont par ailleurs le souhait de développer leur rôle et le dialogue avec la direction. Il serait intéressant de réfléchir à la mise en place de formations auprès des membres du CVS afin de les accompagner dans la prise de leurs fonctions.

Afin de sensibiliser les résidents au CVS, ce dernier est abordé lors de la construction du PAP. En effet, la participation au CVS peut s'intégrer dans les objectifs d'accompagnement.

Des commissions prévoient également la participation des résidents (commission animation, commission menus, comité bienveillance). Les commissions sont ouvertes à tous, les résidents y sont impliqués.

Ces différents lieux d'expression démontrent que l'établissement sollicite et associe les usagers au fonctionnement de l'établissement.

D/ Garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

→ D1- Modes d'organisation de l'établissement pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité

L'exercice des droits et libertés individuels (L311-3 du CASF) permet/respecte :

- La dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité, la sécurité et le droit à aller et venir librement des résidents,
- Le libre choix et le respect de leurs souhaits,
- Une prise en charge et un accompagnement individualisé favorisant l'autonomie et l'insertion, adaptés aux besoins des résidents et respectant leur consentement éclairé systématiquement recherché,
- L'accès à toute information ou document relatif à leur prise en charge (possibilité d'accès au dossier)
- L'information sur les droits fondamentaux ainsi que sur les voies de recours à disposition (via le règlement de fonctionnement)
- La participation directe des résidents à la conception et à la mise en œuvre de leur projet d'accompagnement.

Le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées est mis en place et s'intègre dans la procédure de préadmission où l'information est donnée par le bureau « gestion des accueils et séjours ».

Le consentement du résident en EHPAD ou de l'utilisateur en SSIAD est recherché lors de l'admission. La démarche a été traitée et abordée en comité bientraitance. Les professionnels sont attentifs aux refus et veillent à les tracer. Pour les personnes non communicantes, l'observation du comportement et la recherche de l'assentiment sont mis en œuvre.

EHPAD :

La liberté de circulation est observée dans les différents lieux de vie en EHPAD.

→ D2- 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 gestion des risques a priori est organisée par la réalisation d'analyses de risques par processus et a posteriori par le traitement et le suivi des FEI.

Cette organisation est structurée et déployée dans chacun des établissements du Groupe.

L'analyse de ces événements permet de faire évoluer les cartographies de risques existantes.

Des formations au circuit de signalement des FEI sont mises en place.

Le DARI a fait l'objet d'une révision le 15 janvier 2020.

Les événements indésirables sont signalés par la réalisation d'une FEI papier aussi appelée au sein de l'EHPAD « fiche d'évènement évitable » pour rendre plus accessible l'outil aux professionnels.

A ce jour il y a peu de signalement au sein de l'EHPAD et de SSIAD de Vatan.

Une charte de signalement responsable a été créée au niveau du groupe et diffusée le 26/07/2019, mais n'est pas remise aux agents.

Les fiches d'évènement évitable sont réceptionnées par l'IDEC qui redirige, le cas échéant, la demande vers la personne pouvant apporter une réponse.

Eventuellement, selon la situation, l'évènement indésirable fait l'objet d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX) afin d'en analyser les causes.

Un bilan des FEI est réalisé, notamment dans le rapport de gestion.

Le groupe EP'AGE 36 a mis en place une politique de bientraitance sur l'ensemble des établissements. A cette fin, divers outils sont mis en place :

- une charte bientraitance a été élaborée en 2017 et est affichée sur chacun des sites. Cette charte est complétée d'un livret définissant les concepts et valeurs déclinés dans la charte.
- des formations relatives à la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont régulièrement organisées.
- des évaluations des pratiques et du parcours résident sont organisés régulièrement.

Un comité éthique et bientraitance a été mis en place au niveau du Groupe afin de traiter des problématiques et réflexions éthiques rencontrées. Ce groupe de réflexion est pluridisciplinaire et inter-établissements permettant ainsi le partage d'expériences et la réflexion partagée.

Une procédure de repérage et de prévention des risques de non-bientraitance a été formalisée. Cette procédure datant de 2014 pourrait faire l'objet d'une actualisation afin de réviser son contenu.

Tout au long des visites et des entretiens sur site, les évaluateurs ont pu apprécier les pratiques bienveillantes des professionnels auprès des résidents.

Le principe en vigueur au sein de l'établissement est le vouvoiement. En cas de souhait de tutoiement, celui-ci doit être tracé dans le DPI.

Les professionnels rencontrés dans le cadre de l'évaluation externe ont mis en évidence l'écoute et la disponibilité de la direction et de l'IDEC en cas de problématique rencontrée au quotidien.

Les dispositifs de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles mis en place participent à l'amélioration continue des métiers et compétences.

De par la difficulté de recrutement d'AS, l'établissement déploie notamment une politique d'accompagnement et de formation des ASH afin de professionnaliser les agents au contact des résidents. Par exemple le CDGI est porteur d'un programme DPC soins palliatifs en lien avec le CODESPA et l'Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs ou propose des programmes DPC sur les gestes et postures, la nutrition...

Les professionnels peuvent exercer des fonctions de référence ; chaque établissement a ainsi désigné des référents sur diverses thématiques (nutrition, douleur, bientraitance...) ; les professionnels participent ainsi aux comités, groupes ou instances inter-établissements (inter-CLUD, comité bientraitance...).

Des groupes d'analyse de pratiques ont été mis en œuvre en 2016. Elles n'ont pas été reconduites depuis.

- **D3- Prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'établissement ; dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques ; modes de concertation avec les usagers utilisés à cet effet ; dans le respect de l'autonomie et des droits de la personne ; mise en place de réunions régulières d'écoute et de partage interprofessionnels**

L'ensemble des risques inhérents à la prise en charge des résidents fait l'objet d'une formalisation (chutes, dénutrition, douleurs, escarres...) et d'évaluations adaptées intégrées au DPI.

Les professionnels disposent des ressources matérielles nécessaires et suffisantes.

Des temps de transmission sont prévus à chaque changement de poste. Ils se réalisent dans des lieux dédiés et adaptés. Ces temps de transmission sont également l'occasion pour les IDEC de transmettre des informations d'ordre général, notamment sur l'actualisation des protocoles, comptes rendus d'instances...

Des staffs pluridisciplinaires ont lieu tous les 15 jours afin d'aborder les situations des résidents.

Les transmissions sont réalisées sur le DPI et permettent aux professionnels via l'utilisation des tablettes d'identifier dès que possible les informations nécessaires à la traçabilité des soins et à l'évolution du projet d'accompagnement.

Un tableau des astreintes administratives et techniques est réalisé et diffusé.

L'établissement adhère au réseau WHOOG permettant de proposer les remplacements à pourvoir, via une application, prioritairement aux salariés de l'établissement.

Les modalités de remplacement sont définies et organisées.

En cas de besoin, les équipes du SSIAD peuvent être mobilisés pour réaliser des remplacements au sein de l'EHPAD (notamment en cas de crise : gastroentérite, grippe, etc.).

Les règles de tenue du dossier de l'utilisateur et du DPI sont définies et diffusées. L'EHPAD de Vatan applique cette organisation.

L'EHPAD et le SSIAD ont tous deux informatisés leurs dossiers patients. Ils utilisent un logiciel différent chacun : ARCADIS pour l'EHPAD et APOZEME pour le SSIAD.

Un COPIL SI est mis en place et se réunit 2 fois par an. Une sous-commission spécifique au Dossier Patient Informatisé (DPI) est organisée 3 fois par an afin de gérer l'utilisation du logiciel ARCADIS.

Les logiciels de paie, comptabilité, d'admission et soins sont développés par le même éditeur (Berger Levraut) assurant leur interopérabilité.

La gestion documentaire de Vatan n'est pas informatisée. Le projet de l'EHPAD est de la développer après que le choix du logiciel, actuellement en cours au sein du groupe EP'AGE 36 soit fait. La réflexion d'une gestion documentaire commune est portée au niveau du GHT.

L'EHPAD de Vatan n'utilise pas encore, en l'absence de GED, les FEI informatisées ainsi que les bons de travaux. Cela est prévu avec le développement de l'informatisation.

La démarche de conformité au Règlement Général de Protection des Données (RGPD) est en cours avec la formalisation du registre de traitement prévu pour 2020.

Chaque professionnel souhaitant avoir accès aux logiciels du groupe doit avoir des codes d'accès gérés par le service informatique. Une charte informatique a été formalisée et doit être signée par toute personne utilisant les outils informatiques du groupe.

L'établissement et le service sont autorisés pour un nombre de lits ou places fixés par arrêté. Ils ne peuvent accueillir au-delà de leur capacité.

EHPAD

Des frames de planning ont été élaborées par l'IDEC pour l'ensemble des postes de l'EHPAD : AS, ASH et IDE de journée, de week-end et de nuit.

Ainsi, les IDE sont en 10h en semaine et 12h le week-end. Elles réalisent un week-end toutes les 4 semaines. Il y a systématiquement une IDE de service, avec une 2ème présente quand un renforcement de bureau est prévu. L'IDE de bureau est responsable de l'avancée du travail administratif (réalisation des PAP, sensibilisation en lien avec son domaine de référence, etc.).

Le week-end, chaque IDE a une tâche à réaliser (suivi du chariot d'urgence, gestion des péremptions, commande de matériel, etc.). Un planning des tâches est formalisé.

Concernant les AS/ ASH, ils sont répartis par poste de matin et de soir en fonction du nombre d'IDE et de soignants présents. Ainsi, différents scénarios organisationnels ont été élaborés permettant à chacun de savoir quelles sont ses tâches en cas de besoin et d'adapter l'organisation en cas de crise. Une réflexion est actuellement en cours afin de décaler un temps d'AS plus tôt le matin afin de bénéficier d'un renfort supplémentaire dans l'organisation.

L'EHPAD de Vatan n'organise pas de commission de coordination gériatrique au sein de l'établissement.

Il conviendrait que l'établissement organise 2 fois par an sa CCG, conformément à la réglementation en vigueur (Arrêté du 5/09/2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du CASF). L'idée poursuivie est de faire en sorte que les professionnels libéraux apprennent à mieux se connaître pour mieux travailler ensemble afin de créer une dynamique globale et de diffuser les bonnes pratiques gériatriques. A cette fin, le médecin coordonnateur de l'EHPAD peut s'appuyer sur la fiche-repère élaborée par l'ANESM et disponible sur le site internet de l'HAS.

Sont également mises en place des astreintes administrative et technique pour la nuit et le week-end. L'astreinte technique est mutualisée avec le CH de Levroux.

Les professionnels de l'EHPAD ont accès au logiciel ARCADIS qui centralise l'ensemble des informations relatives à l'accompagnement personnalisé des résidents (projet personnalisé d'accompagnement, plan de soins, animations, sorties, etc.).

L'EHPAD de Vatan dispose d'une unité sécurisée permettant l'accompagnement spécifique des résidents ayant des troubles du comportement.

Les locaux de l'EHPAD de Vatan disposent d'un système d'appel malade fonctionnel.

Le médecin coordonnateur a élaboré une évaluation gériatrique standardisée (EGS). Cette évaluation est complétée dans les jours/semaines suivant l'admission d'un résident par les équipes. L'évaluation est ensuite discutée en staff pluridisciplinaire. Elle constitue le préalable à la formalisation du PAP. Les éléments évoqués en staff pluridisciplinaire sont retranscrits directement dans ARCADIS.

Dans le cadre de la signature du CPOM et de la préparation de la coupe PATHOS, les médecins coordonnateurs ont bénéficié d'une formation afin de réaliser le codage. Les EGS permettent de suivre régulièrement le PATHOS et le GIR des résidents.

Une attention particulière est portée sur l'alimentation. Ainsi, chaque résident fait l'objet d'un suivi « alimentation » durant 3 jours dès son entrée dans l'établissement et dès qu'une interrogation sur le type de régime et/ou menu se pose en réunion pluridisciplinaire ou en transmission.

SSIAD

Trois tournées de jour et 1 tournée de week-end sont organisées. Elles prennent en compte le secteur géographique des patients, le type de soin et la charge en soins des soignants. Chaque tournée comprend entre 7 et 8 personnes. Les aides-soignantes travaillent un week end sur 5 et tournent toutes les 3 semaines sur les différentes tournées programmées, permettant d'avoir un regard partagé sur les différentes situations.

Le planning des tournées est mis à jour chaque semaine en fonction des évolutions de situations et les hospitalisations.

Au jour de l'évaluation, un cahier de liaison était mis en place au domicile des bénéficiaires. Toutefois, le SSIAD allait tout prochainement mettre en place un classeur de liaison travaillé en filière gériatrique. Ce classeur contient divers onglets pour chacun des intervenants au domicile des personnes. Une campagne de communication est prévue à ce sujet par l'IDEC.

Des classeurs avec les différentes modalités d'adaptation des tournées « protocoles dégradés » ont été réalisés afin d'organiser la prise en charge des patients au domicile en cas d'absence des aides-soignants, d'intempéries, etc. Ainsi, chaque professionnel remplaçant sait quelle est la tournée qu'il doit prendre en charge à son arrivée.

L'établissement a déployé le logiciel APOZEME pour l'informatisation du dossier de l'utilisateur. L'ensemble des professionnels trace leurs transmissions et interventions sur le logiciel, via leur téléphone mobile ou en cas de problème sur l'ordinateur du bureau du SSIAD.

Des documents sont également classés dans un dossier papier (DIPEC, évaluation des besoins, PAP, attestation de remise des documents...).

La visite d'évaluation au domicile permet de réaliser un repérage des facteurs de risques de prise en charge au domicile. Le recueil de données en fait état.

Tous les trimestres, les patients du SSIAD sont invités à venir participer aux animations de l'EHPAD afin de rompre l'isolement mais également permettre de dédramatiser l'EHPAD.

L'ensemble des risques inhérents à la prise en charge des résidents fait l'objet d'une formalisation (chutes, dénutrition, douleurs, escarres...) et font l'objet d'évaluations au moyen d'échelles d'évaluation adaptées intégrées au DPI.

Les professionnels disposent des ressources matérielles nécessaires et suffisantes.

Les professionnels du SSIAD ont accès au logiciel Apozème qui centralise l'ensemble des informations relatives à l'accompagnement personnalisé des bénéficiaires à domicile (projet personnalisé d'accompagnement, plan de soins (avec prescription du médecin informatisée), transmissions, etc.).

Fiches actions CPOM EHPAD VATAN (2022-2026)

Fiches actions

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement.....	2
1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance.....	4
1.3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale	6
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	8
2.1 bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion.....	10
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports.....	12
2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services....	14
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs...	16
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé.....	18
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	20
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS.....	22
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile.....	24
3-6 Consolider la couverture départementale en accueil de jour	26
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident.....	29
4.1 bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents	32
4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins buccodentaires	34
4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes.....	37
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le	39
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	41
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables	43
4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD.....	45
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS.....	47
4.9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage	49
4-10 : Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA).....	51
4-11 : Maitrise du risque infectieux	53
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences.....	55
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	60
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants.....	61
6.2 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile	63
6.3 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel.....	64

Fiche Action N°1.1

Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement

Personne référente : IDEC

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au Schéma gérontologique départemental 2017-2022

Outils de la loi 2002-2 ; projet de soins ; projet personnalisé ; projet d'animation ; projet d'établissement

Nécessité de poursuivre et de maintenir la généralisation du projet personnalisé d'accompagnement

Elaborer un projet de vie spécifique pour la prise en charge des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer

Description de l'action :

Au sein des établissements EP'AGE 36, la démarche d'élaboration des PAP a été déployée progressivement depuis plusieurs années et les professionnels s'impliquent dans une approche pluridisciplinaire, en revanche, il est observé une dynamique différente selon les établissements.

Pour l'EHPAD de Vatan, pérenniser les staffs pluridisciplinaires et la démarche déjà entreprise.

Identification des acteurs à mobiliser :

Infirmière coordinatrice

Médecins traitants et/ou médecins coordonnateurs

Equipes soignantes et paramédicales

Psychologue

Animatrice

Résidents et/ou représentants légaux, familles

Moyens nécessaires :

Temps de médecins coordonnateurs

Taux d'encadrement en adéquation avec les besoins de la prise en charge et les recommandations EHESP à 0,80 soit 1,50 ETP d'IDE (et d'AS supplémentaires – cf. 4-9 « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage »)

Formation des équipes soignantes au PAP

Refonte du dossier DPI « Arcadis »

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026				
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident	100 %					
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	100 %					
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)	Oui					
Taux d'agents soignants formés au PAP						

Points de vigilance :

Problématique de temps de coordination médicale.

Bonnes pratiques à promouvoir :

Développer les actions de formation sur la thématique du « PAP » pour les ASH, AS et IDE
 Maintien et/ou développement des staffs pluridisciplinaires

Commentaires sur le constat de résultat :

Difficulté à atteindre une cible de 100% de taux de signature, au regard de la population accueillie

Fiche Action N°1.2

Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance

Personnes référentes : IDEC + Cadre de santé chargé(e) du déploiement de la qualité dans les services de soins du CDGI

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action n° 19 du Schéma gériatrique départemental 2017-2022 : Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance :

- anticiper les situations de crise et d'urgence ;
- favoriser l'expression des choix de la personne.

Modalités :

- faire connaître à tous, les différents dispositifs et leurs caractéristiques ;
- réaliser des supports d'information claires et accessibles à tous pour informer le public des droits de protection et de représentation apportés par la loi ASV ;
- former le personnel des ESMS...

Description de l'action :

S'assurer de la mise à disposition systématique des formulaires de directives anticipées et de désignation de la personne de confiance.

1. Elaborer un dossier support, commun aux 4 établissements du groupe, comportant plusieurs documents pour :
 - Outiller les professionnels de santé (communication, information, recueil)
 - Poursuivre la communication auprès des résidents et de leur famille
 - Aider au recueil des directives anticipées auprès des résidents
2. Poursuivre les formations sur les thématiques prise en charge de la douleur, soins palliatifs
3. Généraliser la pratique de staffs pluridisciplinaires en EHPAD en associant l'EADSP 36 dans les situations complexes de soins palliatifs
4. Intégrer les familles dans le processus décisionnel et la prise en charge en soins palliatifs
5. Suivre les indicateurs

Identification des acteurs à mobiliser :

Solliciter les équipes de liaison douleur et soins palliatifs de chaque établissement et l'Equipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs (pour l'élaboration de documents adaptés, participation aux staffs pluridisciplinaires).

Mettre en place un groupe de travail : référents droit du patient/résident, référents soins palliatifs, EADSP 36.

Moyens nécessaires :

Formation du personnel

Outil de recueil des indicateurs

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées	14.29% en 2019 (pas de relevé en 2020)		
Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance	59.70%		

Points de vigilance :

Difficultés à aborder la question des directives anticipées à l'entrée en EHPAD.

Proportion importante de résidents entrants dans l'incapacité de donner leurs directives anticipées ou de désigner une personne de confiance.

Bonnes pratiques à promouvoir :

Existence d'un inter CLUD dont les actions sont déployées sur le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Structuration des équipes de liaison douleur et soins palliatifs dans chaque établissement.

Démarche très avancée sur l'EHPAD de VATAN.

Collaboration avec le CODESPA.

Commentaires sur le constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 1.3

Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents

1.3 Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale

Personnes référentes : IDEC + animatrice

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

L'EHPAD, structure médico-sociale, constitue un lieu de vie dont la finalité est la meilleure qualité de vie pour chaque résident tout au long du séjour, et ce quelles que soient son autonomie et ses pathologies.

L'animation sert à donner de la vie et regroupe des activités organisées, individuelles et/ou collectives qui se veulent récréatives et culturelles. Elle vise une réponse aux attentes et besoins des personnes âgées, en vue du maintien, du développement de leur vie relationnelle, sociale et culturelle, en lien avec le projet d'accompagnement personnalisé. L'animation sociale repose sur des professionnels formés et impliqués (animateur, AS, ASH), dont les interventions se répartissent entre les différentes résidences. En revanche, 90 % d'animateur ne permet pas de répondre pleinement à l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'animations adapté et répondre aux attentes de l'ensemble des résidents.

Dynamiser le projet d'animation et de vie sociale nécessite en outre de disposer de moyens supplémentaires.

Description de l'action :

- Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au cœur des projets de services
- Intégrer le projet de vie sociale et d'animation au sein du projet d'accompagnement personnalisé
- Recenser et analyser les souhaits des résidents lors du recueil des habitudes de vie et tout au long du séjour
- Recenser et analyser les souhaits des professionnels pour développer et varier les animations
- Organiser la communication et la coordination des actions de vie sociale dans le service (équipe d'animation et soignantes)
- Définir des activités d'animation en cohérence avec l'état des lieux
- Déployer des outils de communication (Familéo : journal familial et institutionnel à destination des résidents, point d'accès internet, etc..)

Identification des acteurs à mobiliser :

Animatrice

IDEC

Les équipes soignantes

Moyens nécessaires :

Temps d'animateurs

Ordinateur

Abonnement Familéo

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
% de PAP intégrant l'animation et la vie sociale	100 %		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

- Recueillir les attentes en matière d'activités individuelles et collectives
- Diversifier et adapter les activités proposées au regard des attentes et des profils des personnes accueillies (résidents atteints de MND, ...)
- Poursuivre l'ouverture sur la cité
- Développer la communication avec la famille
- Renforcer la dimension sociale du PAP

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°2.1

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification

Personnes référentes : Direction des affaires financières du groupe EP'AGE 36 + direction de site

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au schéma gérontologique départemental 2017-2022

Efficacité de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire.

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)... Veiller à la qualité des prestations offertes : accompagner la mise en conformité des ESMS aux cahiers des charges publiés depuis décembre 2015.

Description de l'action :

- Automatiser les extractions et le traitement des données des ressources humaines (rémunérations, effectifs, carrière des agents) afin de produire les différents tableaux de bord de gestion et de fiabiliser les résultats communiqués
- Fiabiliser les données du tableau de bord de la performance ANAP, en maintenant la dynamique de remplissage coordonnée par la Direction des affaires financières, auprès des directions de site et des directions fonctionnelles du groupe EP'AGE36
- Veiller à la complétude et la fiabilisation des données budgétaires et financières dématérialisées transmises aux autorités de tarification (EPRD, PGFP, ERRD, EPCP, ERCP...), en poursuivant les travaux menés par la cellule financière du groupe

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction générale
 Direction des affaires financières et du contrôle de gestion
 Directions de site
 Direction des affaires économiques, logistiques et des travaux
 Direction de la stratégie, du système d'information, de la qualité et des coopérations
 Direction des ressources humaines

Moyens nécessaires :

Optimisation du logiciel de gestion des ressources humaines et formations
 Mettre en place une fonction contrôle de gestion sur le groupe EP'AGE 36 (cf. fiche action établissement n° 2.1 bis : « Mettre en place la fonction de contrôle de gestion »)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Données tableau de bord ANAP complétées à 100%	100 %		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N°2.1 bis

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2.1 bis Mettre en place la fonction de contrôle de gestion

Personne Référente : Direction des affaires financières du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

La direction générale et les différents niveaux de pilotage du groupe EP'AGE 36 ont besoin de toutes les informations nécessaires à une meilleure gouvernance du groupe, mais aussi pour une amélioration de sa performance.

Cela passe par :

- le développement d'une approche par indicateurs par la mise en place et l'optimisation d'outils de gestion communs en cohérence avec la stratégie d'EP'AGE 36 ;
- la conception et la mise en œuvre des méthodes et outils permettant d'analyser et de garantir l'utilisation efficace des ressources de l'établissement ;
- c'est aussi conseiller les décideurs au regard du développement des activités ;
- le développement d'une comptabilité analytique par secteur et sur certaines lignes budgétaires.

Description de l'action :

- Formaliser les missions et décrire les activités de la fonction contrôle de gestion du groupe EP'AGE 36
- Elaborer un programme d'actions de la fonction contrôle de gestion
- Introduire et généraliser une culture de contrôle de gestion auprès des professionnels du groupe
- Intégrer le financement d'un temps contrôleur de gestion dans le budget base zéro (2022) des CPOM EHPAD et SSIAD des établissements du groupe, selon une répartition mutualisée par budget/section tarifaire
- Définir les missions, les activités, les compétences requises et les aptitudes du contrôleur de gestion
- Rédiger la fiche de poste "contrôleur de gestion" du groupe EP'AGE 36
- Réaliser le recrutement du contrôleur de gestion, rattaché à la direction des affaires financières et du contrôle de gestion
- Planifier et déployer le programme de contrôle de gestion sur l'ensemble des établissements du groupe
- Insérer dans le projet de service *Finances, Accueil et Gestion des Séjours*, les objectifs et actions propres à la fonction contrôle de gestion

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction générale - Direction des ressources humaines - Direction des affaires financières, accueil et gestion des séjours et du contrôle de gestion

Direction de la prévention et du développement social, Agence Régionale de Santé

Moyens nécessaires :

Partage des réseaux (serveurs partagés), centralisation des tableaux de bord de gestion sur l'ensemble des établissements

Équipement informatique du contrôleur de gestion

Financement du poste du contrôleur de gestion selon une répartition mutualisée par budget/section tarifaire de l'ensemble des établissements du groupe EP'AGE 36 : soit 1,00 ETP pour le groupe EP'AGE36 (soit 0,06 ETP pour l'EHPAD de Vatan).

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

[Calendrier prévisionnel](#) : 01/01/2022 au 31/12/2026

[Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir](#) :

[Commentaires sur le Constat de résultat](#) :

Fiche Action N°2.2

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports

Personnes référentes : Direction générale - Direction de la stratégie/coopérations – Direction des achats + direction du site

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au schéma gérontologique 2017-2022

Efficiéce de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire.

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)... Formaliser davantage voire diversifier les coopérations inter établissements et/ou services

Description de l'action :

Le groupe EP'AGE 36, en direction commune, a déjà mutualisé les fonctions supports des 4 établissements du groupe.

Ainsi, les fonctions services économiques et logistiques, travaux, ressources humaines, informatique, qualité, finance, accueil et gestion des séjours sont pilotées par des directions fonctionnelles communes à tous les établissements, qui travaillent à l'harmonisation des bonnes pratiques, des indicateurs suivis, des méthodes de travail et à la coopération entre les établissements.

Par ailleurs les établissements du groupe EP'AGE 36 sont des établissements parties au GHT de l'Indre, et sont donc acteurs de la mutualisation des fonctions achats et SI au sein de ce GHT. Ils sont également adhérents au GCS Centre Val de Loire et au GIP e-santé, ce qui permet d'améliorer l'efficacité des achats réalisés.

Les établissements du groupe animent également des réunions départementales EHPAD qui permettent la mise en commun d'informations, de bonnes pratiques, et la coopération inter établissement.

Le groupe EP'AGE a donc atteint une certaine maturité sur la question des coopérations, et souhaite maintenir cette dynamique, en se réinterrogeant régulièrement sur les nouvelles opportunités de mutualisation des fonctions supports. En 2021, le groupe EP'AGE engage une réflexion sur la restauration par la réalisation d'une étude de faisabilité commune aux trois cuisines du groupe pour définir des stratégies de mutualisation éventuelles.

Identification des acteurs à mobiliser :

Groupe EP'AGE36, GHT de l'Indre, réseau des EHPAD du département

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Existence de conventions de coopération inter établissements	oui		
Existence de procédure et protocoles communs aux établissements du groupe	oui		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°2.3

Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services

Personnes référentes : Direction générale - Direction des coopérations – Direction des Ressources Humaines du groupe EP'AGE 36 + Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Contenu du diagnostic PRS2 :

Fiche action n° 31 du schéma gérontologique départemental 2017 -2022 :

Formaliser davantage voire diversifier les coopérations inter établissements et/ou services

- *rationaliser et maîtriser les dépenses*

- *adapter les organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires*

Modalités :

- *accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation des coûts*

- *s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services). La mutualisation devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts*

- *aider au recrutement de personnel via la mutualisation*

- *échange de compétences*

Description de l'action :

Renforcement des coopérations/mutualisations internes au groupe EP'AGE 36 :

- Poursuivre les coopérations et mutualisations dans le cadre de la direction commune EP'AGE36
- Consolider les inter-instances de la direction commune et créer une commission des médecins coordonnateurs
- Formaliser une politique de recrutement inter établissements dans le cadre de la promotion professionnelle et créer une bourse des emplois internes
- Définir la politique de mobilité interne (établissement) et externe (groupe EP'AGE 36)
- Identifier et former un réseau de référents et d'experts sur des thèmes identifiés

Renforcement des coopérations/mutualisations externes au groupe EP'AGE 36 :

- Continuer à répondre aux appels à projets/candidatures en collaboration avec d'autres établissements du département
- Renforcer les partenariats avec les établissements disposant d'un plateau technique (mettre à jour les conventions dans le cadre du GHT)
- Signer des conventions de collaboration avec les services de maintien à domicile (SAAD et SSIAD) du territoire ressort
- Maintenir et développer les coopérations avec le réseau départemental des EHPAD :
 - ↳ Envisager notamment la création d'une structure de coopération permettant de mutualiser certains moyens nécessaires difficiles à mettre en œuvre dans chaque établissement (temps partiels, difficultés de recrutement) ;
 - ↳ Formaliser une conférence départementale des EHPAD, sur la base d'une charte, et composée des directions, des coordinations de soins et des médecins coordonnateurs, dans la prolongation des rencontres et des colloques initiés depuis plusieurs années. Au-delà du lieu d'échange sur la gouvernance et le fonctionnement des établissements, la conférence pourrait également être un interlocuteur privilégié pour les partenaires comme par exemple l'ARS et le Conseil Départemental.

↳ Créer un comité d'éthique et de bientraitance intégrant tous les EHPAD qui le souhaitent, afin de partager les situations et les réflexions, pour aller plus loin dans les actions, pour être plus justes dans les décisions. Cette instance pourrait présenter un appui non négligeable pour les établissements qui n'en disposent pas.

Identification des acteurs à mobiliser :

Equipe de direction

Moyens nécessaires :

- Plan de formation mutualisé
- Mise à jour de la convention de direction commune et convention de mise à disposition de personnel
- Instances communes
- Conventions de coopérations

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
Nombre de conventions signées			Fin d'Action

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.1

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs

Personnes référentes : direction du site + médecin coordonnateur + IDEC

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé

Objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire

Objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale

Objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Description de l'action :

La démarche palliative en EHPAD est structurée et commune à tous les établissements d'EP'AGE 36.

Elle est pilotée par l'INTERCLUD qui traite les différentes politiques de lutte contre la douleur, de prise en charge de la fin de vie et de prise en charge palliative, et qui sont relayées au sein des services par les Equipes de Liaison Douleurs et Soins Palliatifs, composées par des référents soignants.

Cette démarche s'appuie sur une politique de formation professionnelle et des actions de formation qui sont déployées depuis plusieurs années.

Par ailleurs, depuis 2015, les agents participent à la formation sur la démarche palliative dans les EHPAD du département dispensée par le CODESPA et portée par le CDGI.

Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs

1. Poursuivre le déploiement de la démarche palliative en EHPAD
2. Continuer la formation du personnel en soins palliatifs dispensée par le CODESPA (cible : 50% du personnel formé) et transmettre cet apport à l'équipe par des retours de formation
3. Développer dans le plan de formation des actions de formation sur les approches non médicamenteuses
4. Former les médecins coordonnateurs, IDE, AS, psychologue, cadre de santé au DU Soins Palliatifs
5. Formaliser un staff soins palliatifs (fréquence à définir) en fonction des besoins
6. Sensibiliser régulièrement les équipes aux soins palliatifs (2 fois par an)
7. Développer le partenariat et/ou les interventions de l'EADSP 36 (médecin traitant, médecins coordonnateurs, équipes soignantes, ...) : débriefings et analyses de situations, PEC, ...
8. Maintenir l'implication des cadres de santé dans la démarche institutionnelle relative aux soins palliatifs
9. Développer la participation des bénévoles dans l'accompagnement de fin de vie (ALAVI, ...)
10. Engager une réflexion relative à un projet spécifique « soins palliatifs » pour personnaliser la prise en charge = questionnement, vision et projet global (implication des familles, accompagnement, ...)
11. Diversifier les approches non médicamenteuses dans la PEC
12. Pérenniser et dynamiser le pilotage des soins palliatifs dans les services, en lien avec l'INTERCLUD et la politique EP'AGE 36

Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD

1. Evaluer et mettre à jour la convention de partenariat entre la structure d'hospitalisation à domicile et l'EHPAD de Vatan (conditions générales, procédures, outils, ...)
2. Communiquer auprès de l'équipe de l'EHPAD de Vatan sur les critères d'inclusion et sur les conditions d'intervention de l'HAD
3. Communiquer auprès des résidents et familles sur les possibilités/conditions de PEC HAD (intégrer une information dans les documents institutionnels, ...)

Identification des acteurs à mobiliser :

- Médecins coordonnateurs
- IDEC
- Direction des ressources humaines
- Direction des coopérations
- Direction de site

Moyens nécessaires :

- Temps de médecin coordonnateur
- Budget formation
- Temps de coordination de soins (IPA, ...) (cf fiche action n° 4.10 : « Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA) »)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Existence de protocole/convention de coopération inter établissements		CONVENTION, GIP, GCS, GHT		
Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD/an		0 %	0 %	
Nombre d'interventions de l'HAD / an		0		
Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur		Oui		
Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée et réévaluation		100 %		
Convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)		Equipe mobile de soins palliatifs - Equipe mobile gériatrique		
Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP		0	5	
Nombre d'intervention de l'EADSP		4		
Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs		1		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°3.2

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé

Personne référente : Direction du système d'information du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale

Objectif PRS n° 29 développer l'usage de outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé

Objectif PRS n° 31 développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients

Description de l'action :

Dossier Médical Partagé :

- Finaliser le protocole définissant les règles d'alimentation des DMP à destination des services de soins (objectif de 100 % de DMP alimentés)

Télémédecine :

- Organiser une veille sur le référencement des spécialistes externes et des référents experts internes et diffuser un annuaire interne
- Relancer la communication sur la télémédecine auprès des équipes médicales et paramédicales
- Poursuivre les travaux avec les CPTS pour l'organisation des téléconsultations

Via Trajectoire :

- Mettre à jour les fiches d'identité des établissements dans Via Trajectoire
- Poursuivre la communication sur l'outil auprès des professionnels de l'établissement et solliciter un accompagnement par le GIP e-Santé pour les utilisateurs
- Faciliter l'utilisation de l'outil pour les adresseurs potentiels et auprès des usagers (livret d'accueil, site internet...)

Messagerie sécurisée :

Poursuivre le déploiement de la messagerie sécurisée : les échanges entre praticiens hospitaliers et professionnels de santé extérieurs à l'établissement demandent à être renforcés, notamment en permettant d'intégrer la MSSanté au DUI de l'établissement.

Outils de coordination des parcours :

- S'inscrire dans les travaux de déploiement de la plateforme e-Parcours et plus généralement dans les politiques nationales et régionales de déploiement des systèmes d'information
- Poursuivre les travaux au sein du GHT afin de disposer de logiciels interopérables sur le territoire

Identification des acteurs à mobiliser :

- Direction
- Service AGS
- IDEC

- Equipe médicale et paramédicale
- GIP Centre-Val de Loire e-Santé
- COPIL Schéma Directeur Système d'Information du GHT
- Coordonnateurs des CPTS

Moyens nécessaires :

Equipe informatique (RSSI et DPO)

Réunions sur le SDSI et sur le DMP au niveau du GHT

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux de résidents avec un DMP	47 %		
Si télémédecine : nombre télé-expertise et/ou téléconsultations réalisées /an	0		
Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	11		
% de résidents admis par via trajectoire	6 %		
Taux de professionnels disposant d'une MSS			
Existence d'une messagerie sécurisée	Oui		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Remplissage du DMP pour nos résidents par les services hospitaliers

Absence de correspondants médicaux pour les consultations de télémédecine

Adressage sur Via Trajectoire

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.3

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée

Personne référente : Direction de site et IDEC

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI

Objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les Personnes Agées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Description de l'action :

- Communiquer sur le protocole des entrées directes dans les services d'hospitalisation, sans passage aux urgences (travaux de filière gériatrique),
- Poursuivre la formation des agents sur les appels d'urgence
- S'inscrire dans le dispositif départemental d'IDE d'astreinte,

ou à défaut,

- créer un poste d'IDE de nuit mutualisé :
- Mettre en place une équipe de nuit mutualisée entre le CH de Valençay, le CH de Levroux et l'EHPAD de Vatan : IDE positionnés en 12 h de nuit permettant d'avoir un IDE présent en permanence sur un des sites. Ce pool pourrait être itinérant sur les 3 établissements (un mois sur chaque établissement). Chaque établissement pourrait alors bénéficier de la présence sur site d'une IDE de nuit 4 mois par an.
Ces IDE auraient pour mission :
 - De prendre en charge les situations d'urgence la nuit soit en présentiel, soit en conseil téléphonique
 - De proposer des temps de formation aux équipes de nuit,
 - Faire le lien avec les cadres de santé et les équipes de jour
 - Veiller au suivi et au bon fonctionnement du matériel d'urgence.

Identification des acteurs à mobiliser :

- Direction de site,
- Médecins coordonnateurs,
- IDEC et/ou partenaires extérieurs

Moyens nécessaires :

Les astreintes de nuit seraient mises en place à effectifs constants. Ce qui impliquerait une rémunération des dites astreintes.

A défaut, IDE mutualisées :

Il sera nécessaire de recruter 3,00 ETP d'IDE, permettant de pérenniser le projet et de respecter les conditions du cahier des charge (« Un temps de repos minimal le lendemain de l'astreinte de nuit sera obligatoirement prévu en cas d'intervention »).

Nécessite un véhicule.

Demande ETP d'AS : permettant d'avoir 1 aide-soignant de nuit sur chaque service d'EHPAD. (Cf. : ETP déjà demandés dans la fiche action établissement de l'axe 4 – fiche action n° 4.9 : « Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage »)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par le forfait global soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Coopération inter établissement	CONVENTION GHT		
Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	0 %		
Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement			
Nombre d'interventions de l'IDE (avec déplacement)			
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit			
Nombre d'interventions IDE classées par motifs			
Convention avec un service de gérontopsy			
Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	Oui		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Astreinte IDE de nuit :

Ressources IDE (sur la base du volontariat)

Coordination avec le dispositif départemental des IDE d'astreinte

A défaut,

IDE mutualisées :

Ressources IDE, difficultés de recrutement

Nécessité de former les IDE sur les circuits patients et mettre en place des stages aux urgences et à la régulation SAMU.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.4

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS

Personne référente : Service communication du groupe EP'AGE 36 + Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action n° 14 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ESMS) dans l'Indre :

- faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du Département ;
- permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS.

Modalités :

- application de la réglementation sur le socle des prestations ;
- diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ;
- utilisation des différents supports à disposition : livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniors36.

Description de l'action, Identification des acteurs à mobiliser et Indicateurs cible à atteindre :

Mettre en place les actions mises en exergue dans le projet d'établissement 2020-2025, le compte qualité, les évaluations internes et externes et le PAQ communication 2020.

ACTIONS	LIVRABLE/INDICATEURS
Développer la communication sur les réseaux sociaux	Communications formalisées sur l'outil retenu
Organiser des journées évènements	Articles de presse + lettre d'infos Nombre de participants
Améliorer et mettre à jour le site internet	Sites internet à jour, audit annuel, refonte de la conception des sites effectuée, Nombre de pages vue, Géolocalisation par session de visite pour connaître la provenance géographique des visiteurs.
Développer la communication extérieure via les média locaux sur l'évolution et la modernisation du patrimoine immobilier	100% des évènements couverts par un article dans la presse locale
Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information grand public dans les cabinets des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux.	Nombre d'articles de presse Nombre de flyers diffusés
Faire une diffusion annuelle des plaquettes d'information destinés aux professionnels libéraux	
Création d'un flyer EHPAD par établissement intégrant la présentation générale des services (CHL/CHV/VAT)	
Dématérialisation des articles de presse	Nombre de lettres d'information

Communiquer sur la réponse aux appels à projets et sur les financements obtenus	
Dans le cadre du parcours patient :Rendre le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et autres supports d'information approprié à la population accueillie ou susceptible d'être accueillie (ex: Créer des supports en gros caractères pour palier une déficience visuelle)	SSR, EHPAD, SSIAD, USLD, EMG, Accueil de jour, etc.: livrets d'accueil, règlements de fonctionnement et contrats de séjour adaptés et diffusés en cas de déficience visuelle 1 contact = 1 livret d'accueil remis, les autres documents sur demande expresse

Moyens nécessaires :

Financement d'un chargé de communication à hauteur de 1,00 ETP pour le groupe EP'AGE 36, (soit 0,06 ETP pour l'EHPAD de Vatan) afin d'assurer les missions listées ci-dessus.

Le chargé de communication serait également chargé de mettre en place l'ensemble des actions de communication visant à mieux communiquer avec les familles, les usagers, le personnel, les professionnels libéraux, services sociaux, partenaires, etc.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
Indicateurs mentionnés dans le tableau ci-dessus.			
		Fin d'Action	

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°3.5

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile

Personnes référentes : Direction de site + IDEC

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 15 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile (en facilitant les interventions des bénévoles en leur sein)

- permettre à la personne âgée dépendantes accueillie en établissement de conserver un lien social ;
- développer la communication ;
- faciliter les relations résident/famille/établissement.

Modalités :

- veiller à la mise en place et au fonctionnement du CVS;
- proposer d'autres modes de participation ;
- inciter les bénévoles à suivre des formations ;
- faire vivre la charte du bénévolat ;
- inciter les établissements à organiser des réunions d'information régulière en direction des familles.

Description de l'action :

Les différentes activités déployées au sein des EHPAD permettent aux résidents de maintenir des échanges et des liens sociaux. L'animation en EHPAD est une fonction essentielle qui participe au projet de vie individualisé.

- *Coordonner les activités d'animation avec les soignants et les bénévoles*

Définir la politique commune d'animation

Organiser le partage des ressources afin de capitaliser les pratiques et supports :

Développer les actions des bénévoles

- *Continuer à innover en matière d'animation*

Rechercher des partenariats

Développer des activités en interne ou en externe en lien avec les animaux

Faciliter l'accès au multimédias pour les résidents

- *Ouvrir davantage les établissements vers l'extérieur*

Proposer certaines activités aux personnes extérieures

Poursuivre les rencontres intergénérationnelles

Renforcer le rôle des usagers et de leurs familles dans la vie sociale de l'établissement

Identification des acteurs à mobiliser :

Animateurs

Cadres responsables de l'animation

Bénévoles

Partenaires

Moyens nécessaires :

Obtenir un temps d'animateur supplémentaire + 0,10 ETP pour permettre de proposer des animations quotidiennes.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents			
Nombre de réunions réalisées avec les familles			
Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PVI)			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Adaptation des fonctionnements aux crises sanitaires.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°3.6

Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-6 Consolider la couverture départementale en accueil de jour

Personne référente : Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 30 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Consolider la couverture départementale en accueil de jour :

- permettre un projet durable de maintien à domicile ;
- préparer à une entrée en EHPAD.

Modalités :

- développer la capacité d'AJ en créant quelques places au sein des établissements dans le cadre du projet de service, des unités spécifiques ;
- favoriser la fréquentation du service, en acceptant un fonctionnement plus souple possible ;
- inciter les établissements à mettre en place une organisation des transports adaptées aux besoins des personnes à accueilli ;
- assurer une information sur l'existence et le fonctionnement du service auprès d'un large public de façon régulière ;
- organiser des journées "portes ouvertes".

- développer la capacité d'AJ en créant quelques places au sein des établissements dans le cadre du projet de service, des unités spécifiques ;
- favoriser la fréquentation du service, en acceptant un fonctionnement plus souple possible ;
- inciter les établissements à mettre en place une organisation des transports adaptées aux besoins des personnes à accueilli ;
- assurer une information sur l'existence et le fonctionnement du service auprès d'un large public de façon régulière ;
- organiser des journées "portes ouvertes".
- s'inscrire dans le projet d'établissement 2020-2025
- proposer une alternative à l'hébergement permanent

Description de l'action :

Dans le cadre du groupe EP'AGE 36, les Centres Hospitaliers de Valençay et Levroux et l'EHPAD de Vatan vont rédiger des projets d'ouverture d'accueils de jour et répondront aux appels à projets de l'ARS. Les établissements autorisés se chargeront ensuite de réaliser : les recrutements, les aménagements, les travaux nécessaires à la concrétisation des projets.

L'accueil de jour permettrait de prendre en charge pour une période d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine, des personnes en perte d'autonomie, et notamment atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou d'une maladie apparentée ou d'une autre maladie neurodégénérative, vivant à domicile.

L'EHPAD de Vatan proposerait un service d'accueil de jour au plus proche du bassin de vie des usagers et des patients. En effet, actuellement 6 services d'accueil de jour couvrent le département sur les secteurs de Châteauroux (16 places), Issoudun (10 places), La Châtre (8 places), Le Blanc (6 places) et Pellevoisin (6 places).

Ainsi, le secteur de Vatan se retrouve éloigné des structures existantes.

L'implantation d'un service d'accueil de jour au Nord du département permettrait de répondre à tous les besoins du territoire.

Aussi l'EHPAD de Vatan mettrait à disposition un service de proximité de six places, à moins d'une demi-heure du domicile des usagers du territoire.

Les prises en charge du SSIAD de Vatan, ainsi que les partenariats développés avec les SAAD de l'ADMR et de familles rurales permettront d'alimenter la file active des services d'accueil de jour de l'EHPAD de Vatan.

Identification des acteurs à mobiliser :

- Les professionnels de l'établissement : infirmière coordinatrice, médecin coordonnateur, IDE, AS, ASH, animatrice, ergothérapeute, psychologue...
- Les professionnels libéraux : médecins traitants, infirmiers, S.S.I.A.D, services d'aide à domicile, assistantes sociales, ESA, etc.
- Les aidants familiaux intervenant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ou présentant des troubles du comportement ;
- Les professionnels des structures telles que : l'équipe mobile gériatrique, la plateforme de répit, les services hospitaliers, DAC 36, France Alzheimer, etc.

Pour Vatan, il est envisagé d'implanter le service dans la zone des 4 chambres non exploitées.

Moyens nécessaires :

Réalisation de travaux : un tel projet nécessite l'aménagement ou l'extension de locaux : entrée indépendante, salle à manger, office, salle d'activités cuisine et activités manuelles, seconde salle d'activité, vestiaire, espace soins (bureau - salle de soins), espace détente, salle de bains avec sanitaires, local ménage-linge sale, local stockage, jardin.

Aménagement de l'espace et achat d'équipements nécessaires (matériels et mobiliers)

Achat d'un minibus dédié au transport des bénéficiaires de l'accueil de jour.

Moyens humains :

Le temps en personnel requis correspond à minima à :

- 3 ETP d'ASG + 0.5 ETP de remplacement
- 0.20 ETP de psychologue.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de personnes suivies en accueil de jour au cours de l'année	0		
Nombre de journées « portes ouvertes » réalisées	0		
Nombre de réunions d'information réalisées sur le territoire	0		
Nombre de contacts avec les collectivités locales, les professionnels de santé...	0		
Nombre de partenariats et de conventions avec les SAAD	2 partenariats (ADMR et familles rurales)		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Cette opération ne peut se faire qu'après validation et autorisation par les autorités.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.1

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident

Personnes référentes : Médecin coordonnateur - Psychologue

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie ; Développer le recours à l'évaluation gériatrique en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télémédecine, consultations avancées ; Développer le recours à l'expertise géronto-psychiatrique, favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif...

Description de l'action :

1 – Éclairer la prise en charge des résidents par un **partage et une transmission des connaissances cliniques et diagnostiques** des troubles neuro-dégénératifs et des symptômes géronto-psychiatriques. Cela vise un repérage, une compréhension et donc un accompagnement pluridisciplinaire réfléchi, adapté et bienveillant de la personne âgée accueillie en établissement de santé.

2 – **Réalisation de réunions cliniques** régulières auprès des équipes pluridisciplinaires par une proposition d'échange et d'écoute à propos des difficultés rencontrées dans la prise en charge des résidents atteints de MND et/ou présentant des troubles du comportement. Cette proposition de soutien des équipes a pour but d'éviter un épuisement, une perte du désir et du sens porté aux soins et à l'accompagnement prodigués auprès de la personne âgée et permet la pérennité des connaissances transmises en point 1 (ci-dessus).

3 - **Création d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés** : sur l'EHPAD de Vatan.

Ce PASA permettrait de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, tout en ayant une approche non médicamenteuse et de satisfaire les besoins de la population du bassin de vie de Vatan.

Ce PASA accueillerait, en journée, 8 à 12 résidents de l'établissement auxquels seraient proposés des ateliers thérapeutiques animés par une équipe pluridisciplinaire formée à l'accompagnement de la maladie.

L'équipe pluridisciplinaire aurait pour missions de :

- prévenir l'apparition des troubles du comportement dans un environnement convivial ;
- permettre la déambulation des personnes dans un cadre sécurisé ;
- favoriser le maintien de l'autonomie et des capacités des résidents.

Identification des acteurs à mobiliser :

- Médecin coordonnateur, infirmières et psychologue,
- Cadres de santé et psychologue,
- Les professionnels (médecin traitant, médecin coordonnateur, cadre de santé, psychologue, IDE, AS, ASH, etc.) amenés à dépister et signaler la nécessité d'un accueil en PASA et intervenant auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ayant fait l'objet d'un diagnostic, présentant des troubles modérés du comportement

Moyens nécessaires :

1 – Temps de médecin coordonnateur, de psychologues et infirmiers pour se réunir, échanger, mettre en commun et réaliser des supports permettant la transmission de leurs connaissances complémentaires

+ Temps pour dispenser l'apport de ces connaissances par le biais de sensibilisations auprès des équipes

2 – Temps d'IDEC et de psychologue pour proposer et mettre en place les réunions cliniques

En comprenant l'ensemble des missions et charge de travail, augmentation du temps de présence d'IDEC de 0.30 ETP et de psychologue : 0.40 ETP

3 - Pour le PASA :

- 4 ETP d'ASG

- 0.50 ETP de psychomotricien

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Étape 1 : Se Réunir pour construire les supports de sensibilisation (dernier trimestre 2022)

Étape 2 : Établir le calendrier prévisionnel des sensibilisations avec les cadres de santé (décembre 2022)

Étape 3 : Réaliser les sensibilisations auprès des agents sur l'ensemble de l'EHPAD (année 2023)

Étape 4 : Assurer la pérennité des connaissances grâce aux réunions cliniques (à partir de janvier 2023)

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de résidents en atelier mémoire par an	Pas disponible		
	Nombre d'ASG en ETP	Pas disponible		
	Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	Pas disponible		
	Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

- Avoir des repères, des connaissances théoriques et cliniques permettant une meilleure compréhension des troubles liés à l'âge, des troubles psychiatriques et de la logique sous-jacente,
- Être à l'écoute de la parole de la personne âgée, de ce qu'elle éprouve et exprime vis-à-vis de ses troubles et de ses symptômes afin de la situer au cœur des soins et de la prise en charge pluridisciplinaire,
- Être attentif aux demandes, désirs, angoisse exprimés par le résident, notamment par l'expression non-verbale, et adapter à partir de cela notre accompagnement,
- Être vigilant à ne pas réduire la personne âgée à son symptôme, à sa maladie et à ses troubles, en retraçant son histoire de vie, ses expériences vécues grâce à l'écoute de ce qu'elle / ou ses proches a à en dire et, ainsi, respecter sa dignité avec bienveillance,

- Re-questionner et réfléchir à l'aménagement des lieux de résidence, à la mise en place de stimuli visuels et sonores pour soutenir la mémoire des résidents souffrant de troubles cognitifs, mettre en place des repères temporo-spatiaux clairs et ritualisés pour aider à préserver leur autonomie dans les temps quotidiens et dans leurs déplacements.

La création d'un PASA et son financement sont soumis à validation et autorisation des autorités.

[Commentaires sur le Constat de résultat :](#)

Fiche Action Etablissement N° 4.1 bis

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4.1 bis Assurer des actions de prévention et de prise en charge psychologique conformément aux besoins recensés des résidents

Personne référente : Psychologue

Date de création : 01/01/2022

Description de l'action :

Augmenter le temps de psychologue pour assurer l'ensemble des missions qui relève de sa compétence.

1 – Missions liées à la **prise en charge psychologique des résidents et de leur famille** :

- Recueillir le consentement de la personne âgée à son admission en Ehpad et s'assurer de son consentement tout au long de son accompagnement,
- Réaliser les Projets d'Accompagnement Personnalisés permettant le recensement des besoins, désirs et demandes du résident et ainsi de le resituer au cœur de la prise en charge pluridisciplinaire,
- Proposer et effectuer des suivis psychologiques individuels réguliers des résidents sur un long terme,
- Réaliser des évaluations thymiques et cognitives auprès des résidents afin d'aiguiller la pratique des équipes de soin
- Mettre en place des ateliers thérapeutiques adaptés aux besoins des résidents : ateliers mémoire de simulation cognitive et sociale, sensoriels, art-thérapie, musicothérapie, etc..,
- Participer aux réflexions pluridisciplinaires quant à la prise en soin des résidents ayant des troubles psychiatriques et/ou troubles du comportement, mettre en lien et faire appel, si nécessaire, aux équipes psychiatriques gériatriques, équipes mobiles de gériatrie, services UHR, UCC, USLD, etc.
- Accompagner les familles des résidents en proposant un accompagnement psychologique (entretiens d'entrée, individuels, groupes de parole)

2 – Missions liées à la **prévention** :

- Réaliser des temps de sensibilisations et de formations auprès des équipes de soins,
- Participer aux réunions pluridisciplinaires liées à la prise en soin des résidents (transmissions quotidiennes, STAFF, réunions EADSP, etc.),
- Proposer et mettre en place des temps d'analyse de pratique en faisant appel à un psychologue extérieur à l'institution, des réunions cliniques interdisciplinaires et des groupes de parole pour les équipes soignantes et d'accompagnement,
- Participer aux réunions institutionnelles de réflexion, d'échange et de discussion (CDU, Commissions des Admissions, Comité de bientraitance et de Réflexion Éthique, RETEX, etc.) pour partager une approche transversale, éthique et analytique,
- Garantir le temps FIR – Formation Information Recherche (comme précisé dans le *Décret 91-129 du 31 janvier 1991* portant sur le statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière et faisant partie du Code Déontologique des Psychologues) pour une actualisation, un questionnement et un partage des connaissances cliniques et diagnostiques que nécessitent l'ensemble des élaborations et actions du psychologue,
- Pouvoir bénéficier de temps de supervision, d'Intervision ou d'analyse de pratiques pour éclairer nos accompagnements divers et variés.

Moyens nécessaires :

Actuellement, le temps de psychologue à l'EHPAD de Vatan est 0,40 ETP pour 76 résidents.

Afin de garantir la réalisation de l'ensemble des missions précisées sur cette fiche action, il est nécessaire d'étendre le temps de présence de psychologue à 1,00 ETP pour 100 résidents sur EP'AGE 36.

Soit pour l'EHPAD de Vatan, 0,40 ETP supplémentaire de psychologue pour porter le total 0.80 ETP de psychologue pour 76 lits.

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section dépendance doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.2

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins bucco-dentaires

Personne référente : IDEC

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention

Objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie

Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...)

Développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.

Description de l'action :

Prévention de la dénutrition :

1. Maintenir le suivi des indicateurs nutritionnels par l'équipe de diététique du groupe EP'AGE 36.
2. Renforcer l'implication des référents nutrition :
 - a. Dans le fonctionnement des équipes opérationnelles nutrition,
 - b. Les relations entre les unités d'EHPAD et les services restauration.
 - c. La collaboration avec les diététiciennes dans le recueil des indicateurs de suivi nutritionnels
3. Maintenir les actions de l'InterCLAN au niveau des services d'EHPAD.
4. Soutenir la collaboration entre les diététiciennes et les services restauration : outil de suivi de la qualité des repas et de la satisfaction des usagers.
5. Maintenir les actions contribuant à la réduction du temps de jeun (collation nocturne, petit déjeuner en chambre)
6. Poursuivre le travail engagé sur l'amélioration de la qualité des repas :
 - a. Cycle de menus
 - b. Révision des fiches techniques
 - c. Adaptation des textures
 - d. Evolution de nouvelles propositions d'alimentation : texture tendre, maladies neurodégénératives, menu plus, manger main
7. Elaborer un livret informatif à destination des médecins intervenant sur l'ensemble des établissements du groupe EP'AGE 36 :
 - a. Alimentation thérapeutique proposée pouvant être prescrite
 - b. Textures proposées
 - c. Compléments nutritionnels oraux disponibles dans les différents établissements

Amélioration des soins bucco dentaires :

1. Organiser un partenariat avec les cabinets dentaires accessibles PMR situés à proximité des structures lorsque c'est possible pour établir des bilans bucco-dentaires systématiques pour les résidents entrants.
2. Sensibiliser les équipes soignantes : de l'évaluation du besoin à la réalisation pratique du soin, formation action portée par les IDE au sein des structures.

3. Réaliser des soins buccodentaires systématiquement en fonction des besoins des résidents (moyens supplémentaires nécessaires).
4. Contrôler le suivi des soins d'hygiène buccodentaire (intégration dans les plans de soins AS et traçabilité).

Identification des acteurs à mobiliser :

ARS, dentistes libéraux, médecins coordonnateurs, IDEC, résidents, familles, infirmiers(ères), aides-soignants(tes), diététicienne, responsable restauration.

Moyens nécessaires :

Cabinets dentaires engagés dans la démarche

Formation des personnels

Formation du personnel de soins

Formation du personnel de cuisine sur les nouvelles propositions d'alimentation

Pour mise en place du manger main, effectif supplémentaire nécessaire dans chaque cuisine

Financement de temps de conseillère hôtelière (1,00 ETP pour le CDGI – 1,00 ETP pour CHV/CHL/Vatan) soit 0,20 ETP de conseillère hôtelière pour l'EHPAD de Vatan (cf. fiche action 4-9 « Améliorer la qualité des soins, des prestations hôtelières et du bionettoyage »)

Temps de diététicienne supplémentaire 1,00 ETP pour CHV/CHL/Vatan soit 0,10 ETP de diététicienne pour l'EHPAD de Vatan

Augmentation du temps d'aide-soignante (cf. fiche action 4-9 « Améliorer la qualité des soins, des prestations hôtelières et du bionettoyage »)

Matériel adapté (matériel ergonomique...)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	Oui		
Nombre de résidents dénutris	18		
Surveillance de la courbe de poids	Oui		
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	28 %		
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	Non réalisée en 2020		
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	Non		
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	0%		

Points de vigilance :**Bonnes pratiques à promouvoir :**

Existence d'un coordonnateur restauration sur le groupe EP'AGE 36

Suivi rigoureux des indicateurs de dénutrition

Protocole, prise en charge et suivi des escarres existant et efficient

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.3

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-3 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes

Personnes référentes : Médecin coordonnateur - IDEC - Ergothérapeute

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques de chute

Description de l'action :

- Elaborer et diffuser un protocole intégrant la prévention des chutes (+ prise en charge et suivi).
- Systématiser l'évaluation du risque de chute à l'entrée en EHPAD : intervention de l'ergothérapeute auprès de chaque nouveau résident entrant et/ou sensibilisation des équipes soignantes aux outils d'évaluation du risque.
- Proposer des aménagements adaptés en fonction des risques de chute, individuels mais aussi collectifs dans le cadre des projets de restructuration des locaux.
- Intégrer les indicateurs de suivi des chutes dans le suivi des indicateurs de soins.
- Procéder à une analyse des chutes en équipe pluridisciplinaire lors de l'élaboration ou de l'actualisation du PAP ou lors d'une modification du nombre de chute pour un résident.
- Maintenir une information régulière des proches et des familles sur ce risque, les chutes éventuelles et leur prise en charge.
- Développer les ateliers d'activités physiques adaptées.
- Repérer les résidents forts chuteurs pour proposer des alternatives à la contention lorsque c'est possible.
- Améliorer le ratio soignant/résident pour permettre un accompagnement des résidents à risque de qualité.
- Tracer systématiquement le suivi des prescriptions de contention et leur réévaluation.

Identification des acteurs à mobiliser :

Ergothérapeutes, médecins coordonnateurs, services techniques, équipe soignante, familles et résidents.

Moyens nécessaires :

Financement temps agents supplémentaire : APA (Activités Physiques Adaptées pour 0,10 ETP), ergothérapeute, aide-soignant

Financement matériel de manutention des résidents et renouvellement des dispositifs de contentions

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Protocole de prévention de chutes	Non		
Nombre de chutes prises en charge	393		
Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	1%		
Nombre de chuteurs à répétition	13		
Protocole de contention	Oui		
Taux de résidents avec contention prescrite	23%		
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	16		

Points de vigilance :

Recrutement d'ergothérapeute
 Démographie médicale (prescription et réévaluation des contentions)
 Renouvellement du matériel

Bonnes pratiques à promouvoir :

Evaluation du risque de chute (EGS)
 EPP contention

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.4

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament

Personne référente : médecin coordonnateur

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 24 réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments

Objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur

Objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie

Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse

Description de l'action :

- Mettre en place un double contrôle des piluliers
- Déployer la conciliation médicamenteuse
- Reconditionner l'ensemble des médicaments en présentation non unitaire ainsi que l'ensemble des fractions de doses
- Déployer les protocoles médicamenteux anticipés et les protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers
- Mettre en place des formations sur la sécurisation du circuit du médicament à destination des nouveaux arrivants
- Mettre en place des formations annuelles à destination des IDE sur la sécurisation du circuit du médicament
- Sensibiliser les agents sur le risque d'erreur lié aux interruptions de tâches et créer des groupes de travail afin de mettre en place un plan d'action spécifique
- Formaliser la liste des médicaments inappropriés chez le sujet âgé et mettre en place des actions afin de sensibiliser les prescripteurs à ce sujet
- Sécuriser le stockage des médicaments et dispositifs médicaux (dispositifs de stockage adaptés, climatisation)
- Promouvoir les déclarations de pharmaco et matériovigilance
- Favoriser la participation de différents professionnels de santé aux comités techniques de l'OMEDIT Centre-Val-de-Loire
- Sensibiliser les prescripteurs sur la juste prescription des antibiotiques (actions de sensibilisation, livret de bon usage des antibiotiques, EPP bon usage des antibiotiques et enquête de prévalence annuelle des antibiotiques, suivi des consommations et des résistances)
- Augmenter le nombre de CREX en lien avec la PECM
- Déployer les actions d'informations/formations des patients/résidents (fiches d'informations, actions de sensibilisation, éducation thérapeutique)

Identification des acteurs à mobiliser :

Pharmaciens, IDE, PPH, médecins coordonnateurs, IDEC, IDE et DSI

Moyens nécessaires :

- Temps dédié de Responsable du système de management de la qualité (RSMQ) (0,50 ETP pour EP'AGE 36, soit 0,03 ETP pour l'EHPAD de Vatan)
- Temps supplémentaire IDE (cf. fiche action 1-1 « Généraliser le projet d'accompagnement personnalisé »)
- Temps supplémentaire médecin coordonnateur

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026			
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	0				
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)	0				
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés	0	0			
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	Oui				
Présence d'un protocole circuit du médicament	Oui				
L'autodiagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	Non				
Nombre d'écarts	Pas disponible				

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°4.5

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe

Personne référente : Equipe Opérationnelle d'Hygiène et médecin coordonnateur

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur

Objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins

Description de l'action :

- Poursuivre la sensibilisation annuelle de l'ensemble des agents de l'établissement et des patients/résidents à la vaccination antigrippale ; le recensement annuel des patients/résidents et des agents volontaires ; la mise à disposition gratuite du vaccin contre la grippe aux agents ; l'organisation de la vaccination des agents directement sur le lieu de travail ; la promotion annuelle de la campagne de vaccination (action portée par la direction, la direction des soins et l'équipe d'hygiène)
- Diffuser le protocole d'organisation de la vaccination antigrippale dans l'établissement
- Réaliser au moins une enquête de prévalence portant sur la grippe saisonnière tous les 3 ans
- Surveiller et communiquer les taux de vaccination antigrippale agents et patients/résidents aux services et différentes instances

Identification des acteurs à mobiliser :

IDE hygiénistes, praticien hospitalier hygiéniste, médecins coordonnateurs, IDEC et direction de l'établissement.

Moyens nécessaires :

- Temps dédié de praticien hospitalier hygiéniste (réfèrent vaccination, organisation et coordination de la campagne annuelle, suivi et communication des taux de vaccination, organisation et coordination des actions d'amélioration) (cf. fiche action n° 4-11 : « Maitrise du risque infectieux »)
- Temps d'IDE hygiéniste (cf. fiche action n° 4-11 : « Maitrise du risque infectieux »)
- Temps d'IDE pour la vaccination agent (injection et surveillance)
- Temps de médecin coordonnateur
- Temps médecin santé au travail

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux de résidents vaccinés contre la grippe	70 %		
Taux de personnel vaccinés contre la grippe	36%		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Points de vigilance :

- Nécessité de réaliser des sensibilisations annuelles en présentiel dans chaque EHPAD
- Nécessité de varier les modalités de sensibilisation d'année en année afin de ne pas lasser les agents.
- Nécessité d'utiliser des outils pédagogiques interactifs afin d'avoir un impact plus important.
- Nécessité de mettre en place des actions de sensibilisation auprès des patients/résidents qui en ont les capacités cognitives.
- Nécessité de pouvoir contrebalancer les différentes idées reçues concernant les vaccins.
- Absence médecin santé au travail pour suivi des vaccinations des agents

Bonnes pratiques à promouvoir :

- Promouvoir l'information sur la maladie et sur la vaccination antigrippale.
- Promouvoir les actions de prévention de la maladie (port du masque, hygiène des mains).
- Informer sur les bienfaits de la vaccination : présente un bénéfice individuel et induit une immunité collective, intérêt de vacciner les soignants pour protéger les collègues et les patients /résidents.
- Apporter des connaissances approfondies de l'efficacité de la vaccination et de la contagiosité de la grippe (questions /réponses sur les différentes idées reçues sur la vaccination antigrippale)

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.6

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables

Personne référente : Référent qualité

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 :

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur

Objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins

Description de l'action :

Mieux identifier les EIG et les EIGAS et inciter à leur déclaration pour améliorer leur analyse.

Identification des acteurs à mobiliser :

- IDEC
- Equipe soignante
- Cellule qualité

Moyens nécessaires :

- Temps d'analyse et de formation
- Création ou révision de documents spécifiques
- Modification du process de circuit des FSEI dans les GED

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration d'EIG		Existante mais à réviser	Validation en COPIL Qualité de septembre 2022 et communication sur le flash info qualité	31/12/2022
Protocole de déclaration des EIG		Protocole de déclaration des EI à réviser pour préciser davantage le processus concernant les EIG	Préparation en cellule qualité + Validation en COPIL Qualité de septembre 2022 et communication sur le flash info qualité	31/12/2022
Re-sensibilisation de l'ensemble du personnel		1 fois par an lors de la semaine sécurité patient	Publication trimestrielle dans le flash info qualité du	31/12/2026

		nombre d'EI/EIG/EIGAS déclarés Formation des nouveaux arrivants et sensibilisation lors de la semaine sécurité patient	
Suivi du nombre d'EIG déclarés	0	Augmentation du nombre de déclaration	31/12/2026
Communication du bilan annuel	0	Rapport de gestion/CDU/ CVS/ InterCME	31/12/2026
Répertorier l'ensemble des personnels formés au CREX et les inclure dans les réunions	4	Intégrer l'ensemble des personnes	31/12/2026
Nombre de RETEX formalisés	2	1 au minimum par EIG ou EIGAS	31/12/2026

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Nombre de FSEI déclarées, nombre de CREX réalisés, Nombre de EIG déclarés.

Sous-déclaration des EI rendant difficile l'identification des EIG

Promouvoir la gestion des risques au sein des services.

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°4.7

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-7 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD

Personnes référentes : Direction Accueil et Gestion des Séjours - Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 20 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD :

- formaliser la procédure d'admission au sein des EHPAD (recherche de consentement, délai de rétractation, personne de confiance, modalités de transfert des résidents) ;
- informer le grand public des droits et obligations des résidents en EHPAD.

Modalités :

- information et formation des professionnels sanitaires et sociaux de l'accompagnement des personnes âgées ;
- mise à jour des différents documents au sein des EHPAD ;
- utilisation des outils existants (dossier d'admission Cerfa, déclaration de la personne de confiance...) et protocolisation dans le strict respect du cadre juridique de l'utilisation des outils numériques de fluidification des "parcours" via trajectoire

Problématique de la recherche du consentement + accompagnement des familles

Constat :

Dans les faits, les possibilités de recueillir le consentement effectif de la personne et de s'assurer des conditions d'un libre choix sont complexes à mettre en œuvre puisque l'entrée en établissement a souvent lieu en urgence, sans préparation. Aussi, la demande émane fréquemment des proches familiaux, ou des professionnels si la personne âgée est isolée. Cette dernière a souvent des troubles cognitifs ajoutant une difficulté à sa participation au recueil du consentement.

Le consentement libre et éclairé du résident est basé sur le droit à une information claire, compréhensible et adaptée à ses besoins. Afin de limiter une prise de décision entravée par le manque d'information du résident, il convient de parfaire les modalités d'information établies au regard des documents obligatoires présentant les droits et libertés, le fonctionnement de la structure d'accueil, les prestations proposées ainsi que la tarification et aides sociales possibles.

Description de l'action :

- Développer l'utilisation de Via-Trajectoire
- Optimiser le fonctionnement de la commission d'admission
- Actualiser, communiquer et s'assurer de l'application de la procédure de recherche de consentement
- S'assurer de la remise du livret d'accueil et de son explication systématique auprès du résident et/ou de son représentant légal
- Désigner un référent pour l'accompagnement des professionnels dans le cadre de la recherche du consentement, le suivi et la gestion des problématiques relatives à la présentation des informations sur les droits du résident : personne de confiance, directives anticipées...
- Développer l'accompagnement administratif des familles/résidents par le service AGS (demande d'aide sociale, demande de mesure de protection, etc.)

Identification des acteurs à mobiliser :

Médecin coordonnateur, IDEC, IDE, psychologue, service administratif-AGS, assistante sociale.

Moyens nécessaires :

Assistantes sociales de secteur

Procédures actualisées

Documents d'admission (Cerfa, formulaire de consentement, livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement, etc.).

Veille juridique

1,00 ETP supplémentaire d'adjoint administratif EP'AGE 36 (soit 0,07 ETP pour l'EHPAD de Vatan)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Points de vigilance :

Nombreux résidents dans l'incapacité à donner un consentement éclairé

Difficultés d'utilisation de la plateforme Via trajectoire par les usagers

Absence d'unité pour personne vieillissante à profil psychiatrique

Bonnes pratiques à promouvoir :

Réflexion à mener en équipe pluridisciplinaire (processus parcours du patient)

Commentaires sur le constat de résultat :

Fiche Action N°4.8

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS

Personne référente : Président(e) du comité éthique et de bientraitance du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 28 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS :

- veiller à la bientraitance ;
- sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance ;
- insister sur l'importance de l'accompagnement et de la relation humaine dans l'accueil des personnes.

Modalités :

- accompagner les personnels en mettant en place des formations, en veillant à maintenir en adéquation leur tâche et leur qualification ;
- veiller à ce que les CPOM et les projets d'établissement et de service contiennent cette dimension qualitative de l'accompagnement et de la prise en charge ;
- évaluer régulièrement les établissements en leur demandant les actions mises en place pour améliorer la qualité de la prise en charge ;
- vérifier que le droit des résidents et des usagers sont bien respectés.

Description de l'action :

- Pérenniser le Comité en poursuivant l'implication des différents membres, comme acteurs dans le déploiement de la démarche éthique et de bientraitance
- Communiquer autour des travaux du comité éthique et de bientraitance : y compris conduites à tenir et procédures à destination des personnels non soignants
- Organiser une formation commune à la consolidation des compétences des référents
- Formaliser et transmettre des lettres de missions et feuilles de route pour les référents
- Organiser le tutorat sur l'apprentissage des pratiques en bientraitance au recrutement
- Evaluer et généraliser les bonnes pratiques via le comité éthique bientraitance

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction et IDEC

Référents et membres du comité

Représentants de familles et des usagers

Moyens nécessaires :

Politique d'établissement

Réunions et si besoin, avis consultatif d'experts

Formations : démarche éthique, bientraitance

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année			
Nombre de réunions d'information sur la bientraitance			
Rythme des réunions du comité bientraitance	3 réunions/année		

Points de vigilance :

Réseau d'experts à conforter

Bonnes pratiques à promouvoir :

Identification et signalement de situation de non bientraitance

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 4.9

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4.9 Améliorer la qualité des soins et des prestations hôtelières et du bionettoyage

Personnes référentes : Direction de site et IDEC

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Les résidents en EHPAD, pour la plupart poly pathologiques, nécessitent un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne pour suppléer partiellement ou totalement la perte d'autonomie. La prise en charge requiert par ailleurs, de mobiliser des connaissances en gériatrie (MND, fin de vie, ...)

Or, les effectifs d'aides-soignants attribués par les autorités de tutelles s'avèrent insuffisants et ne permettent pas d'assurer l'ensemble des soins aux résidents. Les établissements du groupe EP'AGE 36, comme beaucoup d'EHPAD, sont confrontés à cette problématique et se trouvent dans l'obligation d'affecter les agents de services hospitaliers aux soins afin de compenser le manque d'effectifs AS.

Les ASH assurent par conséquent la fonction d'AS, au détriment toutefois de la qualité des prestations hôtelières et du bio nettoyage dans les résidences.

Description de l'action :

- Mettre en adéquation les moyens AS au regard des besoins de la prise en charge en EHPAD : Obtenir un ratio AS suffisant pour assurer la PEC du résident et ainsi recentrer les ASH sur les missions qui leur sont dévolues, en application de la réglementation
- Engager une réflexion afin de faire évoluer les organisations de travail, avec la mise en place/ la généralisation d'une équipe hôtelière, ayant pour mission de fournir des prestations hôtelières de qualité dans chaque résidence d'EP'AGE 36 (hôtellerie, restauration, lingerie, bio nettoyage, ...)
- Définir et formaliser l'organisation de travail pour chaque résidence
- Redéployer le temps de travail des ASH après analyse des besoins organisationnels de chaque résidence
- Elaborer les fiches de poste (agent hôtelier, conseillère hôtelière)
- Identifier et prévoir les moyens nécessaires en équipement, en formations, ...
- Mettre en œuvre la nouvelle organisation
- Evaluer le dispositif et mettre en place les actions d'amélioration

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction générale

Direction de sites

Direction des ressources humaines, des relations sociales et de affaires médicales

Direction des finances

Direction des soins et des prestations hôtelières

Direction des affaires économiques, logistiques, des travaux et du développement durable

Autorités de tarification : ARS et Conseil départemental

IDEC

EOH

Moyens nécessaires :**Moyens humains :**

- Poste d'AS : 17,00 ETP
- Temps d'encadrement : 0,30 ETP d'IDEC ou de cadre de santé
- Poste conseillère hôtelière (1,00 pour le CDGI – 1,00 ETP pour CHV/CHL/Vatan) soit 0,20 ETP pour l'EHPAD de Vatan

Des moyens matériels :

- Outil numérique (Investissement dans un logiciel de traçabilité du bio nettoyage, ...)
- Équipement : nettoyeur vapeur, auto-laveuse, ...

Formation

Pour garantir une prestation hôtelière de qualité

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Ratio AS/ASH				
Taux d'encadrement soignant				

Points de vigilance :

Adaptation des fonctionnements aux crises sanitaires

Moyens humains et matériel indispensables à la fiche action

Bonnes pratiques à promouvoir :

Suivi EOH (hygiène de l'environnement, prévention des risques légionnelles et aspergillaire, HACCP, ...)

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 4.10

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-10 : Projet de déploiement et de développement des pratiques avancées (IPA)

Personnes référentes : Direction des Ressources humaines du groupe EP'AGE 36 + Direction de Site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

- Plan de renforcement de l'accès territorial aux soins (Priorité 1, point 8)
- Stratégie nationale de santé (SNS 2018-2022) (Axe 4) Stratégie de transformation du système de santé

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé crée l'article L.4301-1 du Code de la santé publique et introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux. La pratique avancée permet ainsi à des IDE d'exercer des missions élargies, dont les différents textes réglementaires spécifient et encadrent l'exercice de l'IPA à présent.

La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées.

Au regard de la démographie médicale dans le département de l'Indre et afin d'anticiper l'évolution de celle-ci, le déploiement et de développement des pratiques avancées constituent un axe du projet d'établissement 2020/2025 pour les établissements du groupe EP'AGE 36.

La pratique avancée vise à répondre aux nouveaux enjeux d'un système de santé en pleine mutation. La démarche est engagée pour le CDGI, avec l'inscription d'une IDE en formation IPA à partir de septembre 2021.

Description de l'action :

- Identifier le besoin fonctionnel en pratique avancée pour l'établissement
- Intégrer la formation IPA au plan de formation
- Construire le projet professionnel avec l'agent
- Organiser le départ en formation IPA à but d'acquisition de compétences (domaine d'intervention : prévention et polyopathologies chroniques stabilisées, santé mentale)
- Mener une réflexion et définir le cadre d'intervention de l'IPA (conditions et modalités d'exercice, collaboration entre professionnels, liens hiérarchiques et liens fonctionnels ...)
- Rédiger la fiche de poste
- Intégrer les IPA dans le fonctionnement de l'établissement
- Communiquer auprès des résidents et des familles sur le dispositif
- Mettre en œuvre de nouvelles modalités d'exercice et de collaboration entre médecins et IPA
- Articuler les pratiques du médecin traitant et celles de l'IPA pour pallier l'insuffisance de temps médical

Identification des acteurs à mobiliser :

- Différentes directions
- Médecins coordonnateurs et médecins libéraux
- Groupe de travail interne à l'établissement afin de formaliser le cadre d'intervention
- ARS

Moyens nécessaires :

Moyens humains supplémentaires : création de 1,00 ETP d'IPA pour l'EHPAD de Vatan

Moyens financiers : financement de la formation, remplacement de l'IDE en formation d'IPA (2 ans).

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Nombre d'IDE formées aux pratiques avancées	0		
Nombre de résidents suivi dans le cadre de la pratique avancée			
Nombre et nature des prescriptions réalisées			

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Adaptation et suivi du fonctionnement

Evaluation du dispositif

Nouveau métier

Moyens humains et financiers indispensables à la fiche action

Commentaires sur le constat de résultat :

Hospitalisations évitées

Fiche Action Etablissement N° 4.11

Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-11 : Maîtrise du risque infectieux

Personnes référentes : Praticien Hospitalier en Hygiène du groupe EP'AGE 36 et IDEH

Date de création : 01/01/2022

Description de l'action :

- Poursuivre la politique de sensibilisation à la vaccination (grippe, COVID-19, rougeole, etc.) auprès des résidents et des agents en organisant des sensibilisations annuelles dans chaque unité ;
- Développer les formations et les sensibilisations en hygiène à destination de l'ensemble des agents de l'établissement mais aussi des résidents ;
- Suivre et gérer les épidémies (mise en place des précautions adaptées, organisation des dépistages, suivi des cas, déclaration des cas) ;
- Suivre le bon usage des antibiotiques (promouvoir le bon usage des antibiotiques, validation pharmaceutique des prescriptions, audits réguliers, formations des prescripteurs, etc...) ;
- Apporter l'expertise en hygiène dans la gestion du réseau d'eau (dont prévention du risque légionnelle), du circuit des déchets, du circuit du linge et pour la gestion des travaux ;
- Accompagner le suivi et la gestion des AES ;
- Participer aux enquêtes annuelles (consommation des antibiotiques et suivi des résistances, bactériémies, consommation de solution hydro-alcoolique) ;
- Répondre aux indicateurs annuels du bilan LIN ;
- Participer à la rédaction des carnets sanitaires et classeurs HACCP ;
- Superviser la réalisation des contrôles microbiologiques des surfaces (cuisines, salles de soins, offices, etc...) ;
- Réaliser annuellement des audits de pratiques ;
- Réactualiser annuellement le DARI ;
- Participer aux inter-CLIN, inter-CAI ;
- Participer aux réunions régionales du RHC-CPIAS ;
- Participer aux réunions de la cellule hygiène du GHT ;
- Compléter et réactualiser l'ensemble de la gestion documentaire en lien avec le risque infectieux.

Identification des acteurs à mobiliser : EOH (IDE et PH hygiéniste), direction des soins, médecins coordonnateurs, cadres de santé, IDER, référents en hygiène dans les services de soins et responsables de services logistiques.

Moyens supplémentaires nécessaires :

- 1,00 ETP de Praticien en Hygiène Hospitalière pour le groupe EP'AGE 36 (soit 0,06 ETP pour l'EHPAD de Vatan)
- 2,00 ETP supplémentaires IDE Hygiéniste pour le groupe EP'AGE 36 (soit 0,12 ETP pour l'EHPAD de Vatan)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF).

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Consommation annuelle en antibiotiques (en DDJ/1000 JH)	26		
Nombre d'HDM /24h/résident EHPAD	5,97		

Points de vigilance :

- Nécessité de réaliser des sensibilisations régulières en présentiel dans chaque EHPAD (= temps dédié important)
- Nécessité de se déplacer dans chaque unité pour la gestion de chaque cas (meilleure évaluation des actions à mettre en place en fonction de l'architecture, meilleure communication avec les agents) = temps dédié important
- Nécessité de se déplacer dans chaque unité afin de présenter les nouveaux protocoles (meilleure compréhension et implication de la part des soignants)
- Nécessité de varier les modalités de sensibilisation d'année en année afin de ne pas lasser les agents
- Nécessité d'utiliser des outils pédagogiques interactifs afin d'avoir un impact plus important
- Nécessité de mettre en place des actions de sensibilisation auprès des patients/résidents qui en ont les capacités cognitives

Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°5.1

Axe 5 : Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences

Personne référente : Direction des ressources humaines du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Références au diagnostic partagé, au PRS2 et au schéma gérontologique 2017-2022

Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail

Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques

Objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie : structurer et développer les dispositifs de formation

Description de l'action :

Bilan de la politique sociale

Le bilan de la politique sociale a été effectué dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement 2020-2025.

N°	Axe stratégique	N°	Objectif	CDGI	CHV	CHL	EHPAD VATAN	
1	Développer une culture de projet de vie	2	Renforcer les compétences et connaissances des professionnels dans l'élaboration du projet de vie et du projet de soins	X	X	X	X	+
2	Continuer le déploiement de la GPMC	1	Valoriser les compétences internes	X	X	X	X	+
3	Continuer à améliorer la qualité de vie au travail	1	Faire évoluer les organisations	X	X	X	X	-
		2	Répondre aux exigences en matière de santé au travail	X	X	X	X	-
4	Poursuivre la coordination entre les établissements de la direction commune et développer une culture commune	1	Professionaliser et spécialiser les secteurs RH	X	X	X	X	+
		2	Partager les compétences et valoriser les expertises	X	X	X	X	+
		3	Mettre en place une politique de recrutement commune	X	X	X	X	○

Une politique sociale commune au service de l'évolution des besoins des bénéficiaires accueillis.

- Développement des compétences
- Gestion prévisionnelle des métiers et de compétences
- Qualité de vie au travail
- Coordination de la compétence commune au sein d'une culture commune

La politique sociale, aux indicateurs favorables, mérite d'être renforcée sur la base d'orientations identifiées par les acteurs de terrain.

L'adéquation des ressources à l'activité

- ❖ L'EHPAD de Vatan possède une position basse quant à son taux d'encadrement des lits médico-sociaux lorsqu'on le compare à des établissements de même type.
- ❖ Malgré un ratio d'encadrement assez nettement inférieur à la moyenne de la base de comparaison, l'EHPAD de Vatan possède un taux de turnover plutôt faible.

Rappel du projet social et managérial du projet d'établissement 2020/2025

Elément constitutif du projet d'établissement, le projet social et managérial est le reflet de la politique sociale du groupe EP'AGE 36.

Elaboré en concertation avec les représentants des personnels, il permet à l'établissement de définir sa politique de développement social qui vise à assurer l'adaptation des personnels aux évolutions engagées par le nouveau projet médico-soignant et à maintenir une forte dynamique et une cohésion plus grande au sein des équipes.

Pour mener à bien les changements engagés, les établissements ont besoin de s'appuyer sur leurs « ressources humaines » et sur leurs richesses : l'investissement, le professionnalisme et la motivation des acteurs qui assurent au quotidien la prise en charge des usagers et le bon fonctionnement des Institutions.

Le projet social et managérial tient compte de l'histoire et des problématiques propres aux établissements et s'efforce de concilier, autant que faire se peut, l'intérêt de l'Institution et celui des agents qui y travaillent.

Au sein d'un projet global centré notamment sur la compétence et la volonté d'adaptation des métiers aux évolutions des prises en charge, le projet social et managérial souhaite bâtir les fondations d'une politique qui permettra à tous les agents de trouver un intérêt aussi bien professionnel que personnel à l'exercice de leur métier, dans des conditions de travail améliorées, dans le respect de leurs droits et avec la garantie du respect des valeurs qui ont fait leur engagement.

Ainsi, le projet social et managérial mettra en œuvre les outils et méthodes de gestion des ressources humaines permettant l'affectation des bons professionnels au bon endroit, au bon moment. La mise en œuvre d'un plan de formation respectant la réglementation et les bonnes pratiques a pour objectif de participer au mouvement de progrès général tourné vers l'excellence de la prise en charge.

L'unification des pratiques RH entre les établissements du groupe et la mise en place d'une véritable politique managériale, donnant à l'encadrement de proximité des leviers maîtrisés et contrôlés dans l'organisation des équipes de soins, doivent permettre l'épanouissement professionnel et le renforcement de la qualité de vie au travail.

Bien entendu, un programme spécifique dédié à la prévention des risques professionnels et des accidents du travail complétera ces axes. Il passera aussi bien par de l'investissement en matériel que par un dialogue permanent avec les représentants du personnel ainsi que par l'application de modèles organisationnels et hiérarchiques novateurs.

Le projet social et managérial se veut donc global et non pas ciblé, et souhaite développer une politique de ressources humaines plutôt que déployer un simple plan d'actions. L'établissement souhaite que chaque professionnel puisse participer au développement de son établissement tout en étant acteur de sa carrière, de sa réussite professionnelle et de la solidarité nécessaire entre les membres des équipes.

Objectifs/actions :

Les objectifs et actions suivants, certains en lien avec les lignes directrices de gestion, sont extraits du projet social et managérial :

- Maintenir les acquis et l'autonomie des résidents par le recrutement de compétence en activité physique adaptée
- Développer les pratiques avancées en lien avec la réduction des hospitalisations évitables
- Tendre vers l'augmentation du temps médical salarié en remplacement du temps médical défaillant
- Renforcer le temps médical partagé
- Garantir la coordination des actions dans le cadre du plan de formation
- Renforcer le rôle de l'encadrement de proximité notamment dans la diffusion des compétences acquises en formation,

- Fidéliser les personnels en favorisant l'accès à la promotion professionnelle,
- Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelles en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service,
- Garantir une planification conforme aux organisations définies,
- Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail,
- Partager les compétences et valoriser les expertises,
- Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi.

GPMC (politique de recrutement, stratégie d'accompagnement des parcours de professionnalisation...)

La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), démarche intégrée dans le volet RH du projet d'établissement, se traduit concrètement d'une part à travers les entretiens annuels d'évaluation sur GESFORM (côté courant de la GPMC), et d'autre part dans sa partie prévisionnelle notamment au regard de réflexions portant, entre autres, sur les anticipations de départs d'agents et la gestion des compétences « rares ».

La GPMC est aujourd'hui un support incontournable à la mise en œuvre du projet d'établissement : pouvoir apporter au projet les moyens et évolutions nécessaires à son développement, fournir à l'établissement les compétences dont il aura besoin demain, prendre en compte les besoins et attentes des personnels...

Valoriser les compétences internes :

- Former des infirmiers en pratiques avancées
- Constituer un réseau d de référents et d'experts sur des thèmes identifiés
- Construire des parcours de professionnalisation par catégorie professionnelle en lien avec les objectifs du projet médico-soignant et le développement de l'offre de service
- Améliorer le ratio AS/ASH pour atteindre 70% d'AS
- Définir et négocier une politique de mobilité interne et externe (groupe EP'AGE 36)
- Organiser les modalités de "transfert de compétences" en cas de formation spécifique
- Favoriser l'accès à la promotion professionnelle notamment sur les métiers rares
- Anticiper les départs afin d'avoir moins de difficultés pour les recrutements

Continuer à améliorer la qualité de vie au travail (cf. processus et politique QVT)

La qualité de vie au travail des personnels est une préoccupation indispensable, depuis peu reconnue comme priorité nationale. Né au sein du monde anglo-saxon dans les années 1970, ce concept répond à des ruptures profondes dans l'emploi, mais aussi dans le travail et le rapport au travail. Notre secteur n'échappe pas au processus : intensification en termes de rythme et de charge, réorganisations...

Développer la qualité de vie au travail, c'est être attentif à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de parcours professionnel offertes à chacun et à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Concept transversal, la qualité de vie au travail impacte nécessairement la politique de GRH. Le volet managérial, le guide de la mobilité ou encore une politique de maintien en emploi des travailleurs en situation de handicap font l'objet d'une attention toute particulière.

L'absence de service de médecine de santé au travail, depuis la résiliation des contrats des établissements du groupe EP'AGE 36 par l'AIMSMT, est pénalisant pour l'obligation réglementaire dans ce domaine et préjudiciable pour la QVT des agents, puisqu'aucune prévention ni suivi réel ne sont possibles au regard de leur santé. Là aussi la démographie médicale déficitaire est un frein important. Un projet de service de médecine de santé au travail a été déposé par les établissements du GHT auprès de l'ARS, mais est resté sans réponse à ce jour. En attendant une solution globale pour le territoire, il serait opportun de mettre en place au moins un IDE spécialisé mutualisé pour les 4 établissements du groupe EP'AGE 36.

- Garantir une planification conforme aux organisations définies
- Partager les compétences et valoriser les expertises
- Permettre la satisfaction et la reconnaissance au travail
- Renforcer le développement de la culture gériatrique pour les personnels soignants notamment par la connaissance croisée des métiers
- Harmoniser le positionnement des cadres

- Positionner l'IDE dans l'équipe soignante
- Organiser les changements de service ou d'équipe de soins à une fréquence définie en privilégiant le volontariat.
- Développer une politique d'insertion et de maintien dans l'emploi
- Mettre en œuvre le plan égalité professionnelle

Identification des acteurs à mobiliser :

- Direction des Ressources Humaines, des relations sociales et des affaires médicales
- Direction de site
- IDEC
- Service RH
- Médecins

Moyens nécessaires :

1,00 ETP d'IDE de médecine de santé au travail au prorata du nombre d'agents (soit 0,06 ETP pour Vatan)

Les objectifs nécessitant des moyens nouveaux ne pourront être réalisés qu'en fonction de l'attribution desdits moyens.

Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins

Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.

Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.

La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Taux d'absentéisme	15,89 %		
Taux d'absentéisme courte durée	5,38 %		
Taux d'accident du travail	0,91 %		
Taux d'ETP vacants au 31/12			
Taux de rotation des personnels	10,00%		
Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	2,41%		
Ratio d'encadrement global	0,69		
Nombre de points GIR par AS	35		
Ratio d'encadrement AS/ASH	0,48		
Ratio d'encadrement IDE	0,08		
Taux de remplacement du personnel	26%		
Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	0		
Plan de formation : O/N	Oui		
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS	17		

Organisation comprenant un pool de remplacement	Non		
Nombre de formations qualifiantes	1		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action N°5.2

Axe 5 : Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

Personne référente : Direction des ressources humaines du groupe EP'AGE 36

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 27 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines :

- aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines ;
- mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme...

Modalités :

- formation du personnel ;
- mise en place de bilans sociaux et analyse de ces documents ;
- élaboration de différents tableaux de bord.

Description de l'action :

Mise en place du Rapport Social Unique décret de novembre 2020.

Identification des acteurs à mobiliser :

Direction des Ressources Humaines, des Relations Sociales et des Affaires Médicales et service RH.

Moyens nécessaires :**Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :**

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2022	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Rapport Social Unique (RSU)	0		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :**Commentaires sur le Constat de résultat :**

Fiche Action N°6.1**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6.1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants**

Personne référente : Direction des affaires économiques, logistiques, des travaux et du développement durable du groupe EP'AGE 36 + Direction de site

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic PRS2 :

Fiche action 29 du schéma gérontologique départemental 2017-2022 : Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants :

- mettre aux normes de sécurité et de confort les établissements existants ;
- offrir à la population accueillie des locaux permettant de leur assurer une prise en charge en adéquation avec leurs besoins évolutifs.

Modalités :

- poursuivre l'effort de restructuration et d'adaptation du bâti ;
- retenir les projets de restructuration intégrant les réponses aux besoins des PAD et plus particulièrement dépendantes psychiques.

Description de l'action :

L'adaptation et la modernisation des établissements existants doit permettre de répondre à plusieurs objectifs :

- Restructurer les services d'EHPAD qui ne répondent pas aux normes de confort hôtelier et de prise en charge actuelles (manque de locaux de stockage ou de soins...)
- Adapter les locaux à l'évolution des pathologies des résidents accueillis (PASA, accueil de jour)
- Moderniser et mettre aux normes les bâtiments pour assurer une meilleure qualité de prestations
- Améliorer les performances énergétiques des bâtiments

Identification des acteurs à mobiliser :

ARS, conseil départemental, direction des travaux, direction des soins, direction des finances, services techniques, AMO, direction générale et de site

Moyens nécessaires :

Financements à hauteur des travaux prévus

Subvention état département

Subvention PAI/Ségur

Financement complémentaires par le biais d'appel à projets

Les investissements ne pourront être intégrés dans le PPI qu'après la transmission d'un dossier, d'un examen détaillé de leur impact et d'une validation par les autorités de tarification.

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre :

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		
Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Agrandir les offices alimentaires		Etude de faisabilité 2022		
Transformer pour réutilisation les locaux de l'ancienne cuisine		Etude de faisabilité 2022		

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Associer les équipes dans les choix architecturaux (mise en place de comité de pilotage sur tous les projets associant des agents)

Faire des choix d'équipements et de matériaux durables

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 6.2**Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)****6.2 Proposer des alternatives à la Prise En Charge (PEC) de nuit des troubles du comportement au domicile**

Personne référente : Direction de la stratégie du groupe EP'AGE 36 + Direction du site + médecin coordonnateur

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Description de l'action :

Aujourd'hui, il existe de nombreuses possibilités d'accueil en journée, permettant de soulager les aidants de personnes atteintes de maladies cognitives. La période nocturne est souvent source de confusion pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. C'est une situation particulièrement éprouvante pour les proches aidants. C'est pourquoi, les établissements du Groupe EP'AGE36 souhaitent développer le concept d'accueil de nuit aux personnes ayant des troubles cognitifs et vivant à domicile.

Cette alternative à un hébergement classique permet aux aidants de disposer de périodes de répit visant à prévenir des situations d'isolement ou d'épuisement et prolonger ainsi le maintien à domicile de la personne âgée.

Identification des acteurs à mobiliser :

L'accueil sera réalisé par des assistants de soins en gérontologie (ASG) intervenant successivement de 16h30 à 23h30 et de 23h30 à 9h30.

Moyens nécessaires :

L'accueil de nuit offre aux personnes âgées une prise en charge comprenant le transport domicile-EHPAD, la restauration (dîner, petit déjeuner), une surveillance de nuit, une aide à la toilette du matin et à la prise des repas avec des ASG.

Diverses activités seraient proposées aux bénéficiaires, selon leurs besoins et leurs souhaits. Les locaux des différents sites du groupe EP'AGE 36 pourraient également être utilisés en soirée (espace détente, cuisine, tables et matériel pour activités diverses)

Projet qui reste à définir (fonctionnement, organisation, financement...) et qui doit faire l'objet d'une validation et d'une autorisation par les autorités.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

Commentaires sur le Constat de résultat :

Fiche Action Etablissement N° 6.3

Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)

6.3 Proposer des alternatives au domicile par rapport à l'hébergement traditionnel

Personnes référentes : Direction de la stratégie et des coopérations du groupe EP'AGE 36 + Direction de site + médecin coordonnateur

Date de création : 01/01/2022

Constat du diagnostic :

Les mesures de maintien à domicile sont largement favorisées dans le département ; la limite étant en lien avec la charge de soins, conséquence de la dépendance, ou avec les troubles du comportement aboutissant à une mise en danger de la personne.

Cependant, les personnes âgées souhaitent de plus en plus continuer à vivre à domicile, tout en bénéficiant d'aides adaptées à leurs besoins. Ce constat a notamment été accentué avec la crise sanitaire. Par ailleurs, ce maintien à domicile peut avoir un intérêt thérapeutique pour une personne ayant des troubles cognitifs : les troubles évolueraient moins vite en cas de maintien à domicile (puisqu'il n'y aurait pas de perte de repère).

Le territoire est également bien équipé en matière de lits d'EHPAD « classiques » (le Schéma Gérontologique Départemental 2017-2022 décompte 2 781 places d'EHPAD habilitées à l'aide sociale et 438 non habilitées).

Le groupe EP'AGE 36 possède notamment 965 lits d'EHPAD, 10 places d'accueil de jour, 20 places d'hébergement temporaire, 3 SSIAD, une plateforme de répit pour les aidants et une Équipe Mobile Gériatrique. Ce projet d'EHPAD à domicile permettrait au groupe de poursuivre sa diversification et l'ouverture sur l'extérieur de son offre institutionnalisée afin de proposer des réponses inclusives.

Description de l'action :

Objectif : créer une porte d'entrée unique pour toutes les prestations que l'on peut trouver dans un EHPAD et constituer un centre de ressources territorial.

Par transformation de l'offre existante (lits d'hébergement permanent), les établissements du groupe EP'AGE 36 envisagent donc de créer des places d'EHPAD à domicile (nombre de places et répartition géographique encore à définir).

Des prestations identiques à celles proposées au sein de l'établissement en matière d'hébergement, de dépendance et de soins et ce, en fonction des besoins identifiés pour la personne, seraient proposées aux résidents à domicile, 24h/24 et 7 jours/7.

Ce projet permettrait de :

- Proposer une alternative à l'hébergement permanent en EHPAD pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées en situation de dépendance ;
- Décloisonner l'EHPAD et le domicile (mutualiser les compétences gériatriques, transition progressive en amont de l'entrée en établissement) par transformation de l'offre existante ;
- Accompagner les personnes âgées dépendantes et coordonner leur parcours gériatrique ;
- Diversifier l'offre existante par une alternative innovante ;
- Soulager les aidants ;
- Conserver un lien social et constituer un parcours de vie.

Identification des acteurs à mobiliser :

- Réactivation du groupe projet interne à l'établissement (médecins coordonnateurs, direction de la stratégie, directions de site, directions des soins, coordinatrices des SSIAD).
- ARS et Conseil départemental

Le projet vise également à décloisonner les services relevant du sanitaire et du médico-social. L'établissement support veillera à décrire l'articulation de l'EHPAD à domicile avec son environnement et les partenariats qu'il envisage, notamment avec :

- Le secteur sanitaire (gériatrie, psychiatrie, SSR et HAD, le cas échéant), et en particulier les conditions de transfert ou d'admission en cas d'urgence
- Le secteur libéral, dont médecin traitant et IDE libérales
- Équipe soins palliatifs
- Les structures médico-sociales et sociales (SSIAD, SAD)
- Les réseaux existants sur le territoire

Moyens nécessaires :

- Budget de fonctionnement
- Equipe pluridisciplinaire dédiée
- Plan de formation spécifique
- Outils informatiques adaptés (dossier patient, usage d'outils numériques permettant la coordination et la continuité des parcours de santé, recours à la téléconsultation...)

Projet qui reste à définir (fonctionnement, organisation, financement...) et qui doit faire l'objet d'une validation et d'une autorisation par les autorités.

Calendrier prévisionnel : 01/01/2022 au 31/12/2026

Etape 1 : Elaboration du projet par le COPIL interne (2022)

Etape 2 : Présentation du projet aux autorités compétentes (1^{er} trimestre 2023)

Etape 3 : Ajustement du projet et formalisation des partenariats extérieurs (1^{er} semestre 2023)

Etape 4 : Recrutement du personnel (1^{er} semestre 2023)

Etape 5 : Déploiement du service et communication (2nd semestre 2023)

Points de vigilance, Bonnes pratiques à promouvoir :

- Stabilité de l'équipe pluridisciplinaire
- Interlocuteur unique chargé de la coordination (gestionnaire-référent)
- Accueil d'urgence et accueil de nuit à prévoir

Commentaires sur le Constat de résultat :



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
géré par le Centre Hospitalier de La Châtre
situé à 40, avenue des Oiseaux – 36400 La Châtre
N° FINESS : 36 000 7025
2022-2026

Entre,

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

Le Département de l'Indre,
 Dénommé le Département

Adresse : Place de la Victoire et des Alliés – CS20639
 Code postal : 36020
 Commune : CHATEAUROUX CEDEX

représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental de l'Indre,

L'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire,
 Dénommée l'ARS

Adresse : Cité Coligny, 131 rue du Faubourg Bannier
 Code postal : 45 044
 Commune : ORLEANS CEDEX

représentée par Monsieur Laurent HABERT, Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire,

Et d'autre part :

Centre Hospitalier de La Châtre
 Dénommé l'Organisme gestionnaire
 Pour l'activité EHPAD

Adresse : 40, rue des Oiseaux
 Code postal : 36400
 Commune : LA CHATRE

représenté par Monsieur Xavier BAILLY, en qualité de Directeur du Centre Hospitalier de La Châtre, personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Visas et références juridiques	3
TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat.....	4
Article 2 : Objectifs du CPOM.....	11
TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT	13
Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP	13
Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance	13
Article 3 : Forfait soins.....	15
Article 4 : Tarification de l'hébergement.....	17
Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans	20
Article 6 : Investissements pluriannuels.....	20
Article 7 : Modalités d'affectation des résultats.....	21
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	22
Article 1 : Suivi et évaluation du contrat.....	22
Article 2 : Traitement des litiges	24
Article 3 : Révision et Résiliation du contrat.....	24
Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM	25
Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans	25
Article 6 : Renouvellement du contrat	25
Article 7 : Evaluation	25
TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM.....	26
• Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé	26
• Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire	26
• Annexe 3 - Suivi annuel des objectifs fixés et des indicateurs retenus	26
• Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)	26
• Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	26
• Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....	26
• Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM).....	27
• Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat	27
• Annexe 9 - Fiches actions.....	27

Visas et références juridiques

- Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment les articles L312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;
- Vu** le Code de la Santé Publique ;
- Vu** le Code de la Sécurité Sociale ;
- Vu** le Code Général des Collectivités Territoriales ;
- Vu** la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Vu** le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur HABERT Laurent en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;
- Vu** la délibération n° CD_20210701_001 relative à l'élection du Président du Conseil départemental ;
- Vu** le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Vu** le décret N°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Vu** l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 22 mars 2018, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental de l'Indre ;
- Vu** la circulaire N° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;
- Vu** l'instruction ministérielle n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de l'Agence Régionale de Santé ;
- Vu** le Programme régional de santé deuxième génération 2018- 2022 de l'ARS Centre - Val de Loire ;
- Vu** le Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de l'ARS Centre - Val de Loire ;
- Vu** le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017 ;
- Vu** l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0310 et n° 2018-D-2862 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD(s) du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de la CHATRE, gérés par le Conseil de surveillance du CH de LA CHATRE, d'une capacité totale de 353 places ;
- Considérant** la convention tripartite signée entre le Président du Conseil général, le Directeur Général de l'ARS Centre et le représentant de l'établissement, en date du 18 septembre 2014 et ses avenants.

Il a été conclu ce qui suit :

TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Département de l'Indre et le Centre Hospitalier de La Châtre gestionnaire de l'activité EHPAD, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Présentation de l'Organisme gestionnaire :

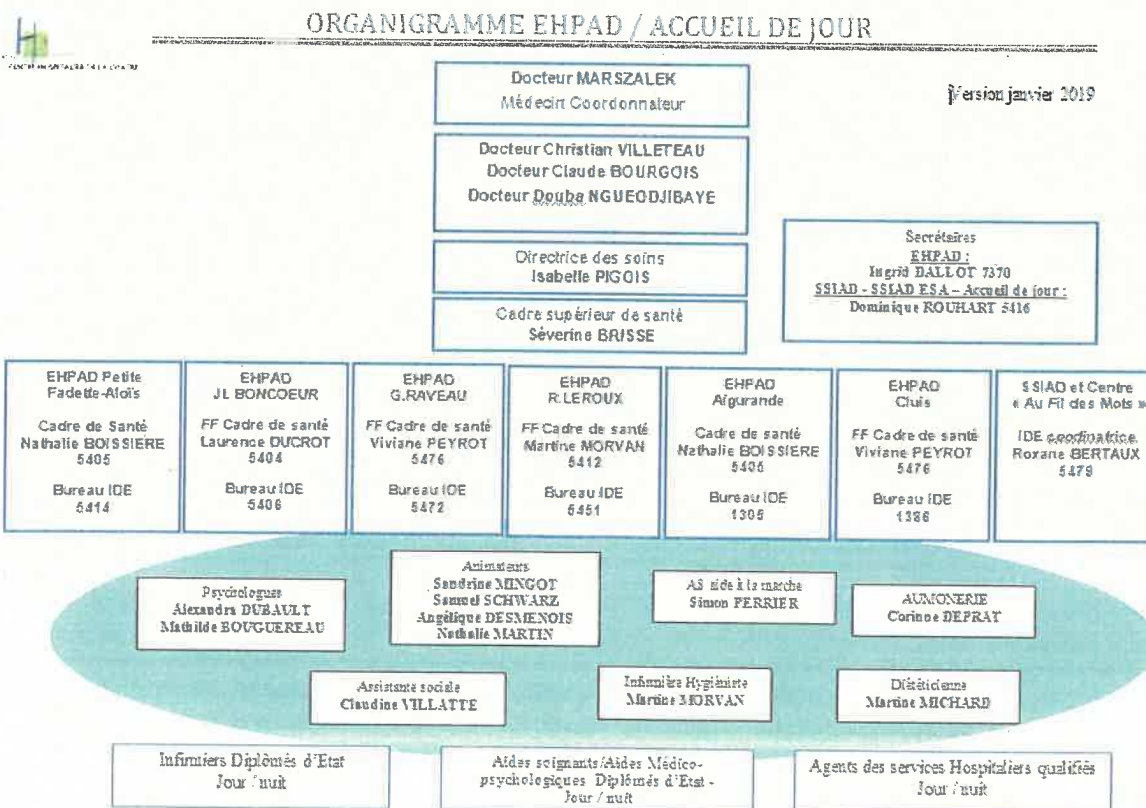
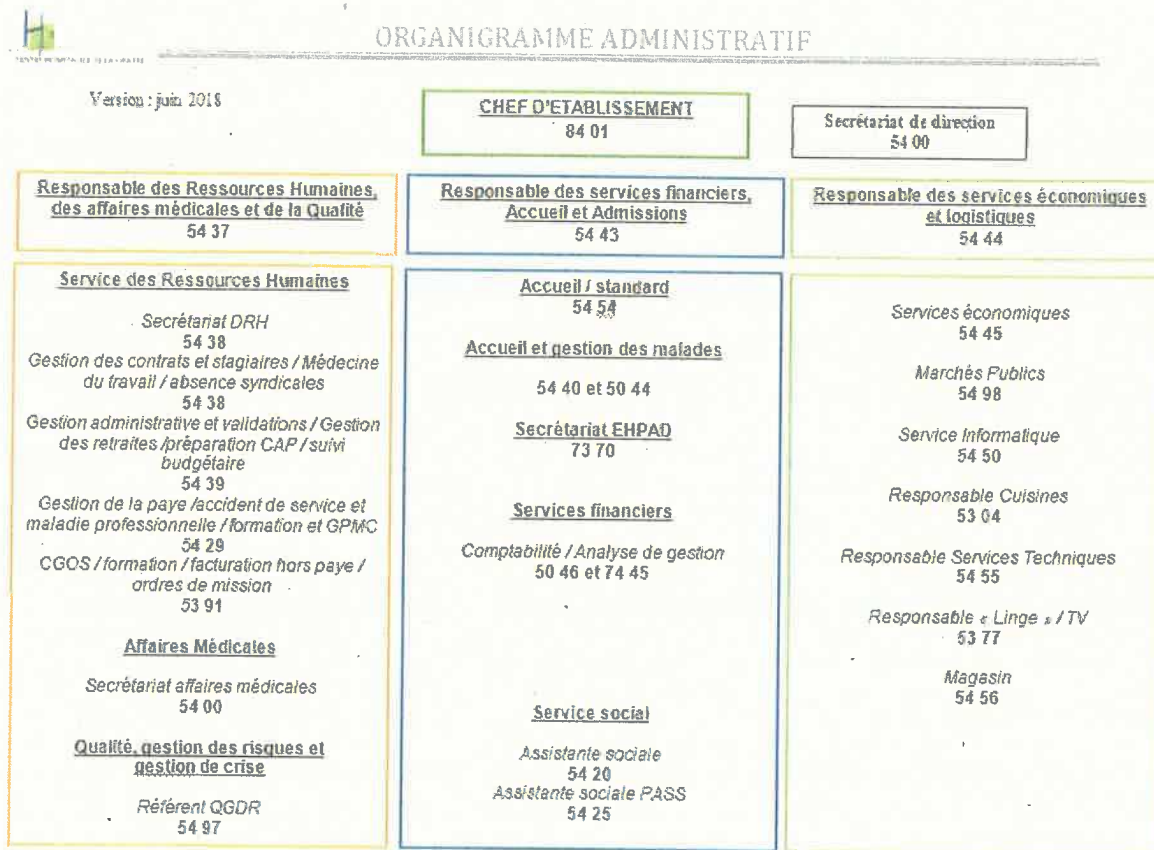
Nom du gestionnaire (entité juridique)	CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE
N°FINESSE (EJ)	360000061
Directeur par Intérim	Monsieur Xavier BAILLY
Adresse	40, rue des Oiseaux – 36400 LA CHATRE
Téléphone	02 54 06 54 00
E-mail	secretaire.direction@ch-lachatre.fr
SIREN	
Statut juridique	Etablissement Public de Santé

Activités de l'entité juridique :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et Nom de l'établissement ou service	Date de 1 ^{ère} autorisation	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge	EHPAD	Site de La Châtre 267 places dont 14 places en UHR et 8 places en accueil de jour Alzheimer	1 ^{ère} autorisation 04/01/2002 ****	275	275
		Site de CLUIS	N°2018-DOMS-PA36-0310 et n°2018-D-2862 du 18-10-2018	26	26
		Site d'AIGURANDE		52	52
Handicap					
Protection de l'enfance					
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire	MEDECINE	Service Médecine dont 5 LISP	1 ^{ère} autorisation 04/07/2002 ***** Denier arrêté 2013-OSM-001 du 17/01/2013 En attente du nouvel arrêté suite à la demande de renouvellement délivré le 11/01/2019	25	25
	SSR		1 ^{ère} autorisation 04/07/2002 ***** Denier arrêté 10-OSMS-0058 du 30/07/2010	35	35
Publics spécifiques					
Autre activité non soumise à autorisation					

Modalités d'organisation présentées par l'entité juridique :

Organigramme présenté par l'entité juridique :



Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir le forfait global de soins :

ESMS ou personne morale signataire destiné à percevoir le forfait global de soins PA	Centre Hospitalier – 40 rue des Oiseaux 36400 LA CHATRE
Caisse pivot de rattachement	MSA Berry-Touraine

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

Nom de l'établissement	EHPAD LA CHATRE – site central
N° FINESS (ET)	36 0007025 (EHPAD LA CHATRE)
Directeur	Monsieur Xavier BAILLY
Adresse	40, rue des Oiseaux - 36400 LA CHATRE
Téléphone	02 54 06 54 00
Fax	02 54 48 10 25
E-mail	secretaire.direction@ch-lachatre.fr
Statut juridique	Etablissement Public de Santé
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Fonction Publique Hospitalière
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarif Global avec PUI
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]	Une opération majeure sans incidence sur le nombre des autorisations concernées par le CPOM : ☞ la restructuration de l'EHPAD G RAVEAU (60 lits) (calendrier prévisionnel des travaux : 2020-2023) <u>Cf ci-dessous : focus sur l'opération de restructuration de l'EHPAD G.RAVEAU</u>

Capacités totales de l'établissement EHPAD LA CHATRE (site central)

Activités	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont Habilité à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	253	253	100%
- Dont unité sécurisée	35	35	100%
Hébergement temporaire (HT) médicalisé			
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
Unité d'hébergement renforcée (UHR)	14	14	100%
Accueil de jour (AJ)	8	8	100%
Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR)			
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)			
Equipe spécialisée Alzheimer (ESA)			
Autres, à préciser			
TOTAL	275	275	100%

La capacité installée sur le site central est ramenée temporairement de 253 à 233 places en hébergement permanent pendant la durée des travaux du projet immobilier du bâtiment RAVEAU. La capacité totale du site central passe ainsi de 275 à 255 places pour la même période.

Nom de l'établissement	EHPAD LA CHATRE – site d'Aigurande
N° FINESS (ET)	36 004741 (EHPAD AIGURANDE)
Directeur	Monsieur Xavier BAILLY
Adresse	5 Avenue Rollinat - 36140 AIGURANDE
Téléphone	02 54 06 54 00
Fax	02 54 48 10 25
E-mail	secretaire.direction@ch-lachatre.fr
Statut juridique	Etablissement Public de Santé
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Fonction Publique Hospitalière
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarif Global avec PUI
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]	

Capacités totales de l'établissement EHPAD LA CHATRE – site d'AIGURANDE			
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont Habilité à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	52	52	100%
- Dont unité sécurisée			
Hébergement temporaire (HT) médicalisé			
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Accueil de jour (AJ)			
Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR)			
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)			
Equipe spécialisée Alzheimer (ESA)			
Autres, à préciser			
TOTAL	52	52	100%

Nom de l'établissement	EHPAD LA CHATRE - site de CLUIS
N° FINESS (ET)	36 0003479 (EHPAD Cluis)
Directeur	Monsieur Xavier BAILLY
Adresse	4, route d'Aigurande - 36340 CLUIS
Téléphone	02 54 06 54 00
Fax	02 54 48 10 25
E-mail	secretaire.direction@ch-lachatre.fr
Statut juridique	Etablissement Public de Santé
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Fonction Publique Hospitalière
Option tarifaire choisie (section soins)	Tarif Global avec PUI
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]	

Capacités totales de l'établissement EHPAD LA CHATRE – site de CLUIS			
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont Habilité à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	26	26	100%
- Dont unité sécurisée			
Hébergement temporaire (HT) médicalisé			
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé			
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Accueil de jour (A)			
Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR)			
Services de soins infirmiers à domicile (SSLAD)			
Equipe spécialisée Alzheimer (ESA)			
Autres, à préciser			
TOTAL	26	26	100%

L'EHPAD géré par le Centre Hospitalier de La Châtre est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Ce CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 du CASF, entre l'Organisme gestionnaire et le Conseil départemental dans les modalités et conditions prévues en annexe 6. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation correspond à la capacité de l'EHPAD, à savoir 345 lits (345 lits d'hébergement permanent et 0 lits d'hébergement temporaire).

La participation financière départementale à l'EHPAD pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre, est stipulée dans l'annexe 6 précitée et le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de l'Indre.

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

- Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Indre

Le Centre Hospitalier de La Châtre est membre du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Indre depuis le 1^{er} juillet 2016.

- Adhésion au Groupement de Coopération Sanitaire « INFOTECH 36 »

Ce Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « INFOTECH 36 » est un groupement de droit public dont le siège est au Centre Hospitalier de Châteauroux.

Il a été constitué entre les différents membres signataires pour réaliser en commun les achats et la gestion des systèmes d'information ainsi que des opérations d'investissement visant à renforcer la qualité et l'accessibilité des soins.

Ce groupement a pour vocation, à terme et selon les modalités définies dans le schéma Directeur du Système d'Information du GHT 36, d'héberger l'ensemble des données des établissements du département.

Le centre hospitalier de La Châtre s'inscrit dans cette démarche, qui est conditionnée à ce jour par l'obtention par le GCS INFOTECH 36 d'une certification lui permettant d'être autorisé à héberger des données de santé d'établissements extérieurs.

- Mutualisation d'un poste de Délégué à la Protection des Données (DPO)

L'entrée en vigueur le 25 mai 2018 du règlement européen sur la protection des données rend obligatoire la désignation d'un délégué à la protection des données (DPO).

Le centre hospitalier de La Châtre a signé le 30 août 2018 une convention de mise à disposition avec le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc pour avoir un temps de DPO.

Ce délégué intervient dans un premier temps deux jours par mois pour exercer cette activité et a principalement pour mission d'accompagner l'établissement dans sa démarche de mise en conformité du RGPD.

- Adhésion au Groupement de Coopération Sanitaire Achats du Centre

Le Centre Hospitalier de La Châtre est adhérent du Groupement de Coopération Sanitaire Achats du Centre, créé en novembre 2011, et constitué en centrale d'achat depuis 2012. Cette structure est destinée à favoriser la mutualisation de l'achat hospitalier public, et est basée à Blois. Les activités du GCS sont organisées autour de deux grands segments : les produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) et les produits et services hôteliers, représentant ainsi une quinzaine de filières d'achats. Dans le cadre de ses achats, et en fonction des procédures d'achats validées en commun par les établissements du GHT, le Centre Hospitalier de La Châtre participe aux campagnes de consultation du GCS et s'approvisionne sur de nombreux segments auprès des fournisseurs retenus par le GCS.

- Le Groupement d'Intérêt Public (GIP) RESAH :

Le Centre Hospitalier de La Châtre a recours également, mais dans une faible mesure, aux références des produits proposés par le groupement d'intérêt public Resah, qui est une centrale d'achat accessible à tous les pouvoirs adjudicateurs intervenants dans le secteur sanitaire, médico-social ou social.

- Création d'un Pôle Inter-Etablissements de MEDECINE et de SSR entre les Centres Hospitaliers de La Châtre et Châteauroux- Le Blanc :

Il a été formalisé la nécessité d'une coopération inter hospitalière en vue de mener une politique de prise en charge des patients relevant de la Médecine et des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dans des conditions de sécurité et de qualité.

La création de ce Pôle obéit à une volonté des acteurs concernés de poursuivre et de développer une communauté d'action efficace et adaptée et s'inscrit dans la continuité des axes partenariaux développés entre les deux établissements depuis 25 ans.

Ce Pôle inter-établissement inscrit son action au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Indre et les services concernés sont respectivement :

- pour le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc : l'oncologie médicale, les maladies respiratoires, la médecine interne, la médecine à orientation cardiologique et le service de soins de suite et de réadaptation

- pour le centre hospitalier de La Châtre : la médecine polyvalente et le service de soins de suite et de réadaptation

Le Conseil de Surveillance de l'établissement a délibéré favorablement à cette création le 06 juin 2018 et la Convention Constitutive a été signée par les directeurs des deux établissements le 13 juin 2018.

- **Cession des autorisations de PSYCHIATRIE au Centre Hospitalier de Châteauroux-Le Blanc**

Malgré l'adhésion à la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) de l'Indre effectuée le 08 janvier 2015 et la signature de la Convention Constitutive du Pôle de Territoire de Psychiatrie de l'Indre le 05 novembre 2015 il a été très difficile de trouver une organisation médicale qui fasse consensus entre les équipes médicales des deux établissements malgré plusieurs initiatives en ce sens.

En considération des dysfonctionnements dans l'organisation de la permanence des soins et du fonctionnement du service le Conseil de Surveillance du Centre hospitalier de La Châtre a délibéré le 06 juin 2018 en proposant à l'autorité administrative compétente de procéder à la cession d'autorisation d'exercer l'activité de soins de psychiatrie générale et en hospitalisation à temps partiel au bénéfice du Centre Hospitalier de Châteauroux-Le Blanc.

Cette cession qui implique le transfert géographique de l'activité de gériatrie-psychiatrie ainsi que d'une réduction du nombre de lits doit s'effectuer aux conditions suivantes :

- Maintien de l'activité de psychiatrie sur le site du centre hospitalier de La Châtre
- Maintien des personnes non médicales en poste sur le site du Centre Hospitalier de La Châtre lors du transfert de l'activité.

Cette cession d'autorisation est intervenue au 1^{er} janvier 2019.

Cette cession des autorisations de Psychiatrie comporte un certain nombre de liens conventionnels avec le centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc dont une convention de mise à disposition de temps médical en psychiatrie notamment au bénéfice des différents EHPAD de l'établissement.

- **Convention de partenariat entre l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc et les EHPAD du Centre Hospitalier de La Châtre :**

Cette convention signée le 23 mai 2018 fixe les règles de partenariat qui fondent les relations entre les EHPAD du centre hospitalier de La Châtre et la structure H.A.D du centre hospitalier de Châteauroux – Le Blanc.

Elle définit précisément les modes de fonctionnement établis entre les deux structures lors d'une prise en charge par l'HAD d'un résident des EHPAD.

- **Convention relative aux modalités d'intervention de l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs de l'Indre (E.A.D.S.P.36) dans les EHPAD du centre hospitalier de La Châtre**

Cette convention signée le 27 juillet 2011 a pour objet de préciser les modalités de l'intervention de l'équipe d'appui départementale en soins palliatifs de l'Indre du centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc dans les EHPAD du centre hospitalier de La Châtre et les engagements réciproques pour assurer l'accompagnement des personnes en fin de vie et participer à la diffusion de la démarche palliative au sein des services médico-sociaux.

- **Convention ETRE-INDRE**

Convention portant organisation des échanges de personnels entre établissements et services, publics et privés, membres du réseau ETRE-INDRE signée le 1^{er} juillet 2005.

L'objet de cette convention est de favoriser la formation des agents par les échanges de personnels permettant de confronter leurs pratiques, d'acquérir de nouvelles connaissances et de mettre en œuvre le référentiel des bonnes pratiques professionnelles.

- **Convention de mise à disposition de visiteurs bénévoles (VMEH)**

Cette convention signée le 14 juin 2010 fixe les conditions de mise à disposition de l'établissement des visiteurs bénévoles destinés à apporter aux résidents un réconfort moral pendant leur séjour.

Focus sur l'opération de restructuration de l'EHPAD G. Raveau

L'EHPAD Georges Raveau se situe sur le site du Centre Hospitalier, à La Châtre. Il accueille 60 résidents dont 20 en unité sécurisée située à l'étage du bâtiment.

Sa fonctionnalité générale n'est plus adaptée aux pathologies des résidents et au travail des équipes : chambres exigües et dépourvues de douches, déficit en locaux d'accompagnement et de service, localisation de l'unité sécurisée à l'étage sans accès extérieur permettant la déambulation des résidents en dehors de l'unité, ...

Sa qualité constructive, conséquente des constructions des années 1980 connues pour leur faible niveau de performance, impose aujourd'hui une remise à niveau pour le rendre plus performant et moins énergivore. Cette réhabilitation est rendue nécessaire également par l'évolution incessante des règlements et des normes constructives, d'hygiène ou du travail.

La restructuration et l'extension du bâtiment a pour principaux objectifs :

- d'adapter la structure à la pathologie des résidents intégrant une prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer,
- d'optimiser la qualité fonctionnelle de l'établissement au bénéfice du confort des résidents et des personnels dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail,
- Procéder à la mise en conformité des locaux sous les divers aspects réglementaires : sécurité incendie, accessibilité, ...
- Procéder à une réhabilitation bâimentaire au regard de l'âge du bâtiment afin d'optimiser ses performances notamment énergétiques et minimiser les coûts d'exploitation et de maintenance.

Article 2 : Objectifs du CPOM

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat sur la base du diagnostic partagé (annexe 1).

Diagnostic partagé

Elaboré au cours de l'année 2019, le diagnostic partagé a permis de mettre en évidence les points forts, les points d'amélioration et les pistes d'actions à partir :

- ✓ d'un bilan des objectifs de la précédente convention tripartite, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe ainsi que du projet d'établissement ;
- ✓ d'une visite d'état des lieux dans l'établissement par le Département et l'ARS.

Cette démarche a permis de déterminer conjointement les objectifs et d'élaborer les fiches-actions jointes au présent CPOM.

Engagements des co-contractants

Les parties s'engagent dans une démarche de maintien et d'amélioration continue de la qualité, en conformité avec la réglementation ainsi que les principes et les droits élémentaires de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Elles s'engagent également à faire en sorte que la qualité de prise en charge repose sur une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet de service, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, et également dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées.

Les objectifs du présent contrat s'appuient notamment sur :

- ✓ les axes fondamentaux inscrits dans les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017.

L'Organisme gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs du présent CPOM. Les objectifs et les délais de réalisation sont énoncés dans des fiches-actions dédiées annexées au présent CPOM (Cf. annexe 9).

Les axes retenus dans le présent CPOM sont les suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Expression et participation individuelle et collective des résidents	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement 1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance 1-3 Favoriser l'expression collective des résidents
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; Transformation, regroupement d'établissements renforcement de l'efficacité de gestion Opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopération Développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification 2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports 2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes Développement de nouvelles prestations Partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD 3-2 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs 3-3 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé 3-4 Réduire le taux de passage aux urgences de résidents par une coopération renforcée avec les établissements de santé 3-5 Organiser un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée 3-6 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique 3-7 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS 3-8 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents Démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de maladies neuro-dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident 4-2 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe 4-3 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins buccodentaires 4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication 4-5 Déclarer et analyser les événements indésirables 4-6 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes 4-7 Sécuriser le circuit du médicament 4-8 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD 4-9 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail	5-1 Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail 5-2 Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques 5-3 Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 5-4 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines
Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)	6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants

TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT

En préalable, il est rappelé que les moyens dédiés du contrat s'inscrivent dans un calendrier budgétaire défini comme suit par le CASF :

- ✓ **Au plus tard le 31 octobre** de l'année qui précède l'exercice concerné, transmission aux autorités de tarification compétentes de l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours. Pour les établissements publics autonomes, transmission à l'ARS des délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité ;
- ✓ Notification des produits de tarification par les autorités de tarification ;
- ✓ **30 jours après la notification des ressources la plus tardive et au plus tard le 30 juin de l'année n**, transmission aux autorités de tarification du cadre normalisé de l'EPCP complet et ses annexes via un dépôt sur la plateforme EPRD de la CNSA ;
- ✓ **Dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt sur la plateforme import EPRD**, validation/rejet du cadre normalisé de l'EPCP complet et ses annexes par les autorités de tarification.

Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (Gir Moyen Pondéré : GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré : PMP) servent de base de calcul pour les forfaits dépendance et soins. Elles sont réalisées de façon simultanée par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Elles sont basées sur la plus récente des évaluations et, au plus tard, le 30 juin de l'année qui précède la conclusion du présent contrat, ainsi qu'au cours de la troisième année (articles R. 314-170 et suivants du CASF).

Le GMP et PMP de l'établissement couvert par le CPOM en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et Nom de l'ESMS	GMP	Validé le	PMP	Validé le	GMPs (PMPx2.59)+GMP
360007025	500 - EHPAD	731	14/06/19	187	12/06/19	1 215,33

Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance

Dépenses couvertes par le forfait global relatif à la dépendance (article R. 314-176 du CASF)

La part du forfait global relatif à la dépendance ne peut couvrir que les charges suivantes :

- ✓ Les fournitures pour l'incontinence ;
- ✓ Les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement,
- ✓ Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- ✓ Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux, dans les conditions prévues au présent article et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, concurremment avec les produits relatifs aux soins,
- ✓ Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- ✓ Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Modalités de calcul du forfait global relatif à la dépendance (articles R.314-172 et suivants du CASF)

Le Forfait Global Dépendance (FGD) de l'hébergement permanent (HP), correspond à l'équation tarifaire suivante :

$$\text{FGD} = \frac{\text{niveau de perte d'autonomie}}{\text{nombre de personnes hébergées}} \times \text{capacité autorisée} \times \text{point GIR départemental} + \text{financements complémentaires}$$

La répartition des résidents par niveau de GIR et la valorisation en points (1 040 points pour un GIR 1 ou 2, 660 points pour un GIR 3 ou 4 et 280 points pour un GIR 5 ou 6) permet de déterminer le **niveau de perte d'autonomie** de l'établissement.

La **valeur du point GIR départemental** est calculée en divisant le total des forfaits globaux dépendance de l'année N-1 de l'ensemble de tous les établissements du département par le total des points de la dernière évaluation du niveau de perte d'autonomie de ces établissements.

Le résultat de cette équation constitue le **niveau de ressource cible**, appelé forfait global dépendance cible.

Le résultat de cette équation est ensuite modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la **capacité de places autorisées et financées**. Toutefois, la décision d'appliquer la modulation au forfait dépendance revient au Département, autorité de tarification compétente.

Des modifications du forfait global relatif à la dépendance peuvent être envisagées pour tout projet nouveau en adéquation avec les orientations du schéma départemental gérontologique, dans le périmètre de l'autorisation, et sous réserve d'une validation et d'une autorisation préalable. Ce type de modification fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Dispositif transitoire de convergence

La réglementation a posé une période transitoire de 2017 à 2023 afin d'amener progressivement (au rythme de 1/7^{ème} par an) l'établissement vers le forfait global dépendance cible sur les bases du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Durant cette période, le forfait global dépendance de l'année « n » est calculé de manière dérogatoire en prenant en compte, entre autres, le forfait global dépendance n-1 et le taux d'évolution annuel arrêté par le Président du Conseil départemental.

Calcul des tarifs journaliers dépendance

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont calculés de la manière suivante :

$$\text{tarif GIR 1-2} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 1\,040$$

$$\text{tarif GIR 3-4} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 660$$

$$\text{tarif GIR 5-6} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 280$$

* nb de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents

Financement du forfait global dépendance

Le Département de l'Indre finance le forfait global dépendance, déduction faite de :

- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de l'Indre au titre du tarif journalier GIR 5 et 6 ;
- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'APA au titre des ressources, recouvrée par l'établissement d'accueil ;
- ✓ la participation des résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA ;
- ✓ la participation des résidents qui ont conservé leur domicile de secours dans un autre département ;
- ✓ la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

A noter que pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident ou pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, - à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour-, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

Pour calculer la part du financement du Département de l'Indre, l'établissement doit fournir, dans l'annexe 4 « activité » de l'arrêté du 27 décembre 2016, la répartition prévisionnelle des résidents par GIR et le nombre de résidents dont le domicile de secours n'est pas dans l'Indre. Ce **document doit être rempli de façon sincère**. Le Département vérifiera la véracité de ces données sur la base des notifications des bénéficiaires de l'APA.

Le gestionnaire de l'établissement se doit d'être vigilant d'une part sur le maintien de son activité et d'autre part sur les droits à l'APA de ses résidents.

Article 3 : Forfait soins

Modalités de calcul du forfait soins

Le forfait global relatif aux soins de l'hébergement permanent (HP) est égal à la somme des éléments suivants (article R314-159 du CASF) :

- ✓ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R314-162 du CASF prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées au point 4/1/1-2. La formule de calcul est la suivante :

valeur du point de l'option tarifaire x GMPS x capacité

La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

- ✓ des financements complémentaires mentionnés à l'article R.314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils peuvent couvrir les dépenses :
 - des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
 - du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
 - des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;
 - des actions de prévention ;

- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;
- des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;
- les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R314-159 du CASF est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R 314-160 du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

La dotation soins des autres dispositifs (HT, AJ, PASA, UHR, PFR, autre) est égale à la dotation soins reconductible de ces dispositifs à laquelle est appliqué le taux d'actualisation comme défini ci-dessous. Ces montants viennent s'ajouter à la dotation soins de l'HP pour former la dotation globale de soins de l'établissement.

Evolution annuelle de la dotation soins

Actualisation de la dotation soins :

La dotation soin du CPOM sera actualisée dans la limite des crédits alloués annuellement à l'ARS Centre-Val de Loire. A ce titre, l'ARS appliquera un taux d'actualisation des budgets par ESMS en fonction des directives d'actualisations de la CNSA et du taux d'actualisation de la Dotation Régionale Limitative et du respect de la politique de convergence intra-régionale, tels qu'indiqués dans le Rapport annuel d'Orientation Budgétaire.

Crédits non reconductibles :

Les EHPAD pourront être éligibles à l'attribution de crédits non reconductibles (CNR) selon les besoins recensés et les possibilités de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'attribution des CNR donne lieu à un fléchage précis par l'ARS Centre-Val de Loire qui fait l'objet d'un suivi annuel. L'établissement doit transmettre avec l'ERRD au 30/04/N+1 le tableau de suivi des CNR.

Possibilités de modification de la dotation soins :

- ✓ Projets autorisés en cours de réalisation et inscrits au PRIAC au cours de leur année de mise en œuvre ;
- ✓ Les projets nouveaux proposés, de part et d'autre, en réponse aux besoins exprimés sur le territoire de santé de l'Indre, dans le respect de la réglementation du régime des autorisations en vigueur et sous réserve d'un accord de financement des moyens nécessaires ;
- ✓ Tout projet nouveau, dans le périmètre de l'autorisation, sous réserve d'une concertation préalable et d'un accord de financement des moyens nécessaires.

Ce type de modification fera l'objet d'un avenant au CPOM.

Financements soins pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM

- Hébergement permanent :

Forfait global de soins :

FINESS ET	Nom de l'ESMS	Option tarifaire	Valeur de point 2021	GMPS	Capacité de l'HP	Résultat de l'équation tarifaire = dotation plafond = cible 2021	Base reconductible soins au 01/01/2021 avant actualisation	Ecart à la dotation plafond au 01/01/2021
360007025	EHPAD du CH de La Chatre	Global	13,10	1 215,33	345	5 492 683,94 €	5 335 914,24 €	156 769,70 €

Financements complémentaires :

FINESS ET	Montant du forfait complémentaire pour les 5 ans du CPOM	Date d'attribution et de notification des financements complémentaires	Fléchage

- Dotation globale au 1^{er} janvier 2021 comprenant l'ensemble des dispositifs :

FINESS ET	HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Dotation globale
360007025	5 335 914,24 €		94 703,93 €		244 192,69 €		5 674 810,86 €

Le montant de la dotation globale indiqué dans le tableau ci-dessus ne tient pas compte ni du taux d'actualisation qui sera appliqué en année N, ni d'une possible revalorisation de la valeur du point, ni des possibles CNR qui pourraient être attribués. Une décision de tarification sera notifiée chaque année par l'ARS Centre-Val de Loire et tiendra compte de l'ensemble de ces éléments.

Article 4 : Tarification de l'hébergement

Cadre général

L'EHPAD est habilité à l'aide sociale départementale. La tarification à l'hébergement permanent relève donc exclusivement de la compétence du Président du Conseil départemental de l'Indre pour les seuls résidents bénéficiaires de l'aide sociale (article L. 314-2 I-3e du CASF).

Dans le cadre de l'habilitation totale, une part de la capacité est tarifée hors tarification à l'aide sociale pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L.342-3-1 du CASF et suivants et D.342-1 et suivants du CASF), en application des modalités prévues au CPOM et à la convention d'aide sociale (annexe 6).

L'établissement peut ainsi choisir de retenir pour l'ensemble des résidents le tarif arrêté par le Président du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'établir un tarif spécifique pour les résidents à titre payant sur délibération du Conseil de surveillance. Dans ce cas, il devra appliquer les dispositions indiquées ci-dessous.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le Département prend en charge le coût journalier d'hébergement comprenant :

- ✓ le ou les tarif(s) journalier(s) afférent(s) à l'hébergement correspondant au **socle de prestations**, à savoir :
 - les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
 - les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage y compris celles relatives au blanchissage du linge personnel des résidents, et de nettoyage à l'extérieur concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
 - les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
 - les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;
- ✓ le tarif journalier afférent à la dépendance en GIR 5-6 (ticket modérateur).

Pour **les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale** (à titre payant), le prix des prestations à l'hébergement relève de la compétence de l'Organisme gestionnaire de l'établissement (article L. 342-1 et suivants du CASF).

Types de prestations d'hébergement

Les prestations offertes doivent prévoir :

- dans tous les cas un "socle de prestations" comprenant des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage du linge hôtelier et d'animation de la vie sociale (annexe 2-3-1 du CASF) ;
- pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale du Département de l'Indre, les prestations de blanchissage du linge du résident.

Elles peuvent prévoir en supplément du « socle des prestations », d'autres prestations d'hébergement librement acceptées et acquittées par les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Modalités de fixation du ou des tarif(s) pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour la première année du CPOM : (année 2022 qui sera l'année de base zéro)

Dans le cadre de la procédure contradictoire de la première année du CPOM, l'Organisme gestionnaire transmettra au Département au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 ses **propositions** budgétaires et leurs annexes pour la section hébergement. Si le Département demande des compléments, ils devront être transmis au plus tard dans un délai de quinze jours à la suite de la demande.

Parallèlement, le Département procédera à une **démarche dite « vérité des coûts, des prestations »** sur la base du compte administratif des années n-2, n-3 et n-4 et du dernier budget prévisionnel alloué.

Une **rencontre budgétaire** entre les deux parties est ensuite organisée pour valider les propositions budgétaires de l'année n (année base zéro) sur la base de cette double analyse. A l'issue de cette rencontre, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement retenu est notifié à l'établissement par voie postale et/ou voie électronique.

L'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception pour faire connaître son éventuel désaccord en motivant de manière circonstanciée les raisons qui rendent impossible, selon lui, le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir. A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés ci-dessus, l'établissement est réputé avoir approuvé la version proposée par l'autorité de tarification.

Le **tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de soixante ans et plus**¹, est calculé de la manière suivante :

Montants des charges et recettes prévisionnelles de la section = hébergement arrêtés par groupes par le département
activité prévisionnelle de l'exercice

Ce tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'Organisme gestionnaire (article R. 314-182 du CASF) afin de tenir compte notamment :

- ✓ du nombre de lits par chambre ;
- ✓ des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- ✓ de la localisation et du confort de la chambre ;
- ✓ de l'accueil temporaire ;
- ✓ de l'accueil de jour ;
- ✓ des coûts liés à la prise en charge des personnes sous protection.

Conditions d'actualisation et de revalorisation des tarifs pour les années suivantes :

Le Département arrête chaque année un taux directeur prévu à l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF. Ce taux ne constitue ni un droit, ni un maximum mais un indicateur. Il s'applique, selon les dispositions des articles L. 313-8 et R 314-40 CASF, sur les dépenses hors charges financières, dotations aux amortissements et éventuellement des indemnités de départ en retraite prises en compte au réel.

Le Département reste attaché au **principe d'une concertation annuelle**. Afin de préparer la rencontre annuelle entre le Département et l'Organisme gestionnaire, ce dernier devra fournir, au plus tard, pour le 31 octobre les documents suivants :

- ✓ Un rapport détaillé et justifié laissant apparaître ses besoins, ses problématiques et l'état de ses demandes ;
- ✓ Une étude financière d'impact et des surcoûts ;
- ✓ Des documents justificatifs.

Cette rencontre permettra de débattre, selon les orientations du Département :

- ✓ Des modalités de fonctionnement de l'établissement ;
- ✓ Des impacts financiers sur la tarification dans le cadre du CPOM ;
- ✓ De l'évolution de la réalisation du Projet Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- ✓ Du projet d'établissement.

A l'issue de cette démarche, le Département pourra soit :

- ✓ appliquer le taux directeur ainsi que la prise en compte des charges financières, des dotations aux amortissements et, éventuellement, des indemnités de départ en retraite ;
- ✓ prendre en compte, en totalité ou partiellement, les demandes spécifiques exprimées et ainsi amender l'évolution du tarif hébergement retenu en année N – 1. Le tarif ainsi établi pour l'année N est arrêté par le Président du Conseil départemental tandis que le tarif libre, si l'établissement décide d'appliquer cette procédure, est fixé par délibération du Conseil de surveillance de l'établissement.

Modalités de fixation des prix pour les résidents à titre payant et leur variation

Si l'établissement décide d'appliquer le principe d'une liberté de tarification pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, et en application de l'article L. 342-3 du CASF, le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour passé préalablement à l'admission entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. Ce contrat détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur. Une annexe contractuelle au contrat de séjour décrit l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement, qu'elles relèvent ou non du socle de prestations. Toute modification tarifaire ou de prestation fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

1 Le tarif appliqué aux résidents âgés de moins de 60 ans est précisé à l'article 5.

L'ensemble des tarifs doivent être établis et approuvés par le Conseil de surveillance de l'organisme gestionnaire, être communiqués aux résidents ou à leurs représentants légaux et portés à la connaissance du Président du Conseil départemental et du public.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé au 1er janvier de chaque année par arrêté interministériel en application des articles L. 342-3 et D. 342-5 du CASF.

Si l'établissement est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), les prestations correspondant au calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables sont régies par la convention conclue au titre de l'APL. Elles n'évoluent donc pas en fonction de cet arrêté.

Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est équivalent (article R.314-188 du CASF) :

- ✓ au tarif moyen journalier afférent à l'hébergement ;
- ✓ auquel est ajouté la part de forfait global relatif à la dépendance obtenu en divisant ce dernier par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l'établissement.

Ce tarif est affecté aux charges d'hébergement, sur la base du tarif journalier moyen à l'hébergement, et pour le solde, à la couverture des charges de dépendance.

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est arrêté par le Président du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale (ou si le principe de libre tarification est appliqué), le Conseil de Surveillance de l'établissement fixe par délibération le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Pour l'ensemble des résidents, la part de forfait global relatif à la dépendance est arrêtée par le Président du Conseil départemental.

L'évolution du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement est basé sur celle de la tarification de l'hébergement. Quant à celle du forfait relatif à la dépendance, elle relève des dispositions citées précédemment (article 2 du titre 2).

Article 6 : Investissements pluriannuels

L'ensemble des investissements prévus pendant la période effective du CPOM fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé, pour « l'année de base zéro » du CPOM, par l'ARS et/ou le Département selon leurs compétences respectives.

Le PPI annexé au présent CPOM (annexe 5) est composé d'un état des investissements pour les cinq années du CPOM avec leur date de réalisation, les modes et les durées d'amortissement, le plan pluriannuel de financement actualisé détaillé, le tableau des emprunts et le tableau des surcoûts par section tarifaire.

Le PPI intègre :

- ✓ les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements/charges financières... valorisés dans le tableau des surcoûts par section tarifaire) ;
- ✓ des projets supplémentaires d'investissement (sécurité/mise aux normes/opération de travaux : réhabilitation, restructuration, construction/projet d'établissement...).

Les accords de l'ARS et/ou du Département pourront faire l'objet d'un avenant au contrat en tant que de besoin.

Dans le cadre du passage en Etat Prévisionnel des Charges et des Produits (EPCP), le gestionnaire devra faire apparaître dans les documents à transmettre simultanément à l'ARS et au Département, les impacts des investissements prévus au PPI notamment à travers le tableau de financement par section tarifaire.

Aucun autre investissement augmentant la dotation aux amortissements et les charges financières ne pourra être engagé sans accord des autorités de tarification et, le cas échéant, entraînera une révision du PPI concerné.

Tout surcoût issu de la réactualisation annuelle des PPI pesant sur les budgets d'exploitation devra être financé dans les limites des moyens accordés par chaque financeur (forfait global pour la section tarifaire soins, forfait global pour la section tarifaire dépendance et tarifs journaliers pour la section tarifaire hébergement).

Tout recours à l'emprunt supérieur à un an (art. L. 314-7 du CASF) pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS et/ou du Département (art. L. 314-7 du CASF). Les éventuels frais financiers découlant d'emprunts nouveaux devront être compris dans le PPI et être soumis à validation de l'autorité de tarification compétente.

L'Organisme gestionnaire devra prioriser, tant pour les investissements que pour les financements, les opérations du plan pluriannuel d'investissement, afin que leur consolidation soit globalement équilibrée.

L'EHPAD géré par le Centre Hospitalier de La Châtre n'a pas fourni à la date de signature du CPOM un PPI complet (tel qu'énoncé au présent article et selon les dispositions de l'arrêté NOR: SOCA0324061A du 22 octobre 2003) ; par conséquent, les autorités de tarification n'ont validé aucun Plan Pluriannuel d'Investissements dans le cadre de ce CPOM. Le PPI et les modalités de financement définitivement approuvés par les autorités de tarification feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

Article 7 : Modalités d'affectation des résultats

Si la libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD, elle doit s'effectuer au regard des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. L'affectation de ces résultats fait l'objet d'un examen par le Conseil de Surveillance de l'Organisme gestionnaire. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Conformément à l'article R. 314-234 CASF, les résultats excédentaires sont à affecter en priorité :

1. à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2. à un compte de report à nouveau ;
3. au financement de mesures d'investissement ;
4. à un compte de réserve de compensation des déficits ;
5. à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF ;
6. à un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

En conséquence, la couverture des déficits qui reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire, est couverte en priorité :

1. par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affectée à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Toutefois, il est rappelé que conformément aux articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF, l'ARS et le Département pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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.

Par ailleurs, lors de l'étude des projets pluriannuels d'investissement, il sera tenu compte des anticipations réalisées ou non par l'organisme gestionnaire sur les affectations de résultat.

La transmission des documents de l'ERCP mentionnés aux articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF, devra être faite au plus tard le 8 juillet de l'année n+1.

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 : Suivi et évaluation du contrat

Il est mis en place un comité de suivi et des dialogues de gestion pour le suivi et l'évaluation du contrat.

Le comité de suivi

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de chaque partie au contrat.

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

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'Organisme gestionnaire en cours de contrat dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, notamment :

- ✓ Documents budgétaires et comptables des sections dépendance et soins ;
- ✓ Suivi des objectifs du présent contrat ;
- ✓ Données du tableau de bord de la performance ;
- ✓ Bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat.

D'autres documents pourront être joints en tant que de besoin.

Par ailleurs, l'Organisme gestionnaire transmet aux autorités de tarification compétentes, au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné :

- ✓ L'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours ;

Le rapport annuel d'étape

Le rapport annuel d'étape établi par l'établissement doit être transmis au plus tard au 30 avril de chaque année, dans le cadre de l'ERRD, qui comporte :

- ✓ Le cadre normalisé de l'ERRD simplifié et ses annexes ;
- ✓ Un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, dont le modèle est fixé par arrêté interministériel, et qui différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
 - Le Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé.
- ✓ Un rapport financier et d'activité qui comprend :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du présent ;
 - L'affectation des résultats ;

Il est accompagné des documents supplémentaires suivants :

- ✓ Le tableau de suivi des provisions et réserves par établissement et service ;
- ✓ Le tableau de suivi des crédits non reconductibles de la section soins par établissement et service.

L'ARS et le Département se réservent le droit de réaliser toute vérification permettant de s'assurer de la conformité du rapport annuel.

Pour la troisième année et la cinquième année du CPOM, le rapport d'étape devra également être accompagné du tableau de suivi des objectifs fixés (annexe 3 : Suivi et évaluation de la réalisation du CPOM).

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,
- ✓ Au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

Un ou des dialogues de gestion supplémentaire(s) en cours d'exécution du contrat pourront être organisés dans les cas et les modalités prévus au contrat.

Le **dialogue de gestion organisé au cours de la troisième année** a pour objectif de suivre les engagements des parties. Il doit permettre de rediscuter du CPOM, notamment en cas d'événements exceptionnels et imprévisibles, quels qu'ils soient, et de veiller à son respect. Sur la base du rapport annuel d'étape, il porte, pour les deux premières années du CPOM, sur :

- ✓ L'évaluation de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM ;
- ✓ Le degré de réalisation des objectifs sur la base des indicateurs et des résultats attendus ;
- ✓ Le contrôle de l'activité réalisée au regard de celui défini dans ce contrat ;
- ✓ La définition de l'activité prévisionnelle pour l'année à venir.

Sur cette base, le comité de suivi se réunit et :

- ✓ 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 ;
- ✓ Constate les résultats obtenus et les efforts engagés ;
- ✓ Signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices.

Il peut également 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.

Le **dialogue de gestion de renouvellement du CPOM** a pour objectif d'examiner la pertinence de la dynamique de qualité et d'efficacité instaurée et de faire connaître les intentions de chacune des parties quant :

- ✓ Au renouvellement du CPOM pour une période déterminée de 5 ans ;
- ✓ A sa prorogation d'un an.

Le comité de suivi se réunit au plus tard 6 mois avant la fin du CPOM et :

- ✓ Examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci ;
- ✓ Etablit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan, arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM, alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de **saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles** (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.

De même, 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 Département ou l'ARS **peut ajouter un dialogue de gestion** supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

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.

Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département

L'ARS et le Département peuvent procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des résidents.

L'Organisme gestionnaire s'engage à faciliter le contrôle par les autorités d'autorisation et de tarification de la réalisation des objectifs, en particulier par l'accès à toutes pièces justificatives, et de la bonne application de la réglementation en vigueur.

Article 2 : 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 (Tribunal Administratif de Limoges, 2 cours Bugeaud – CS 40410 - 87011 LIMOGES Cedex ou Greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TTSS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4).

Article 3 : Révision et Résiliation du contrat

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du présent contrat impossible, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Conditions de révision

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, de révision des conditions de l'habilitation à l'aide sociale ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir, à titre d'exemples, lors :

- ✓ d'une modification législative ou réglementaire importante ;
- ✓ d'une modification du périmètre du CPOM ;
- ✓ de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier ;
- ✓ d'une modification des modalités de tarification ;
- ✓ pour la validation d'un PPI initial ou actualisé ;
- ✓ du changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat ;
- ✓ pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que des missions qui lui sont confiées ;
- ✓ pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- ✓ pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Département destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat ;
- ✓ ...

L'autorisation de gestion ayant été accordée au nom du gestionnaire, toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

En cas de cession de son activité, et sous réserve du transfert de l'autorisation par les autorités de tarification, le cessionnaire reprendra l'intégralité des engagements souscrits dans le contrat et ses avenants successifs. Le contrat continuera alors de plein droit.

Conditions de résiliation

Le présent contrat pourra être résilié :

- ✓ de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- ✓ de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- ✓ de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- ✓ avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, pour prise d'effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM à la convention tripartite pluriannuelle signée entre le Président du Conseil général, le Directeur Général de l'ARS Centre et le représentant de l'établissement, en date du 18 septembre 2014 et ses avenants.

Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2022 et dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Article 6 : Renouvellement du contrat

Au plus tard, six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant afin d'arrêter les conditions dans lesquelles le contrat peut être renouvelé. Au vu du dialogue de gestion de renouvellement par le comité de suivi, une décision de renouvellement ou de prorogation du CPOM est arrêtée.

Article 7 : Evaluation

Suite au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la transmission des évaluations internes et externes a été supprimée. En application du 7° de l'article 1^{er} dudit décret, il est convenu de réaliser une évaluation quinquennale de la qualité des prestations délivrées par l'EHPAD dont les résultats devront être transmis aux autorités de tarification au plus tard le 31 mars de la cinquième année du CPOM.

TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires.

1. Annexes obligatoires et communes à tous les CPOM

Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **Annexe 3 - Suivi annuel des objectifs fixés et des indicateurs retenus**

Cette annexe est actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Elle fait partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

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

- **Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

Le PGFP proposé et rattaché au CPOM ne peut être retenu en l'absence de PPI validé.

- **Annexe 5 - Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)**

Cette annexe précise les principaux investissements prévus à la date de signature du CPOM pour les cinq années suivantes. A la signature du CPOM, Le Centre Hospitalier de La Châtre n'a pas transmis de PPI complet pour son activité EHPAD.

2. Annexe obligatoire pour les établissements concernés habilités

Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

- **Annexe 6 - Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**

3. Documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services

Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)**
- **Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat**

4. fiches actions

- **Annexe 9 - Fiches actions**

Fait en 3 exemplaires originaux

A Châteauroux, le **11 AVR. 2022**

<p>Pour l'Agence Régionale de Santé, Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire</p>  <p>Monsieur Laurent HABERT</p>	<p>Pour le Département de l'Indre, Le Président du Conseil départemental de l'Indre</p>  <p>Monsieur Marc FLEURET</p>
<p>Pour l'Organisme gestionnaire/l'établissement, Le Directeur du Centre Hospitalier La Châtre pour l'activité EHPAD</p>  <p>Monsieur Xavier BAILLY</p>	

Annexe 2

Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité (sous réserve de validation).

☞ Quelques propos introductifs sur l'impérieuse nécessité de rétablir la « Sincérité Budgétaire »

LA SINCERITE BUDGETAIRE

**Une répartition déséquilibrée des charges communes entre le secteur « Médico-Social »
et le secteur « Sanitaire »**

Un rééquilibrage désormais devenu nécessaire

Pour la première fois le centre hospitalier de La Châtre a été contraint de présenter un EPRD sanitaire 2019 en déficit.

Ce déséquilibre exceptionnel apparu à la suite de la cession des autorisations de psychiatrie à la date du 1^{er} janvier 2019 résulte notamment de l'insuffisance des remboursements du secteur Médico-Social (Budget E) au titre des charges communes qui n'ont jamais été réparties sur la base de clefs à la fois transparentes, équitables et sincères.

La « Mission d'Expertise Economique et Financière » (MEEF) commanditée par l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire réalisée par la Direction Régionale des Finances Publiques mettait déjà en évidence en 2015 une répartition déséquilibrée des charges communes entre le secteur « Médico-Social » et le secteur « Sanitaire » au préjudice de ce dernier.

Le futur CPOM 2020-2024 devra pouvoir rétablir cet équilibre en intégrant :

- une nouvelle définition concertée des clefs de répartition des charges communes entre les deux secteurs d'activité.
- la reconnaissance de moyens humains nécessaires et obligatoires au fonctionnement des EHPAD et entièrement supportés aujourd'hui sur le secteur Sanitaire.
- une évaluation de l'incidence d'un rééquilibrage budgétaire sur les prix de journée du « Médico-social » étant entendu que le centre hospitalier de La Châtre se situe quasiment au dernier rang départemental.
- l'élaboration d'un calendrier de mise à niveau en concertation avec les services compétents de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental sur la base d'un chiffrage précis des besoins de l'établissement.

☞ La valorisation des besoins

1. Création d'un PASA

La création d'un PASA permettrait d'accueillir les personnes accueillies des EHPAD des sites de La Châtre, Cluis et Aigurande, atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées et qui présentent des troubles du comportement altérant la sécurité et la qualité de vie de l'ensemble des personnes accueillies.

- Population cible

Ce PASA accueillerait 12 à 14 personnes accueillies des EHPAD :

- souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées compliquées, de symptômes comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres personnes accueillies.
- provenant d'unités d'EHPAD dans lesquelles l'évaluation et le bilan de symptômes auront été réalisés à l'aide du NPI-ES (Inventaire Neuro-Psychiatrique version Equipe Soignante) et en cas d'agitation, de l'échelle de Cohen-Mansfield.

- Le projet du PASA :

Il prévoira les modalités de fonctionnement (horaires d'ouverture, organisation des déplacements, de la journée, ...) et déclinera les activités qui concourent :

- Au maintien et à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes (ergothérapie, cuisine, activités physique, ...)
- Au maintien ou à la réhabilitation des fonctions cognitives restantes (stimulation, mémoire, jardinage, ...)
- A la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie, ...)
- Au maintien du lien social des personnes accueillies (repas, art-thérapie, ...)

La prise en charge en PASA fera l'objet d'un projet personnalisé de vie et de soins élaboré en équipe pluri-disciplinaire EHPAD-PASA et réévalué régulièrement.

- Le personnel :

L'équipe dédiée au PASA devra comporter :

- 1 ETP de psychomotricien ou ergothérapeute
- 4.75 ETP d'ASG (Assistant de Soins en Gériatrie)
- 0.5 ETP de psychologue pour les personnes accueillies, les aidants et l'équipe
- 0.10 ETP de médecin coordonnateur

Ce personnel sera formé à l'utilisation des outils d'évaluation, aux techniques d'observation et d'analyse des comportements, aux techniques de soins et de communication adaptées aux malades Alzheimer et à la prise en charge des troubles du comportement.

La coordination avec le secteur sanitaire est déjà en place (CH de La Châtre, convention avec le service de psychiatrie de La Châtre, partenariat EMG (Equipe Mobile de Gériatrie) ... et tous les acteurs de la filière gériatrique)

○ Les locaux :

Partant d'une construction neuve en rez-de-chaussée par extension d'un bâtiment existant (EHPAD Fadette, par exemple), les locaux devront répondre au cahier des charges relatif aux PASA et disposer d'un jardin extérieur.

2. Création de 4 places d'hébergement temporaire

Actuellement, l'établissement dispose de 345 places d'hébergement permanent mais ne dispose pas de place d'hébergement temporaire.

L'hébergement temporaire permettrait :

- aux personnes qui y font appel de pouvoir continuer à vivre chez elle et, pour ce faire, de pouvoir ponctuellement avoir recours à un hébergement temporaire ;
- à leurs proches de pouvoir s'absenter ponctuellement et passer le relais.

L'hébergement temporaire pourrait également être utilisé comme une première étape avant une entrée définitive en maison de retraite.

Le projet, sans diminuer la capacité en hébergement permanent, pourrait comporter 4 places d'hébergement temporaire, partant d'une construction neuve (parallèlement à la construction du PASA) par extension d'un bâtiment existant (EHPAD Fadette).

Les besoins en personnel : la construction devra prévoir de pouvoir mutualiser le personnel de nuit en place sur l'EHPAD Fadette et le personnel IDE de jour. Le besoin en personnel AS est estimé à 3,5 ETP.

3. Suivi de l'audit EQR : 6 postes supplémentaires AS manquants pour mise en place du scénario cible - EHPAD d'Aigurande : reconnaissance du poste de faisant fonction AS par ASH, besoins 1.70 ETP en plus

La mise en place du scénario cible n'est pas possible car il apparaît un déficit de 12.79 ETP pour le personnel AS et 4.70 ETP pour le personnel ASH pour un absentéisme à 8%.

Un scénario de transition a donc été validé mais celui-ci génère quelques interrogations et remarques.

Tout d'abord, ce scénario de transition est possible pour l'ensemble des catégories professionnelles, avec un taux d'absentéisme compris entre 3 et 4% et non 8%.

Dans ce scénario, un AS réalise en moyenne un peu plus de 13 toilettes par jour, nous avons un maintien des glissements de tâches (même s'ils sont encadrés et limités), le pool de remplacement est intégré dans l'organisation quotidienne, un maintien des horaires dérogatoires, une hétérogénéité des horaires, des difficultés dans les transmissions et une iniquité entre les agents sur le nombre de RTT.

La conclusion du cabinet EQR-MAZARS est que les effectifs actuels permettent une organisation respectueuse de l'ensemble des objectifs d'amélioration du service rendu aux usagers et des conditions de travail du personnel en sanitaire mais pas en médico-social. Tout en soulignant que l'objectif de l'établissement est de tendre en médico-social vers le scénario cible.

Les explications du déficit en personnel sur le médico-social :

Dans le cadre de cet accompagnement, le cabinet EQR-MAZARS a indiqué les différents facteurs qui peuvent expliquer ce déficit de postes sur le secteur médico-social :

- Des contraintes architecturales des bâtiments de l'EHPAD (6 EHPAD sur 3 sites géographiques différents avec des bâtiments à étages et des petites unités et notamment une unité isolée de 26 lits à Cluis) entraînant des effets de seuil

- La présence de deux unités protégées de 15 à 20 personnes accueillies non labellisées : ces unités dont le GMP est élevé, nécessitent une présence renforcée de professionnels non compensée par des effectifs budgétés appropriés.

4. Reconnaissance des unités sécurisées

La création de deux unités protégées (Aloïs : 15 personnes accueillies sur une unité en rez-de-chaussée – EHPAD G. Raveau 1^{er} étage : 20 personnes accueillies) non reconnues répond à un réel besoin de la population. Ceci étant, leur GMP élevé et la spécificité de la prise en charge nécessitent une présence renforcée de professionnels (AS, psychologue, ergothérapeute) non compensée par des effectifs budgétés appropriés.

Le projet de restructuration de l'EHPAD G. Raveau prévoit une unité d'hébergement sécurisé en rez-de-chaussée de 20 places avec jardin privatif clos.

L'établissement souhaiterait disposer de 4 ETP AS, soit 2 postes supplémentaires par unité sécurisée.

5. Réorganisation de l'EHPAD Robert LEROUX

L'EHPAD Robert Leroux est, historiquement, installé au 2^{ème} étage du bâtiment de psychiatrie. Les locaux ne sont pas adaptés à une prise en charge de qualité et bientraitante des personnes accueillies : majorité de chambres doubles, 2^{ème} étage d'un bâtiment desservi par un seul ascenseur (difficulté à appliquer le droit à la liberté d'aller et venir), service divisé en 2 par le palier nécessitant 2 espaces de restauration pour 40 personnes.

Cette architecture et la cession de l'activité de psychiatrie au CH de Châteauroux-Le Blanc a imposé à l'établissement de redéployer un ASH de jour sur la nuit pour avoir un binôme AS-ASH la nuit au détriment de la journée où un seul ASH assure désormais les tâches d'hôtellerie et de ménage sur les 2 ailes.

L'octroi de 3 ETP d'ASH permettrait d'améliorer la prise en charge des personnes accueillies dans cette structure.

Au-delà de l'échéance du CPOM, une réflexion devra être menée sur le devenir de la localisation de cette unité d'EHPAD et de son adaptabilité à la réalité d'une prise en charge de qualité.

6. Augmentation du temps psychologue

Actuellement, les 345 places d'EHPAD disposent de 1.30 ETP de psychologue et neuro-psychologue.

Afin de mener à bien nos missions concernant l'accompagnement de la fin de vie, la mise en place des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles « Ethique » et « Bientraitance », la mise en place d'ateliers mémoire pérenne dans les unités accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, 0.20 ETP supplémentaire de psychologue s'avère nécessaire.

7. Création de 2 postes « aide à la marche » (STAPS APA)

Actuellement, les 345 places d'EHPAD disposent de 1.50 ETP de kinésithérapeute non pourvu à ce jour. L'établissement a donc recruté 1 ETP d'agent titulaire d'une licence STAPS-APA (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives-Activité Physique Adaptée) qui, sur prescription médicale, réalise l'aide à la mobilisation des personnes accueillies.

L'établissement souhaiterait disposer de 2 ETP d'agents titulaires d'une licence STAPS-APA en plus du 1.5 ETP de kinésithérapeute pour mener à bien ses missions de prévention des chutes (RBPP) et pour réaliser les ateliers d'équilibre.

8. Création d'un temps d'ergothérapeute

Les 6 sites d'EHPAD ne disposent pas d'un temps d'ergothérapeute, en dehors du SSIAD ESA et de l'UHR. Son intervention permet d'assurer des bilans :

- des déficiences,
- des incapacités fonctionnelles et gestuelles,
- et des désavantages liés à l'environnement.

Il a également une mission de prévention (cutanés, orthopédiques, ...), une action de maintien des acquis (jeux de mémoire, de mots dans le maintien des capacités cognitives). Il travaille auprès des équipes et les conseille dans l'installation et les aides aux personnes, le choix des matériels. Il propose des aides techniques ou apporte l'aide technique adaptée.

Cette compétence est nécessaire, à hauteur de 0.5 ETP.

9. Augmentation de temps d'animateur

La prise en compte des préconisations nationales amène l'établissement à demander l'augmentation du temps d'animateur à hauteur de 1,20 ETP.

10. Création de postes infirmiers de nuit

Les parcours des personnes âgées sont complexes et les hospitalisations peuvent être des risques de rupture et entraîner des dégradations de santé de ces personnes fragilisées. L'accès à des soins infirmiers la nuit en EHPAD est une réponse aux besoins de prise en charge la nuit hors urgences vitales, notamment en fin de vie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 et la feuille de route « grand âge et autonomie » de la Ministre de la Santé pérennisent et étendent l'expérimentation du dispositif des astreintes de nuit dans les EHPAD.

Les objectifs :

- améliorer le bien-être des personnes accueillies,
- optimiser la continuité des soins en EHPAD,
- améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- optimiser, voire limiter les hospitalisations de nuit aux urgences,
- limiter l'hospitalisation d'une personne accueillie à la suite d'un passage aux urgences,
- garantir la continuité de la prise en charge en soins palliatifs la nuit (sauf si la personne relève d'une prise en charge HAD),
- accompagner et encadrer les équipes de nuit des EHPAD.

Jusqu'aux recommandations formulées par l'audit EQR concernant la réorganisation des temps IDE, l'établissement s'était organisé avec une présence IDE quotidienne de nuit.

L'établissement souhaiterait disposer de 3 ETP IDE de nuit (21h-7h).

11. Création d'un temps qualité (0.60 ETP) :

L'ingénieur qualité travaille sur la gestion documentaire EHPAD en lien avec les recommandations des bonnes pratiques ; travaille, coordonne et suit la politique d'amélioration qualité en EHPAD ; accompagne les pilotes des processus du médico-social ; communique en EHPAD sur les événements indésirables ; assure des audits qualité ;... toutes ces missions sont essentielles afin de garantir une prise en charge correcte vis-à-vis des personnes accueillies et représente 60% de son temps.

12. Création d'un temps infirmière hygiéniste (0.25 ETP) :

A ce jour, nous n'avons aucun temps d'hygiéniste sur le secteur médico-social. Néanmoins, nous avons une infirmière hygiéniste qui assure les investigations d'épidémies en EHPAD, met en place les recommandations pour la maîtrise du risque infectieux, gère les prélèvements environnementaux, rédige des protocoles, forme et informe le personnel des EHPAD sur l'hygiène, participe à l'élaboration du plan de soins de la personne accueillie en cas de problèmes infectieux,... toutes ces missions sont assurées par une infirmière hygiéniste dont la quotité nécessaire est estimée à 0.25 ETP.

13. Création d'un temps aumônier (0.40 ETP) :

Nous avons à ce jour un aumônier qui intervient sur l'ensemble de l'établissement pour 0.40 ETP sur le secteur EHPAD. Il assure le lien avec les bénévoles et participe à leur intégration au sein des services. L'aumônier travaille également en collaboration avec le personnel (soignant, animateur,...) afin de répondre aux besoins des personnes accueillies.

14. Création d'un temps assistante sociale (0.10 ETP) :

L'assistante sociale du sanitaire assure le lien avec les patients qui intègrent l'EHPAD où qui seront reçus pour une consultation dans le cadre de la politique d'admission. Elle est l'interface avec le secrétariat EHPAD.

15. Augmentation du temps médical (0.30 ETP) :

Initialement les médecins (2.6 ETP) intervenaient au sein des EHPAD de La Châtre. A ce jour, compte-tenu des départs des médecins libéraux sur le secteur, les médecins du centre hospitalier doivent intervenir sur les EHPAD de Cluis et Aigurande. De plus, les médecins du centre hospitalier ont connaissance des maquettes organisationnelles, du logiciel OSIRIS, des obligations en termes de traçabilité,... ce qui permet une meilleure qualité de prise en charge. Dès lors, nous demandons une augmentation de 0.30 ETP afin de pouvoir intervenir correctement sur les sites d'Aigurande et de Cluis.

16. Création d'un temps pharmacien (0.40 ETP) :

A ce jour aucun temps pharmacien n'est pris en charge sur le secteur médico-social. Cependant, le temps pharmacien est nécessaire pour l'analyse pharmaceutique des prescriptions en EHPAD, le contrôle et la mise en place de la dispensation nominative, la rédaction de document qualité,... ce temps pharmacien permet de garantir une meilleure prise en charge. Cette demande de 0.40 ETP s'appuie sur l'analyse faite par le cabinet EQR.

17. Création d'un temps préparateur en pharmacie (2.74 ETP) :

Aujourd'hui, nous n'avons aucune prise en charge du temps de préparateur en pharmacie sur le secteur médico-social. Cependant, les préparatrices interviennent dans la réception et le rangement des médicaments qui sont nécessaires aux personnes accueillies, dans le dispositif de sérialisation, dans le cadre de la dispensation nominative, dans la préparation des piluliers,... toutes ces missions qui sont nécessaires pour la prise en charge de la personne accueillie. Ce temps nécessaire pour les 345 personnes accueillies est de 2.74 ETP en s'appuyant sur l'analyse faite par le cabinet EQR.

18. Bilan

	Récapitulatif ETP	Médecin	pharmacien	IDE	AS	ASG	ASH	Préparateur en pharmacie	Ingénieur qualité	Psychomotricien ou ergothérapeute	Psychologue	Assistant sociale	Aide à la marche	Animateur	Aumônier
1	Création d'un PASA	0.1				4.75				1	0.5				
2	Création d'hébergement temporaire				3.5										
3	Suivi de l'audit EQR				7.7										
4	Unités sécurisées				4.0										
5	Réorganisation Leroux						3.0								
6	Augmentation du temps de psychologue										0.2				
7	Création de 2 postes aide à la marche												2.0		
8	Création d'un temps d'ergothérapeute									0.5					
9	Augmentation de temps d'animateur													1.2	
10	Création de poste IDE de nuit			3.0											
11	Création d'un temps qualité								0.6						
12	Création d'un temps infirmière hygiéniste			0.25											
13	Création d'un temps aumônier														0.40
14	Création d'un temps assistante sociale											0.10			
15	Augmentation du temps médical	0.30													
16	Création d'un temps pharmacien		0.40												
17	Création d'un temps préparateur en pharmacie							2.74							
	TOTAL	0.4	0.40	3.25	15.2	4.75	3	2.74	0.60	1.5	0.7	0.10	2.0	1.20	0.40

A la Châtre, le 14 mars 2019,

Signature de l'établissement

Le Directeur,

Dominique DELAUME

**ANNEXE 3 - Fiche de suivi annuel des objectifs du CPOM de l'EHPAD
du Centre Hospitalier de La Châtre à LA CHATRE**

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)	Observations
				Au 31/12/2023 Au 31/12/2025	
Expression et participation individuelle et collective des résidents.					
1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	<p>formaliser un PPA pour chaque personne accueillie en EHPAD et programmer sa réévaluation annuelle (ou plus, en fonction de sa situation)</p> <p>faire participer la personne accueillie à l'élaboration de son PPA, et lui faire signer sans impossibilité. Pour les personnes qui présentent des troubles cognitifs ou une dépendance ne leur permettant pas de participer, prévoir d'inviter son représentant légal à faire connaître ses volontés.</p> <p>évaluer le protocole d'élaboration des PPA</p>	<p>- Taux de signature et nombre de PPA signés par le résident en capacité de le faire</p> <p>- Taux de révision ou d'actualisation des PPA</p> <p>- Formalisation de la démarche PPA au sein de l'établissement (existence d'une procédure)</p>	2022-2026		
1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	<p>Sensibiliser et former les professionnels à la formulation des directives anticipées et à la désignation de la personne de confiance</p> <p>Communiquer auprès des personnes accueillies et de leurs proches sur les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance : il est systématiquement envoyé en amont de la visite de pré admission une notice d'information et ses annexes, relative à la possibilité de désigner une personne de confiance.</p> <p>Adaptier l'outil de recueil de la satisfaction des résidents (1er trimestre 2020) : Un questionnaire de satisfaction vient d'être distribué à l'ensemble des résidents / familles / personne de confiance ou représentant légal, courant juillet, sur un modèle simplifié par rapport à la version 2017. L'analyse est prévue courant septembre 2021 pour une restitution et la présentation d'un plan d'actions en octobre 2021.</p> <p>Définir la fréquence de collecte avec précision des différentes phases de collecte mais aussi d'analyse et de rétroaction des résultats : l'enquête de satisfaction sera réalisée tous les 2 ans.</p> <p>Créer un questionnaire de satisfaction propre aux familles des résidents.</p>	<p>- Nombre de résidents ayant formulé des directives anticipées</p> <p>- Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance</p>	2022-2026		
1-3 Favoriser l'expression collective des résidents		<p>- Taux de retour du questionnaire de satisfaction résidents</p> <p>- Autres indicateurs pertinents non reliés au retour des questionnaires :</p> <p>- Nombre de courriers "plaintes-réclamations" traités en CDU</p> <p>- Nombre de courriers "satisfactions-remerciements" traités en CDU (nouvel indicateur 2021)</p>	2022-2026		
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en lien avec les territoires et agrégation de l'ensemble des structures du CPOM					
2-1 Favoriser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification		<p>Favoriser les données du tableau de bord ANAP et maintenir un taux de remplissage de 100 %</p> <p>Veiller à la complétude et à la fiabilité des transmissions dématérialisées avec les autorités de tarification (EPCP, ERCP, ...)</p>	<p>- Données tableau de bord ANAP complétées à 100%</p> <p>- Taux d'exactitude de remplissage des SI (Indicateur calculé par le séage de l'ARS)</p>	2022-2026	
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports		<p>Performance en matière d'achats :</p> <p>Réalisation de la fonction achat au sein du GHT 36 en cours depuis le 1er janvier 2018. La convergence des marchés est effective depuis le 1er janvier 2021</p> <p>- Participation en continu aux campagnes d'achats lancées par le GCS achats Centre Val de Loire.</p> <p>Convergence des systèmes d'information dans le cadre du GHT :</p> <p>Mise en oeuvre des objectifs du schéma directeur des systèmes d'information du GHT avec la convergence du logiciel du dossier informatisé et de la gestion administrative des patients avec celui du Centre Hospitalier de Châteauroux - Le Blanc au plus tard en 2023.</p> <p>Démarche de coopération en matière de système d'information : adhésion au GCS Infotech 36 afin de faire héberger par le GCS les données informatiques de l'établissement.</p> <p>S'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services).</p> <p>aller au recrutement de personnel via la mutualisation</p> <p>Echange de compétences</p>	<p>- adhésion au GCS Infotech 36</p> <p>- convergence des systèmes d'information</p> <p>- % (en dépenses) d'achats réalisés via le GHT ou support de mutualisation</p>	2022-2026	
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements si/ou services		<p>- nombre de formations réalisées dans le cadre du plan de formation commun GHT</p>	2022-2026		

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)	Observations
852	Maintenir et développer d'autres coopérations				
Participation à des gynécologues, néphrologues, à la structuration des urgences de prise en charge des personnes					
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	<p>Sensibiliser à nouveau les professionnels de l'établissement (médecins, IDE, cadres de santé ...) sur les modes d'intervention des équipes HAD en EHPAD</p> <p>Rendre systématique l'évaluation de la douleur à l'entrée en EHPAD</p> <p>Mettre en place des formations internes réalisées par les professionnels titulaires d'un DU « douleur »</p> <p>Créer des temps de réunions avec les équipes de l'HAD afin de coordonner au mieux les soins.</p> <p>Présenter les missions de l'HAD aux familles lorsque la mise en place du dispositif est nécessaire.</p> <p>Permettre aux intervenants de l'HAD de tracer leurs interventions dans le DPI OSIRIS</p> <p>Identifier les personnes accueillies qui requièrent une prise en charge palliative</p> <p>Renforcer l'information des professionnels, des personnes accueillies, des familles sur le rôle et les modes d'intervention de l'EADSP</p> <p>Développer et diffuser des protocoles sur la prise en charge palliative</p> <p>Poursuivre la formation "soins palliatifs" des professionnels de l'établissement</p> <p>Poursuivre le plan d'actions élaboré dans le cadre des travaux du CODESPA</p> <p>Permettre aux intervenants de l'EADSP de tracer leurs interventions dans le DPI OSIRIS</p> <p>Déploiement du DMP : depuis le 1er juillet 2021, il n'est plus possible de créer de nouveaux DMP. Un nouveau service "Mon espace santé", sera généralisé en janvier 2022.</p> <p>Développer l'utilisation de la messagerie sécurisée</p> <p>Déployer la télémédecine sur les EHPAD d'Agrandeville, de Cille et de La Chaître</p> <p>Via trajectoire : Promouvoir l'utilisation de Via Trajectoire dans les documents de communication auprès des usagers (Livret d'accueil, site internet).</p> <p>Faciliter le déploiement dans l'établissement de tous les systèmes d'information et outils nationaux et régionaux présents et à venir (messagerie sécurisée...)</p> <p>Participer à la formation "appel d'urgence à l'attention des soignants d'EHPAD"</p> <p>Suivre la formation AFGSU pour les professionnels de l'établissement</p> <p>S'intégrer dans les actions de la filière gériatrique liées à cette thématique et les mettre en place</p> <p>Favoriser les coopérations avec la DAC</p>	<p>- Existence de protocole/ convention de coopération interétablissements.</p> <p>- Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an.</p> <p>- Nombre d'interventions de l'HAD / an</p> <p>- Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur</p> <p>- Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée (résidents pris en charge par HAD ou totalité des résidents des EHPAD du CH ?)</p>	2022-2026		
3-2 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs	<p>Permettre aux intervenants de l'EADSP de tracer leurs interventions dans le DPI OSIRIS</p> <p>Identifier les personnes accueillies qui requièrent une prise en charge palliative</p> <p>Renforcer l'information des professionnels, des personnes accueillies, des familles sur le rôle et les modes d'intervention de l'EADSP</p> <p>Développer et diffuser des protocoles sur la prise en charge palliative</p> <p>Poursuivre la formation "soins palliatifs" des professionnels de l'établissement</p> <p>Poursuivre le plan d'actions élaboré dans le cadre des travaux du CODESPA</p> <p>Permettre aux intervenants de l'EADSP de tracer leurs interventions dans le DPI OSIRIS</p> <p>Déploiement du DMP : depuis le 1er juillet 2021, il n'est plus possible de créer de nouveaux DMP. Un nouveau service "Mon espace santé", sera généralisé en janvier 2022.</p> <p>Développer l'utilisation de la messagerie sécurisée</p> <p>Déployer la télémédecine sur les EHPAD d'Agrandeville, de Cille et de La Chaître</p> <p>Via trajectoire : Promouvoir l'utilisation de Via Trajectoire dans les documents de communication auprès des usagers (Livret d'accueil, site internet).</p> <p>Faciliter le déploiement dans l'établissement de tous les systèmes d'information et outils nationaux et régionaux présents et à venir (messagerie sécurisée...)</p> <p>Participer à la formation "appel d'urgence à l'attention des soignants d'EHPAD"</p> <p>Suivre la formation AFGSU pour les professionnels de l'établissement</p> <p>S'intégrer dans les actions de la filière gériatrique liées à cette thématique et les mettre en place</p> <p>Favoriser les coopérations avec la DAC</p>	<p>- convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)</p> <p>- nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP</p> <p>- nombre d'intervention de l'EADSP</p> <p>- Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur</p>	2022-2026		
3-3 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	<p>Développer l'utilisation de la messagerie sécurisée</p> <p>Déployer la télémédecine sur les EHPAD d'Agrandeville, de Cille et de La Chaître</p> <p>Via trajectoire : Promouvoir l'utilisation de Via Trajectoire dans les documents de communication auprès des usagers (Livret d'accueil, site internet).</p> <p>Faciliter le déploiement dans l'établissement de tous les systèmes d'information et outils nationaux et régionaux présents et à venir (messagerie sécurisée...)</p> <p>Participer à la formation "appel d'urgence à l'attention des soignants d'EHPAD"</p> <p>Suivre la formation AFGSU pour les professionnels de l'établissement</p> <p>S'intégrer dans les actions de la filière gériatrique liées à cette thématique et les mettre en place</p> <p>Favoriser les coopérations avec la DAC</p>	<p>- Compatibilité du logiciel soin avec le DMP</p> <p>- Taux de résidents avec un DMP</p> <p>- Si télémédecine : nombre de télé-expertise et/ou téléconsultations réalisées / an</p> <p>- Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an</p> <p>- % de résidents admis par via trajectoire</p> <p>- Taux de professionnels disposant d'une MSS</p> <p>- Existence d'une messagerie sécurisée (MSS)</p>	2022-2026		
3-4 Réduire le taux de passage aux urgences de résidents par une coopération renforcée avec les établissements de santé	<p>Rechercher des solutions pour mettre en place un dispositif d'IDE de nuit par voie éventuelle d'appel à candidature de l'ARS</p> <p>Mettre en place une astreinte mutualisée d'IDE pour intervenir en EHPAD la nuit (pilote : ARS - échéance : 7) dans le cadre des travaux de la filière gériatrique, il est prévu (fiche action n°3 - groupe de travail "accès aux soins")</p> <p>Dernier point d'étape : octobre 2018 : recensement des IDE intéressés(e)s par l'ARS auquel le CH de La Chaître n'a pas répondu faute de moyens financiers</p> <p>Le CTS, lors de son séminaire 2019, propose une plate de travail avec la mise en place d'IDE délégués SAMU pour intervenir de nuit pour intervenir soit à domicile soit en EHPAD et répondre aux besoins du SAMU. Les IDE libéraux sont intéressés(e)s et un groupe de travail devrait se réunir.</p> <p>Participer à l'appel à candidature de l'ARS via la conférence des financeurs; projet d'action de prévention en EHPAD</p> <p>S'intégrer dans les actions de la filière gériatrique liées à ces thématiques et les mettre en place</p>	<p>- Nombre de personnes ayant suivi une formation "appel d'urgence"</p> <p>- Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences</p>	2022-2026		
3-5 Organiser un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	<p>Rechercher des solutions pour mettre en place un dispositif d'IDE de nuit par voie éventuelle d'appel à candidature de l'ARS</p> <p>Mettre en place une astreinte mutualisée d'IDE pour intervenir en EHPAD la nuit (pilote : ARS - échéance : 7) dans le cadre des travaux de la filière gériatrique, il est prévu (fiche action n°3 - groupe de travail "accès aux soins")</p> <p>Dernier point d'étape : octobre 2018 : recensement des IDE intéressés(e)s par l'ARS auquel le CH de La Chaître n'a pas répondu faute de moyens financiers</p> <p>Le CTS, lors de son séminaire 2019, propose une plate de travail avec la mise en place d'IDE délégués SAMU pour intervenir de nuit pour intervenir soit à domicile soit en EHPAD et répondre aux besoins du SAMU. Les IDE libéraux sont intéressés(e)s et un groupe de travail devrait se réunir.</p> <p>Participer à l'appel à candidature de l'ARS via la conférence des financeurs; projet d'action de prévention en EHPAD</p> <p>S'intégrer dans les actions de la filière gériatrique liées à ces thématiques et les mettre en place</p>	<p>- Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE</p> <p>- Nombre d'interventions de l'IDE</p> <p>- Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit</p>	2022-2026		

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Échéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)	Observations
<p>3-6 3-6-01</p> <p>Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique</p>	<p>Favoriser les coopérations avec le DAC</p> <p>Permettre aux équipes mobiles (HAD, EADSP EMG, psy, ...) de tracer leurs intervenants dans le DPI</p> <p>Participer à des rencontres inter-établissements (colloques, forums, ...)</p> <p>Réactiver la commission gériatrique</p>	<p>- Convention avec un service de gérontopsychiatrie - Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique - Nombre de réunions de la commission gériatrique</p>	2022-2026		
<p>3-7</p> <p>Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS</p>	<p>Diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ;</p> <p>Utiliser les différents supports à disposition: livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniorisé ...</p> <p>Elaborer un plan d'actions de communication détaillé mentionnant les supports, les outils, les responsables, les échéances, les modalités, ainsi que le tableau de suivi</p> <p>Actualiser régulièrement les informations transmises sur le site internet de l'établissement et sur le livret d'accueil.</p>	<p>- Existence d'un site internet. Si oui, nombre de connexions annuelles - Taux de personnes accueillies disposant du livret d'accueil - Existence d'un plan de communication</p>	2022-2026		
<p>3-8</p> <p>Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile</p>	<p>Poursuivre le partenariat avec les bénévoles : Organiser une réunion annuelle des bénévoles (VMEH) permettant des temps d'échanges sur les événements de l'année entre l'institution et les personnes bénévoles</p> <p>Inclure les bénévoles à suivre des formations relatives à la vie et au fonctionnement de l'établissement (ex : formation de l'IDE hygiéniste aux bénévoles dans le cadre de la crise COVID)</p> <p>Développer l'organisation régulière de réunions d'information en direction des familles ;</p> <p>Créer un questionnaire de satisfaction propre aux familles</p>	<p>- Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents - Nombre de réunions réalisées avec les familles - Nombre de bénévoles intervenant au sein de l'EHPAD - Nombre de bénévoles ayant bénéficié d'une formation</p>	2022-2026		

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)	Observations
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents					
854	Optimiser le cadre de vie afin de le rendre moins anoxique (acoustique, luminosité, décoration, aménagement...)				
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	<p>Développer la stimulation cognitive à l'aide des dispositifs et méthodes disponibles</p> <p>Poursuivre la formation sur les maladies neurodégénératives</p> <p>Elaborer les projets de services EHPAD et prévoir des projets spécifiques pour les unités sécurisées UHR Aloïs, Ravau 1er</p> <p>Continuer les formations professionnelles d'ASG</p> <p>Périmiser les activités des ateliers de stimulation cognitive réalisés par la psychologue et les ateliers mémoire réalisés par les animateurs</p> <p>Ajouter une communication sur la grippe dans les sessions de formation en interne, notamment pour les nouveaux arrivants</p> <p>Faire apparaître en fond d'écran l'information sur la grippe sur tous les écrans de l'établissement, chaque année, pendant la période vaccinale</p> <p>Continuer la sensibilisation à la vaccination avec le binôme IDE hygiéniste/médecin dans chaque EHPAD, chaque année</p> <p>Informez les personnes âgées et leurs proches par affichage, chaque année</p> <p>Relayer les informations nationales et régionales sur les campagnes de vaccination</p> <p>Créer un partenariat avec un dentiste afin de repérer les problèmes bucco-dentaires et de bénéficier de soins dentaires au sein de l'EHPAD</p> <p>Continuer l'information et la sensibilisation des personnels de santé à l'enjeu de la santé bucco-dentaire</p>	<p>- Nombre de résidents en atelier mémoire par an.</p> <p>- Nombre d'ASG en ETP.</p> <p>- Nombre d'agents formés aux troubles du comportement</p>	2022-2026		
4-2 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	<p>Maintenir les évaluations et le suivi de l'état nutritionnel</p> <p>Favoriser l'alimentation plaisir avec les repas à thème et menus festifs</p> <p>Action visant le rappel des connaissances et des bonnes pratiques des professionnels de santé au repêrage de la dénutrition</p> <p>Participer aux appels à candidature de l'ARS CVL projet d'action de prévention en EHPAD</p> <p>S'assurer de la traçabilité systématique de l'évaluation de l'état bucco-dentaire à l'entrée</p> <p>Organiser une formation de l'évaluation de l'état bucco-dentaire</p> <p>Adapter la thématique restauration du questionnaire de satisfaction</p> <p>Augmenter le nombre d'analyses pharmacologiques pour une identification des problèmes de iatrogénie, des "fautes prescriptions", de l'utilisation des psychotropes, ...</p>	<p>- Taux de résidents vaccinés contre la grippe</p> <p>- Taux de personnel vaccinés contre la grippe</p>	2022-2026		
4-3 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires	<p>Maintenir les évaluations et le suivi de l'état nutritionnel</p> <p>Favoriser l'alimentation plaisir avec les repas à thème et menus festifs</p> <p>Action visant le rappel des connaissances et des bonnes pratiques des professionnels de santé au repêrage de la dénutrition</p> <p>Participer aux appels à candidature de l'ARS CVL projet d'action de prévention en EHPAD</p> <p>S'assurer de la traçabilité systématique de l'évaluation de l'état bucco-dentaire à l'entrée</p> <p>Organiser une formation de l'évaluation de l'état bucco-dentaire</p> <p>Adapter la thématique restauration du questionnaire de satisfaction</p> <p>Augmenter le nombre d'analyses pharmacologiques pour une identification des problèmes de iatrogénie, des "fautes prescriptions", de l'utilisation des psychotropes, ...</p>	<p>- Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition</p> <p>- Nombre de résidents faisant l'objet d'une surveillance de la courbe de poids</p> <p>- Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments</p> <p>- Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration</p> <p>- Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)</p> <p>- Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire (par un dentiste ou un professionnel soignant de l'EHPAD)</p>	2022-2026		
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication	<p>Diminuer les prescriptions médicales d'IPP</p> <p>Diminuer les prescriptions médicales de traitement anticholinestrol</p> <p>Réaliser une réunion annuelle avec les médecins d'EHPAD</p> <p>Participer aux appels à candidature de l'ARS CVL projet d'action de prévention en EHPAD</p> <p>Sensibiliser les professionnels de santé de l'établissement à la politique qualité et gestion des risques et à l'interêt de réaliser des audits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - former les professionnels aux méthodes de gestion des risques (audit, CREX, analyse des causes, résidents tracés...) - revoir le format de restitution des audits pour que cela soit parlant pour les soignants - faire réaliser aux soignants certains audits "flash" en binôme avec le cadre de santé (allier confidentialité, identifiants, hygiène...) <p>Formaliser la politique de prévention et de prise en charge des chutes (révision du formulaire de la déclaration de chute)</p>	<p>- Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDE/EHPAD)</p> <p>- Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDE/EHPAD)</p> <p>- Taux d'EIG (en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés.</p> <p>- Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)</p>	2022-2026		
4-5 Déclarer et analyser les événements indésirables	<p>Participer aux appels à candidature de l'ARS CVL projet d'action de prévention en EHPAD</p> <p>Sensibiliser les professionnels de santé de l'établissement à la politique qualité et gestion des risques et à l'interêt de réaliser des audits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - former les professionnels aux méthodes de gestion des risques (audit, CREX, analyse des causes, résidents tracés...) - revoir le format de restitution des audits pour que cela soit parlant pour les soignants - faire réaliser aux soignants certains audits "flash" en binôme avec le cadre de santé (allier confidentialité, identifiants, hygiène...) <p>Formaliser la politique de prévention et de prise en charge des chutes (révision du formulaire de la déclaration de chute)</p>	<p>- Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration</p> <p>- Protocole de déclaration des EIG</p> <p>- Nombre d'EIG déclarés</p> <p>- Nombre de RETEX formalisés</p> <p>- Nombre d'audits "flash" réalisés</p>	2022-2026		
4-6 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	<p>Formuler les professionnels à la prévention du risque de chute</p> <p>Participer aux appels à candidature de l'ARS CVL projet d'action de prévention en EHPAD</p>	<p>- Protocole de prévention de chutes</p> <p>- Nombre de chutes prises en charge/nombre de résidents</p> <p>- Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation</p> <p>- Nombre de chuteurs à répétition (Préciser : définition d'un chuteur à répétition)</p> <p>- Protocole de contention</p> <p>- Taux de résidents avec contention prescrite</p> <p>- Nombre de résidents participant à des ateliers d'activités physiques</p>	2022-2026		
4-7 Sécuriser le circuit du médicament	<p>Réaliser l'audit du circuit du médicament (de la prescription à l'administration) dans les 6 EHPAD et mettre en place le plan d'actions issu de cet audit</p>	<p>- Présence d'un protocole circuit du médicament</p> <p>- L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?</p> <p>- Nombre d'écart</p>	2022-2026		
4-8 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	<p>Actualiser les documents en fonction des évolutions réglementaires obligatoires</p> <p>Evaluer la traçabilité systématique de l'annexe au contrat de séjour pour les unités sécurisées</p>	<p>- Documents réglementaires à jour</p> <p>- Traçabilité effective du recueil du consentement</p> <p>- Nombre d'avis défavorables en raison du refus de la personne</p> <p>- Nombre de commissions d'admission par an</p>	2022-2026		

Objectifs du CPDM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)	Observations
855	<p>Informar et sensibiliser les bénévoles à la bientraitance (les inclure dans une formation)</p> <p>Promouvoir la bientraitance et accompagner la réflexion éthique dans la prise en charge au quotidien (écouter, harmoniser les pratiques professionnelles face à des situations difficiles et recourir) ; former les professionnels</p> <p>Evaluer l'appropriation des RBPP par l'ensemble des professionnels.</p> <p>Vérifier que les droits des résidents et des usagers sont bien respectés.</p>	<p>- Nombre de salariés formés à la bientraitance en cumulé</p> <p>- Nombre de réunions d'information sur la bientraitance.</p> <p>- Rythme des réunions du comité bientraitance</p>	2022-2026		
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail					
5-2 Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail	<p>Mettre en place des groupes de travail afin d'identifier les causes d'absentéisme et rechercher les leviers de fidélisation</p> <p>Déployer un plan d'actions en lien avec le document unique des risques professionnels</p> <p>Asseoir le processus QVT au sein de l'établissement (intégrant les RPS)</p>	<p>- Taux d'absentéisme.</p> <p>- Taux d'absentéisme courte durée.</p> <p>- Taux d'accident du travail.</p> <p>- Taux d'ETP vacants au 31/12.</p> <p>- Taux de rotation des personnels.</p> <p>- Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management.</p> <p>- Ratio d'encadrement global.</p> <p>- Nombre de points GIR par AS.</p> <p>- Ratio d'encadrement ASI/ASH.</p> <p>- Ratio d'encadrement IDE.</p> <p>- Taux de remplacement du personnel.</p>	2022-2026		
5-3 Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques	<p>Maintenir les dispositifs de formation (interne, externe, formation qualifiante et/ou certifiante, ...) en lien avec les besoins de l'établissement</p> <p>Analyser les retours des entretiens annuels en matière de mobilité, formation</p> <p>Analyser le taux de turn over mais également prévoir et anticiper la fuite des compétences</p> <p>Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences, en adaptant, autant que possible, les niveaux de qualification et les diplômes des salariés.</p> <p>Mettre en place une GPEC personnalisée</p> <p>Faciliter l'accès du personnel à des formations diplômantes ou qualifiantes</p>	<p>- Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers</p> <p>- Plan de formation : ON</p> <p>- Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS</p>	2022-2026		
5-4 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	<p>Rendre plus efficient les bilans sociaux et tableaux de bord</p> <p>Déployer une réelle politique de recrutement et d'intégration des collaborateurs afin de favoriser le bien-être au travail et fidéliser les équipes.</p> <p>Maintenir un plan de formation en adéquation avec les besoins issus de la GPEC.</p>	<p>- Organisation comprenant un pool de remplacement</p> <p>- Nombre de formations qualifiantes</p> <p>- Plan d'action issus des bilans sociaux et des tableaux de bord opérationnel</p>	2022-2026		
Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)					
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants	<p>Restructuration de l'EIPAD G. Raveau de 80 places</p>	<p>Visite de conformité CD AFS</p>	2022-2026		

Finess : 360002075

EHPAD NOTRE DAME DE CONFIANCE

Privé Non Lucratif

ASSOCIATION MAISON DE RETRAITE (360000475)

Ass.L.1901 non R.U.P

20, RUE DE LA MAIRIE - 36220 TOURNON-ST-MARTIN

Téléphone : 02 54 37 50 54 Email : ehpad.ndc@orange.fr

Fiche Action N°1 .1

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement

Personne Référente :	PAP = Psychologue de l'EHPAD Projet d'établissement = Direction	Date de création	01/04/2021		
Constat du diagnostic	Outils de la loi 2002-2 ; projet de soins ; projet personnalisé ; projet d'animation ; projet d'établissement Rechercher l'exhaustivité de la recherche de consentement : favoriser la traçabilité du consentement Elaborer un projet de vie spécifique pour la prise en charge des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer				
Description de l'action	Ecriture du projet d'établissement 2021 - 2025 : L'organisme de formation ADVITAM a apporté le soutien méthodologique et pédagogique au comité de pilotage de l'établissement pour l'écriture du projet d'établissement qui n'avait pas été actualisé depuis 2009. Réalisation et actualisation des Projets d'accompagnement personnalisé en pluridisciplinarité dans le respect des choix de vie du résident.				
Identification des acteurs à mobiliser	L' élaboration du projet d'établissement est réalisé tout au long de l'année 2021 avec la participation du comité de pilotage mais également (en présentiel ou à distance par mail et/ou téléphone) des administrateurs, des professionnels, des usagers et de leurs représentants légaux ainsi que des partenaires. La pluridisciplinarité et la représentation de tous les services sont respectées. La psychologue est désignée comme la garante des droits des usagers. Elle a la mission de planifier, animer et diffuser les PAP. Elle est garante de la réalisation conforme et pluridisciplinaire des PAP avant leur diffusion. Elle travaille de concert avec les familles, les représentants légaux, l'ensemble des professionnels de l'EHPAD (administratifs, animation, hôteliers et soignants) et bien sûr avec le résident.				
Moyens nécessaires	Ecriture du projet d'établissement : Le projet associatif et le résultat de l'évaluation interne réalisée en 2020 ont servi de base à ce projet d'établissement. Une enquête a été transmise en amont de l'écriture du projet d'établissement à tous les acteurs pour permettre l'expression libre des avis, des suggestions d'amélioration, ou des propositions d'évolution. Le traitement des données, réalisé par le comité de pilotage, ont été pris en compte dans les orientations de ce projet et ont permis de prioriser certains axes du projet dans l'objectif de répondre aux attendus et aux besoins repérés du public et des professionnels de l'établissement. 9 séances de 7 heures ont été positionnées de avril à décembre 2021 pour permettre cette écriture réflexive. Les fiches actions issues de l'évaluation interne ont été mises en adéquation avec le CPOM en cours de réalisation. Chaque séance a été animée par le consultant d'ADVITAM. Réalisation et actualisation des PAP : En amont de la réunion pluridisciplinaire des PAP, de nombreuses informations sont recueillies auprès du résident, de ses proches, de son représentant légal et de l'équipe. A ces données s'ajoutent un bilan ergothérapeutique et gériatrique et des tests psychologiques. Lors de la réunion hebdomadaire PAP les participants évoquent l'anamnèse et l'ensemble des données recueillies pour créer le PAP qui est retransmis ensuite au résident pour validation et signature, ainsi qu'à son représentant légal et à la direction. Le PAP est réalisé et intégré dans le logiciel métier. La réunion des PAP est réalisée dans une salle préservant la confidentialité des données qui sont projetées sur un écran pour permettre la participation active de chacun des participants.				
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle		
	Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident		34%	22	
	Taux de révision ou d'actualisation des PAP		14%		
	Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)		oui		



Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Le comité de pilotage de l'établissement veille annuellement à la conformité des documents institutionnels de la loi 2002 - 2. La cellule qualité garantit le respect du plan d'action correspondant aux fiches actions . Les documents d'admission actualisés par la commission d'admission de l'établissement sont soumis à l'approbation du CVS et de l'association gestionnaire avant d'être transmis aux autorités de contrôle et de tarification. La commission d'établissement participe à la diffusion des productions et à l'informations des différents acteurs : professionnels, usagers et partenaires.
Commentaires sur le Constat de résultat	

Fiche Action N°1.2

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance

Personne Référente :	Binôme : Référente des Directives Anticipées et Psychologue	Date de création	débuté en 2020	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 19 : - anticiper les situations de crise et d'urgence ; - favoriser l'expression des choix de la personne.			
	Modalités : - faire connaître à tous, les différents dispositifs et leurs caractéristiques ; - réaliser des supports d'information claires et accessibles à tous pour informer le public des droits de protection et de représentation apportées par la loi ASV ; - former le personnel des ESMS...			
Description de l'action	Information des résidents et / ou de leurs représentants légaux des missions et des modalités d'accueil dans l'établissement, de l'enjeu de la désignation d'une personne de confiance et de la possibilité de transmettre et/ou d'être accompagné à l'écriture des directives anticipées.			
Identification des acteurs à mobiliser	Une AES de l'EHPAD, formée à la démarche palliative, a été désignée comme professionnelle référente concernant les directives anticipées. Elle intervient auprès des membres de la commission interne d'accompagnement à la démarche palliative ADEPA pour prendre son relais afin de permettre à tous les résidents d'être informé sur l'intérêt pour chacun de pouvoir, s'il le souhaite, transmettre des directives anticipées et de désigner une personne de confiance.			
Moyens nécessaires	Information des résidents par une campagne d'affichage et de distribution de flyers créés par l'AES dans le cadre de son projet. Rencontre individuelle organisée par l'AES référente avec les résidents pour évoquer les directives anticipées et recueillir leurs besoins et/ou leurs souhaits concernant les directives anticipées. Possibilité d'un temps partagé avec la personne de confiance pour faciliter l'écriture des directives anticipées. Tracabilité dans le dossier de soins du résident de ce qui a été évoqué, décidé et intégration des directives anticipées quand elles existent. Programmation 1 journée par trimestre, consacrée à cette mission commune à la Psychologue et à la Référente Directives anticipées. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées	3%		
	Taux de résidents ayant désigné une personne de confiance	Non-conformité		
	Taux de résidents ayant bénéficié d'un entretien individuel sur les directives anticipées	25%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La désignation de la personne de confiance est un acte encore compliqué pour les résidents qui ont besoin d'en discuter en amont - il ne mesure pas toujours les responsabilités qui s'y associent et désignent par défaut leur proche le plus disponible. La psychologue et la référente DA doivent informer avec tact, permettre la réflexion et valider la désignation de la personne de confiance ce qui facilite la démarche concernant les directives anticipées par la suite.			
Commentaires sur le Constat de résultat				



EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

	hébergement et dépendance de -328 K€ en 2011 et de -164 K€ en 2012. Pour le budget soin, les deux derniers exercices font apparaître un excédent net de 17 K€.
Quel est l'impact du taux d'activité sur les résultats, en particulier en cas de financement en prix de journée ?	Le taux d'activité est supérieur à 99 % en 2012. Sur les 5 dernières années, il a toujours été supérieur à 98 %.

3.3 Evaluation externe de la qualité et des prestations délivrées

Synthèse générale

Cette étape met en relation les intentions du projet d'établissement ou du service et les constats issus de l'évaluation externe en se centrant sur la qualité des prestations et les pratiques dans le but d'apprécier le service rendu aux usagers, les points forts et les adaptations à conduire, dans une vision globale et stratégique de l'établissement tenant compte de son environnement.

Lorsque la synthèse met en évidence des différences, des écarts, des contradictions en regard du cadre de référence spécifique, nous avons fourni une analyse et une interprétation sur la base des informations quantitatives et qualitatives obtenues.

Nous avons analysé la pertinence des activités et de l'organisation par rapport aux besoins identifiés et aux objectifs assignés, en tenant compte des moyens disponibles de l'établissement ou du service et des choix opérés dans leur affectation.

Nous formulons des propositions et /ou préconisations au regard des différents champs couverts par l'évaluation externe.

Dans la perspective de l'amélioration continue de la qualité des activités et prestations délivrées par l'établissement, nous formulons, outre les propositions et/ou préconisations ci-dessus mentionnées, toute observation utile à l'aide à la décision du commanditaire concernant l'adaptation des modalités d'accueil et d'accompagnement, au regard de l'évolution des besoins des usagers et en tenant compte des ressources.

Le cas échéant, nos préconisations sont chiffrées en termes de coûts marginaux.



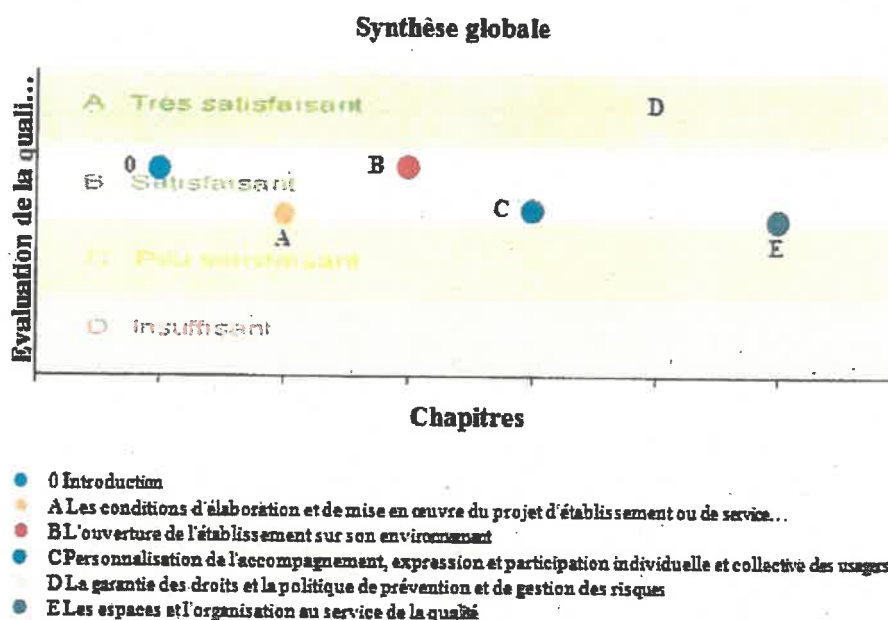
EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

3.3.1 Synthèse globale



3.3.2 Appréciation globale de l'évaluateur externe

La démarche qualité issue de l'évaluation interne comprend beaucoup de bonnes intentions. Mais encore assez peu ont à ce jour été réalisées, et celles qui le sont ne peuvent constituer des éléments suffisamment structurant d'un projet d'établissement, qui reste par ailleurs à formaliser, indépendamment de l'activité sanitaire.

Il nous semble que le renouvellement de la convention tripartite à compter de 2014 nécessite une révision des objectifs, pour ne retenir dans les priorités que les projets transversaux :

- projet de soin et projet personnalisé du résident
- Participation de toutes les parties prenantes et mobilisation effective sur les projets
- cohérence des valeurs de l'EHPAD et des concepts de vie (modèle organisationnel, d'aménagement et d'utilisation des espaces)

Nous considérons que si l'information des cadres et leur compréhension du sens des projets sont satisfaisantes, il n'en est plus de même quand on descend dans les équipes. C'est le travers de la vision sanitaire que de penser que la multiplication des protocoles, des normes, des procédures suffirait à l'appropriation des valeurs et des pratiques par le personnel des EHPAD, ce qui n'est pas le cas.

Le résident n'est pas seulement un bénéficiaire de soins, c'est aussi un bénéficiaire de prestations, un citoyen acteur de son parcours. Il doit donc pouvoir s'exprimer, individuellement ou collectivement sans contraintes, émettre ses avis, c'est aussi le sens du projet d'établissement.

Au delà, c'est l'ensemble des familles, des accompagnants et des professionnels qui doivent être écoutés.



EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

Cette dimension participative n'a pas pu pour l'instant concrètement s'exprimer, c'est un des enjeux à relever. Enjeux aussi d'identité de l'EHPAD et de reconnaissance par son environnement.

Pour autant l'EHPAD dispose de points forts sur lesquels il doit s'appuyer :

- Le personnel tout d'abord, apprécié de tous les résidents et sur lesquels aucune critique n'a été relevée
- Un encadrement qui s'implique dans les projets, habitué aux démarches qualité
- Une équipe qualité disponible et qui veille à la diffusion de l'information.
- un personnel encore prêt à relever de nouveaux défis
- Des plans de formation des personnels, une gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences qui se met en place.
- un système informatique en déploiement, financé, qui ouvre de nouvelles perspectives dans l'organisation et la bonne utilisation des données, qui interrogera les professionnels sur leur pratique
- des réhabilitations réussies, notamment sur CLUIS, qui peuvent servir de modèle.

Les différentes contraintes de l'établissement (dispersion géographique, modernisation de l'immobilier et réaménagement des espaces) pèsent sur les équilibres financiers, depuis deux exercices les sections hébergement et dépendance sont en déficit.

Les contraintes relevées auprès du personnel des équipes de soin laissent pointer une fatigue psychologique significative, proche du "burn out" dans certains cas. On identifie seulement ça et là des solutions de dépannage, pour pallier aux manques d'effectif et aux absences.

Nous avons constaté un volume très important d'heures supplémentaires qui se sont accumulées. Cette situation interroge donc l'équilibre effectifs soin par rapport au nombre de résidents. Un état des lieux est à faire site par site en tenant compte des différents degrés de dépendance et de médicalisation des populations accueillies, du contexte des locaux.

Le manque d'attractivité du marché local peut faire craindre des difficultés récurrentes pour recruter et conserver le personnel. En perspective nous rappelons que dans les 8 ans à venir, de nombreux départs à la retraite sont identifiés.

L'EHPAD devra donc être vigilant sur l'utilisation des moyens qui lui sont accordés, pour autant qu'il puisse tenir les engagements de modernisation et d'amélioration de la qualité des prestations qui lui sont demandés et qu'il s'est fixé. Beaucoup d'objectifs restant encore à réaliser, un échelonnement des mesures complémentaires sur toute la durée de la nouvelle convention tripartite 2014-2018 est souhaitable, afin de préserver une hausse modérée de tarifs.

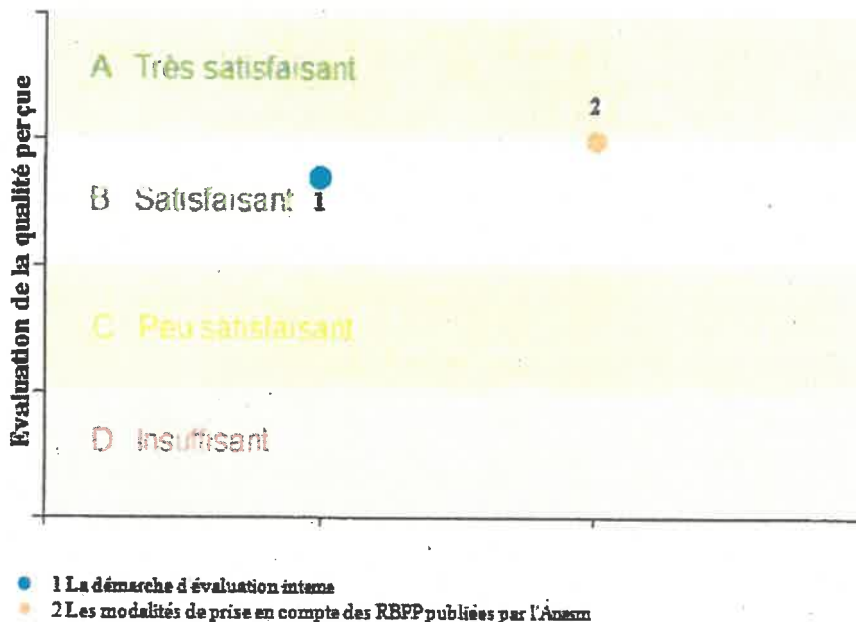
3.3.3 Synthèse par chapitre



EHPAD la Châtre

KPMG SA
 Rapport d'évaluation externe
 décembre 2013

0 - Introduction



<p>Principaux points forts</p>	<p>L'implication de la direction et la coordination assurée par le service qualité.</p> <p>Une méthode d'évaluation organisée autour des préconisations de l'ANESM (axes d'évaluation).</p> <p>L'intervention d'un cabinet externe en appui méthodologique et en accompagnement.</p> <p>L'établissement d'un plan d'action « axes d'amélioration de la qualité ».</p> <p>Identification d'un responsable par action d'amélioration à réaliser.</p> <p>Une base d'informations accessible sur l'intranet.</p>
---------------------------------------	--



EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

Principales insuffisances	<p>Le suivi des actions d'amélioration n'a pas été organisé pour informer le personnel de l'avancement.</p> <p>les salariés ayant participé à l'évaluation interne n'ont pas été formés en amont, ils ne se sont pas notamment appropriés les RBPP de l'ANESM.</p> <p>Tous les acteurs n'ont pas été associés à la réalisation du projet de projet d'évaluation interne (dont les résidents, les familles, les professionnels externes à l'établissement, les bénévoles), les informations à leur destination ont été parcellaires ou inexistantes.</p>
Recommandations	<p>Mettre en place un comité de suivi de l'évaluation interne. Informer tous les acteurs du projet (réunions, points flash) de l'avancement des actions et des changements, en faisant intervenir les pilotes d'actions.</p> <p>Institutionnaliser le projet, éviter la démarche confidentielle connue seulement des cadres et des pilotes d'action.</p> <p>Dans le projet d'évaluation interne il faudrait intégrer un résident par établissement dans le comité de pilotage et le groupe de travail.</p> <p>Inscrire dans le projet individuel de formation un rappel annuel des avancements du projet d'évaluation interne, de l'impact dans le quotidien.</p> <p>Pour toute démarche à venir, co-construire les évaluations dans le respect des RBPP de l'ANESM.</p>
Coût des recommandations	
Commentaire de l'établissement	
Commentaire de l'évaluateur	



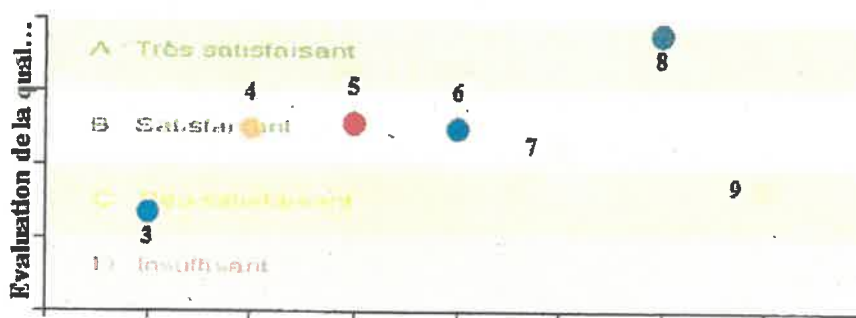
EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

A - Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service...



- 3 le projet d'établissement : actualisation et pertinence au regard des missions de l'ESSMS. Déclina...
- 4 L'adaptation entre objectif central de l'ESSMS et les ressources humaines, financières et matériel...
- 5 L'adéquation entre les besoins de la population accompagnée et le profil des professionnels (form...
- 6 Les modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste et actions (formation, réunions d'échange pluridisciplinaire, etc...) mises en oeuvre pour permettre aux professionnels d'a...
- 7 Les dispositifs de prévention des risques psychosociaux mis en oeuvre dans l'ESSMS et les dispo...
- 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...
- 9 La cohérence entre les objectifs développés dans les projets personnalisés et les objectifs opératio...

Principaux points forts	<p>Des dispositifs d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste.</p> <p>Des plans de formations annuellement réévalués et négociés, prenant en compte les principales thématiques sur l'accompagnement de la personne âgée.</p> <p>La sensibilisation du personnel à la maltraitance.</p> <p>La documentation accessible sur la plate forme Intranet, en remplacement progressif des classeurs.</p> <p>La veille documentaire et règlementaire.</p> <p>La déclinaison du projet d'établissement en actions, éléments de mesure d'atteinte des objectifs, phasage.</p>
--------------------------------	---



EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

Principales insuffisances	<p>L'absence d'un projet de soin connu des professionnels.</p> <p>L'absence d'un projet d'établissement EHPAD distinct du projet global du Centre Hospitalier de La Châtre, « sanitisation » prédominante des objectifs au détriment des considérations de vie sociale, ce qui n'aide pas à clarifier le positionnement institutionnel de l'EHPAD.</p> <p>Pas de prise en compte des particularités existantes entre les unités de vie, l'implantation géographique, le nombre de lits installés, le niveau de dépendance.</p> <p>Le projet d'établissement n'a pas été conduit dans une démarche participative rassemblant le personnel, les résidents, les familles, les bénévoles et professionnels extérieurs.</p> <p>Des changements récents d'horaires des professionnels (temps coupés, travail sur 12 heures) qui n'ont pas fait l'objet de réelle concertation sur le principe du volontariat.</p>
Recommandations	<p>Décliner un projet institutionnel EHPAD distinct du projet sanitaire, prendre en compte les différences respectant les identités des unités de vie distantes.</p> <p>Faire participer les résidents, "l'usager est à la fois un bénéficiaire de prestations, un citoyen, et un acteur de son propre parcours..." (RBPP ANESM).</p> <p>Globalement co-construire le projet d'établissement et non le définir par un collectif réduit des cadres et des professionnels.</p> <p>Recentrer l'information des professionnels sur l'essentiel, mais en suivre l'appropriation (faire le point à l'occasion des bilans formations, évaluer régulièrement l'efficacité des formations et informations dispensées).</p> <p>Disposer d'éléments pertinents financiers et qualitatifs (effectifs, population de résidents, GIR, GIR soin, ventilation des charges sur les principaux indicateurs de coût, évaluation des attentes et satisfactions...) afin d'identifier les différences entre chaque unité pour des réponses adaptées aux enjeux locaux, complémentaires aux enjeux institutionnels de l'EHPAD.</p> <p>Evaluer les impacts des TMS et des changements d'organisation des temps de travail réalisés en 2013 (évaluation en cours).</p>
Coût des recommandations	

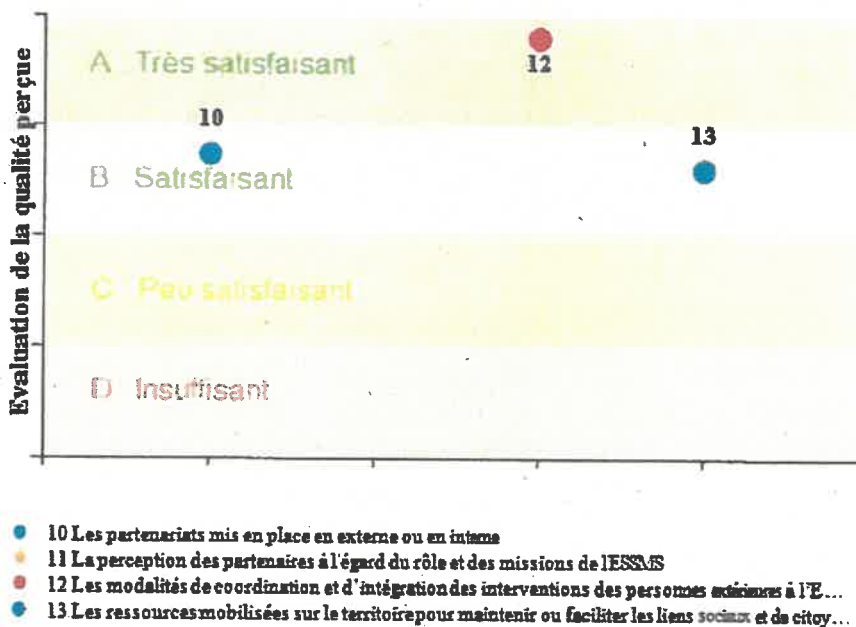


EHPAD la Châtre

KPMG SA
Rapport d'évaluation externe
décembre 2013

Commentaire de l'établissement	
Commentaire de l'évaluateur	

B - L'ouverture de l'établissement sur son environnement





EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

<p>Principaux points forts</p>	<p>L'existence de conventions et partenariats.</p> <p>L'implication de l'EHPAD dans les filières sanitaires et gériatriques, en respect des préconisations de l'ARS.</p> <p>Trois postes d'animateurs impliqués dans l'ouverture de l'établissement sur son environnement, actifs sur l'ensemble des sites.</p> <p>Une bonne appréciation des animateurs par les résidents.</p> <p>Les objectifs du projet d'établissement comprenant un volet sur la communication.</p>
<p>Principales insuffisances</p>	<p>Des conventions et partenariats essentiellement dans le sanitaire.</p> <p>Le champ social de l'ouverture de l'établissement à son environnement n'est pas développé (sauf communication institutionnelle), tant dans le projet d'établissement 2011-2016 que dans les objectifs d'amélioration identifiés par l'évaluation interne.</p> <p>Les usagers ne sont pas régulièrement consultés dans les choix d'ouverture de l'EHPAD pouvant correspondre à leur attente.</p> <p>"Trop peu de sorties" disent les familles.</p>
<p>Recommandations</p>	<p>Développer les liens intergénérationnels.</p> <p>Augmenter les partenariats avec les EHPAD du département.</p> <p>Développer la pluralité de animations et des sorties pour répondre aux capacités différenciées des résidents, prévoir des alternatives régulières répondant aux attentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - marchés, foires, manifestations locales - bibliothèque - lieux de vie antérieurs (résidents des communes de CLUIS et AIGURANDE) - spectacles - accompagnement lieu de culte <p>Recevoir les attentes, faire une évaluation régulière des satisfactions/insatisfaction.</p> <p>Solliciter les familles en tant qu'accompagnants, constituer une association, un réseau d'échanges entre aidants pour éviter l'isolement, de nombreux résidents ont leur famille sur place.</p> <p>Favoriser la participation dans les conseils de résidents récemment créés, ils peuvent relayer les demandes auprès du CVS.</p>



EHPAD la Châtre

KPMG SA

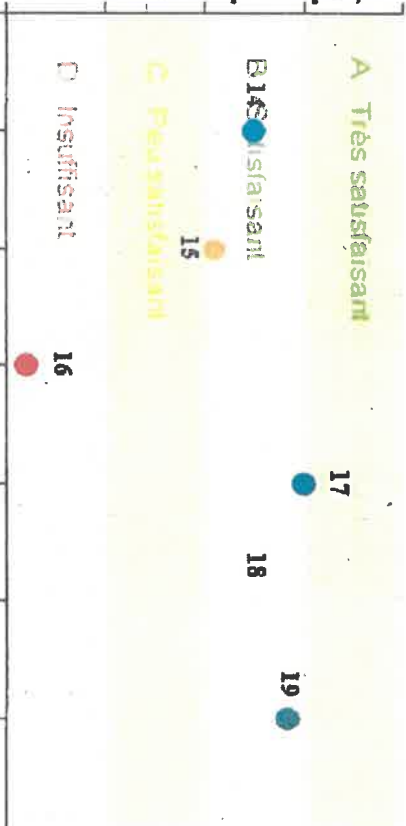
Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

	<p>Mettre en place un document recensant les conventions signées par l'établissement.</p> <p>Suivre l'application des conventions, procéder annuellement à leur évaluation (effectivité, respect des engagements, résultats).</p>
Coût des recommandations	
Commentaire de l'établissement	
Commentaire de l'évaluateur	

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

Evaluation de la qualité perçue



- 14 Outils et méthode d'observation et de recueil des attentes de l'utilisateur
- 15 Mode de participation et de consultation individuelle de l'utilisateur
- 16 Actualisation du projet personnalisé
- 17 Modalités d'accès de l'utilisateur aux informations concernant
- 18 Prise en compte de la perception, par les usagers, de l'ESSAIS et de ses missions
- 19 modalité de participation collective

<p>Principaux points forts</p>	<p>Un personnel toujours à l'écoute des usagers, dans la limite de son temps disponible, réduit ces dernières années.</p> <p>Des résidents satisfaits du dévouement des équipes, quel que soit le lieu.</p> <p>Les familles n'ont pas de reproches à faire aux équipes.</p> <p>La mise en place récente des conseils de résidents dans chaque unité.</p> <p>Des locaux réhabilités sur le site de CLUIS favorisant la personnalisation des relations avec le résident, un environnement propice au respect de l'intimité et de la dignité de la personne. La rénovation d'AIGURANDE est en cours.</p>
<p>Principales insuffisances</p>	<p>Consultation des usagers insuffisante, moyens existants (boîtes à idées) peu utilisés.</p> <p>Des demandes réitérées du CVS sans réponse ou des réponses tardives.</p>



EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

	<p>Les tiers et invités trop nombreux dans les réunions du CVS, les résidents n'osent pas s'exprimer.</p> <p>Respecter le fonctionnement du CVS, la présidence n'est pas assumée par un résident, les ordres du jour ne couvrent pas le champ des compétences du CVS.</p> <p>Les projets n'ont pas été conduits avec les résidents et les familles.</p> <p>Pas d'écoute collective des familles, demandes non prises en compte (sauf RV avec la direction), insatisfactions fréquentes, surtout sur LA CHATRE.</p> <p>Projet personnalisé établi par les équipes soignantes, absence de consultation des usagers et de leur famille (sauf à l'admission).</p> <p>Les temps d'échange et de construction collective des projets personnalisés souvent réduits au temps de transmission.</p>
Recommandations	<p>Ecrire un livret d'accueil EHPAD.</p> <p>Développer la communication institutionnelle de l'EHPAD (valeurs portées, éthique, projets)</p> <p>Libérer la parole des résidents dans le CVS en limitant la présence des tiers.</p> <p>Favoriser la représentation de chaque unité au travers des conseils des résidents, les volontaires existent.</p> <p>Revoir les ordres du jour, ouvrir le champ des questionnements notamment sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation quotidienne - la nature et le prix des prestations - l'entretien des locaux <p>Elire un résident à la présidence du CVS</p> <p>Mettre en place une concertation collective avec les familles (une fois par an au minimum).</p> <p>Inscrire l'information sur le projet d'établissement et les valeurs de l'EHPAD dès la pré-admission.</p> <p>Valider et réactualiser le projet personnalisé avec le résident et la famille.</p>
Coût des recommandations	
Commentaire de l'établissement	

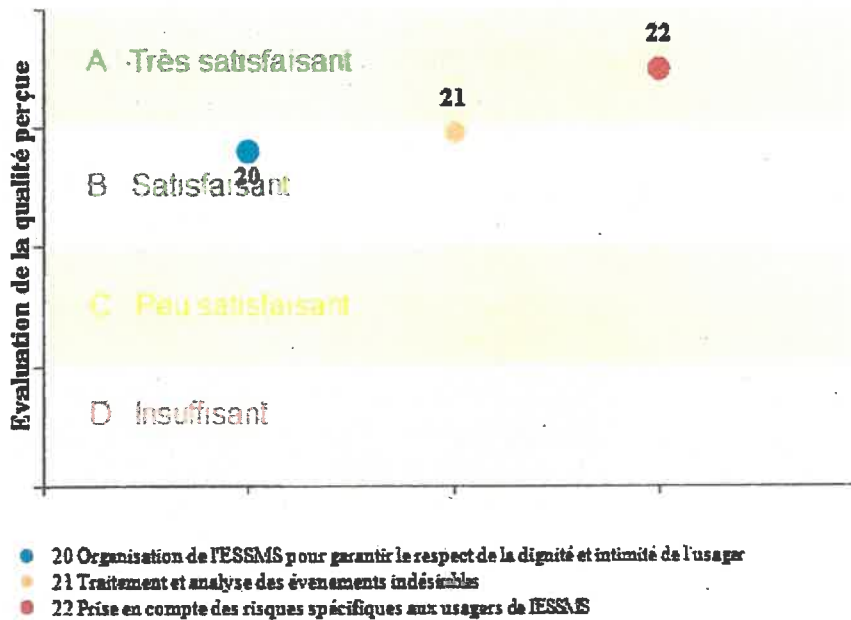


EHPAD la Châtre

KPMG SA
Rapport d'évaluation externe
décembre 2013

Commentaire de l'évaluateur	
------------------------------------	--

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





EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

<p>Principaux points forts</p>	<p>Les informations sur les droits des usagers sont données dans les documents à destination des usagers.</p> <p>Les formations du personnel prennent en compte la maltraitance/bienveillance.</p> <p>Protocoles et procédures soin disponibles sur un Intranet partagé.</p> <p>Les réhabilitations récentes des établissements, les solutions architecturales et les surfaces garantissent le respect de l'intimité de l'utilisateur et le maintien du lien avec les familles.</p> <p>L'accès des familles dans l'établissement n'est pas réduit à des plages horaires limitatives, l'accompagnement familial en fin de vie est préservé.</p> <p>Des procédures de signalement et de traitement effectif des événements indésirables existent.</p> <p>Des réunions régulières du médecin et des équipes soignantes (formations aux risques spécifiques aux usagers, examen de situation de résidents).</p> <p>Une prise en charge non médicamenteuse possible (Snoezelen).</p> <p>Des chariots Snoezelen sont en commande pour rendre accessible cette méthode à tous les usagers.</p>
<p>Principales insuffisances</p>	<p>Le personnel de soin de nuit fait l'entretien des locaux, des ASH font des travaux d'entretien ou à l'inverse remplacent le travail des AS en cas d'effectif insuffisant.</p> <p>Globalement des effectifs en diminution depuis le non remplacement des contrats aidés. Les temps disponibles pour rester à l'écoute des résidents, pour prévenir la maltraitance se réduisent. Les situations des personnels soignant sont mal vécues plus particulièrement sur le site de LA CHATRE (locaux vétustes, espaces inadaptés dans certaines unités, effectifs accueillis plus importants).</p> <p>L'équilibre actuel est précaire entre les rythmes de travail et le dévouement des salariés auprès des résidents, des situations potentielles de "burn out".</p> <p>Les équipements de prise en charge non médicamenteuse, comme le Snoezelen restent sous utilisés, le personnel n'ayant pas la disponibilité d'accompagner les résidents.</p> <p>Le courrier du résident peut être remis aux familles ce qui ne respecte pas le « droit au courrier ».</p> <p>Les reproches des familles (ménage, dignité de la personne, intimité, activités et sorties) notamment à LA CHATRE.</p>



EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

	<p>Les périodes de jeûne de plus de 12 heures ne sont pas systématiquement évitées.</p> <p>Pas de commission éthique.</p>
Recommandations	<p>Finaliser le projet de soin.</p> <p>Associer l'utilisateur et la famille à son projet personnalisé.</p> <p>Renforcer ou réattribuer les effectifs, créer une équipe de soutien ayant vocation à remplacer les absences ponctuelles des salariés, suite à la suppression des CUI.</p> <p>Obtenir/réaffecter les postes de soignants, préserver un encadrement minimum la nuit.</p> <p>Offrir une qualité de services homogènes entre les différents sites, condition indispensable à la cohérence du projet d'établissement.</p> <p>Revoir l'amplitude de temps entre les repas, la priorité n'est pas d'adapter les horaires aux disponibilités de service mais de respecter les rythmes de vie et la réglementation.</p> <p>Mettre en place une commission éthique.</p>
Coût des recommandations	
Commentaire de l'établissement	
Commentaire de l'évaluateur	



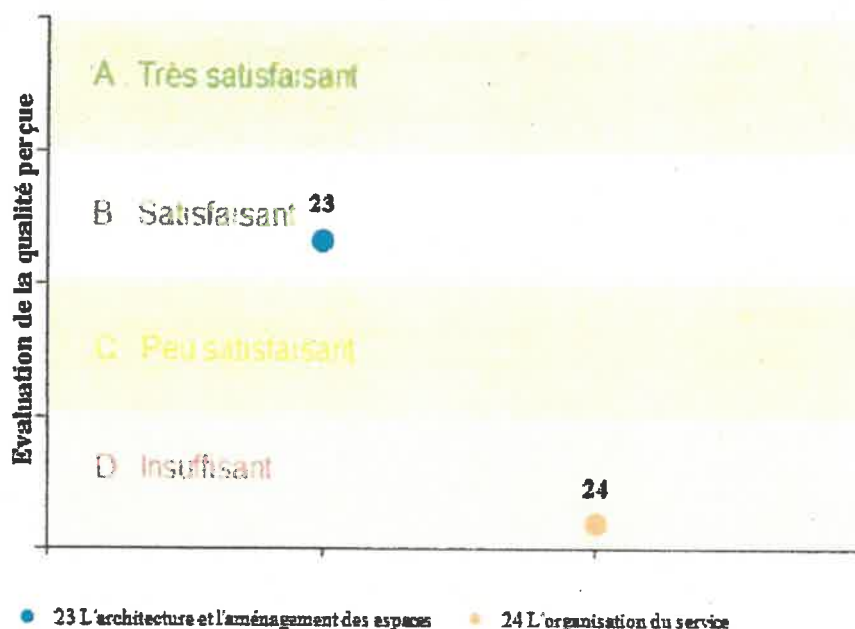
EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

E - Les espaces et l'organisation au service de la qualité



Principaux points forts	<p>Des réhabilitations en cours qui favorisent des espaces accueillants et de calme.</p> <p>Une équipe qualité structurante, prenant à cœur ses missions.</p> <p>Une organisation par unité de vie qui resserre les liens de l'équipe.</p>
Principales insuffisances	<p>Des différences importantes de qualité perçues entre les sites, un parc immobilier encore à rénover.</p> <p>Une organisation d'ensemble peu lisible par le personnel.</p> <p>Des changements d'organisation sans réelle concertation préalable (changements d'horaires, temps coupés) et ne faisant pas toujours appel à volontariat.</p> <p>Une concertation et un dialogue réduits ressentis par les équipes avec la direction, les temps manquent.</p>



EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

	9 000 heures supplémentaires accumulées sur les deux activités sanitaire et médico-social, aucune perspective identifiée à court terme pour les régulariser en totalité et pour en éviter de nouvelles.
Recommandations	<p>Etre plus pragmatique dans la gestion de la qualité, le nombre de texte et de normes affichées (il en existe plus de 400) n'est pas la garantie d'une bonne appropriation des valeurs et des comportements. Il faut réduire le nombre diffusé à l'EHPAD, isoler les normes concernant le contexte sanitaire.</p> <p>Transcrire les modernisations restantes sur l'architecture et l'aménagement des espaces à LA CHATRE dans un projet d'ensemble empruntant aux réalisations plus abouties comme celles de CLUIS, cohérence indispensable à un projet d'établissement unique et acceptable par les familles.</p> <p>Mettre en avant les initiatives des sites sur l'organisation du travail et le partage des missions, récompenser les dynamiques ainsi créées.</p> <p>Instaurer au moins une rencontre annuelle entre le personnel et la direction.</p> <p>Négocier les modalités de réduction des heures supplémentaires.</p>
Coût des recommandations	
Commentaire de l'établissement	
Commentaire de l'évaluateur	



EHPAD la Châtre

KPMG SA

Rapport d'évaluation externe

décembre 2013

4 Droit de réponse et de précisions de l'établissement

Les EHPAD évalués sont rattachés au Centre Hospitalier de La Châtre, Etablissement Public de Santé, et donc dépendent d'une seule et même entité juridique ; ce qui implique :

- une organisation différente de celle d'un établissement autonome,
- un Projet d'Etablissement commun aux deux secteurs d'activité (sanitaire et médico-social),
- un bilan comptable et un tableau de financement uniques.

En matière de patrimoine :

- il faut mentionner les 20 lits de l'unité « G. Raveau » (1^{er} étage) qui accueille des personnes déambulantes,
- le bâtiment de « La Petite Fadette » a été construit en 2009 (et non en 2007),
- la construction du bâtiment de l'unité « Jean Louis Boncœur » date de 1991,
- la construction du bâtiment de l'unité « Leroux » date de 2001-2002,
- seul le bâtiment de l'unité « G. Raveau » a été construit il y a 30 ans ; ce qui explique l'état de vétusté constaté.

Concernant la Gestion des Ressources Humaines, la Direction souhaite apporter les rectifications suivantes :



- l'organisation en 12 heures a été mise en place sur proposition des AS/ASH de l'unité « Leroux » en lieu et place des horaires coupés,
- le personnel de soins de nuit assure les soins et participe à des tâches hôtelières qui ne peuvent pas être effectuées le jour en raison de l'occupation des locaux (salons, salle de soins). Les ASH assurent les tâches hôtelières et ponctuellement, en cas d'absence d'AS, certaines tâches d'AS,
- les heures supplémentaires font l'objet d'un plan d'action de régularisation.

La Châtre, le 10 juin 2014

La Directrice par intérim,

Nathalie GUINÉS



	FICHE ACTION CPOM	
Finess : 360007025	EHPAD DU CH LA CHATRE Public FPH rattache à un Etablissement de Santé CH DE LA CHATRE (360000061) Etb.Pub.Commun.Hosp. 40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr	

Fiche Action N°1 .1

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement

Personne Référente :	Cadre Supérieur de Santé	Date de création	07/08/2019		
Constat du diagnostic	Outils de la loi 2002-2 ; projet de soins ; projet personnalisé ; projet d'animation ; projet d'établissement				
	Rechercher l'exhaustivité de la recherche de consentement : favoriser la traçabilité du consentement Elaborer un projet de vie spécifique pour la prise en charge des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer				
Description de l'action	Actions décrites dans le projet de soins de l'établissement : - formaliser un PPA pour chaque personne accueillie en EHPAD et programmer sa réévaluation annuelle (ou plus, en fonction de sa situation) - faire participer la personne accueillie à l'élaboration de son PPA, et lui faire signer sauf impossibilité. Pour les personnes qui présentent des troubles cognitifs ou une dépendance ne leur permettant pas de participer, prévoir d'inviter son représentant familial, tuteur, personne de confiance, ... - évaluer le protocole d'élaboration des PPA - tenir un tableau d'indicateurs "élaboration des PPA" (% d'élaboration, de participation, signataire, ...)				
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Cadres de santé, IDE, équipe soignante (AS, ASH, aide kiné, ...), animateurs, psychologues et toute personne pouvant être sollicitée en fonction des besoins définis Service Qualité et Gestion des Risques				
Moyens nécessaires	Temps de formation : dans le but d'harmoniser les pratiques et de savoir formaliser un PPA Temps de rencontre : Favoriser la participation des résidents / familles en les invitant systématiquement Réaliser des audits de dossier ainsi que des résidents traceurs afin d'analyser l'application des objectifs Temps de réunion et de travail Documentation appropriée Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.				
	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		
	Objectif et/ou Indicateur de suivi		Situation Actuelle		MI-parcours
	Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident en capacité de le faire		100%	64	
	Taux de révision ou d'actualisation des PAP		révision annuelle		
	Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)		oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'établissement s'appuie sur la fiche repère publiée par l'HAS : "le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement" Le tableau de suivi des PPA tenu par l'établissement recense le nombre de PPA signés par les résidents mais également le nombre de PPA signés par une tierce personne (représentant familial, personne de confiance, tuteur, ...) (modification effective à partir de juin 2019). Favoriser les échanges vers les familles et expliquer l'objectif des PPA				
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint				

Fiche Action N°1.2			
Axe 1			
Expression et participation individuelle et collective des résidents			
1-2 favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance			
Personne Référente :	Cadre Supérieur de Santé	Date de création	07/08/2019
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 19 : - anticiper les situations de crise et d'urgence ; - favoriser l'expression des choix de la personne.		
Description de l'action	Sensibiliser et former les professionnels à la formulation des directives anticipées et à la désignation de la personne de confiance Communiquer auprès des personnes accueillies et de leurs proches sur les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance : il est systématiquement envoyé en amont de la visite de pré admission une notice d'information et ses annexes, relative à la possibilité de désigner une personne de confiance.		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, médecin coordonnateur, DSI, Cadres de santé, Médecins, IDE et Service Qualité Gestion des Risques		
Moyens nécessaires	Temps de préparation de la formation/sensibilisation Temps de préparation de la communication et temps de réalisation des outils Documentation appropriée Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours
	Nombre de résidents ayant formulé des directives anticipées	0	
	Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance	6	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Veiller à présenter de façon systématique les deux dispositifs (formulation des directives anticipées et désignation d'une personne de confiance) à l'ensemble des résidents		
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint		

Fiche Action N°1.3

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-3 favoriser l'expression collective des résidents

Personne Référente :	Cadre Supérieur de Santé	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Le dernier questionnaire de satisfaction date de 2017, depuis, aucune forme de participation écrite n'a été réalisée. La mise en place de conseil des résidents, organisés conjointement par le cadre du service et l'animateur, permettent aux résidents qui souhaitent y participer de se prononcer sur les thématiques liées à leur hébergement et à leur prise en charge (suivi médical, soins, hotellerie, entretien du linge, animations, écoute et respect...). Cependant, la participation n'est pas représentative de l'ensemble des résidents.			
Description de l'action	Adapter l'outil de recueil de la satisfaction des résidents (1er trimestre 2020) : Un questionnaire de satisfaction vient d'être distribué à l'ensemble des résidents / familles / personne de confiance ou représentant légal, courant juillet, sur un modèle simplifié par rapport à la version 2017. L'analyse est prévue courant septembre 2021 pour une restitution et la présentation d'un plan d'actions en octobre 2021. Définir la fréquence de collecte avec précision des différentes phases de collecte mais aussi d'analyse et de rétrocession des résultats : l'enquête de satisfaction sera réalisée tous les 2 ans. Créer un questionnaire de satisfaction propre aux familles des résidents.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, DSI, Cadres de santé, Médecins, IDE et Service Qualité Gestion des Risques, ensemble des professionnels intervenant (internes externes) auprès des résidents			
Moyens nécessaires	Temps de réunion et de travail Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux de retour du questionnaire de satisfaction résidents	41% en 2021		
	Autres indicateurs pertinents non reliés au retour des questionnaires :			
	Nombre de courriers "plaintes-réclamations" traités en CDU	8		
	Nombre de courriers "satisfactions-remerciements" traités en CDU (nouvel indicateur 2021)	7 en 2021		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Établissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

Fiche Action N°2.1

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification

Personne Référente :	Responsable des finances	Date de création	06/08/2019	
Constat du diagnostic	Efficacité de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilier/locaux ; réponse aux besoins du territoire			
	L'établissement remplit les données des tableaux de bord ANAP (avec un taux de remplissage de 87 %)			
Description de l'action	Fiabiliser les données du tableau de bord ANAP et maintenir un taux de remplissage de 100 % Veiller à la complétude et à la fiabilisation des transmissions dématérialisées avec les autorités de tarification (EPCP, ERCP...)			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Direction des services économiques - Direction des ressources humaines - Direction des soins - Direction des finances - Bureau des admissions			
Moyens nécessaires	A partir de business object créer des requêtes pour fiabiliser les données d'activité. Faire des états de rapprochement pour s'assurer que les données du tableau de bord de l'ANAP correspondent aux données déclarées par ailleurs sur la plateforme de la CNSA. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	données tableau de bord ANAP complétées à 100%	100%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Examiner les évolutions et les écarts entre N et N-1 et si des écarts atypiques ne peuvent être justifiés : revoir les données. Être plus vigilant sur les données en s'assurant qu'elles répondent en tout point à la question posée. Vigilance sur la complétude, la sincérité et l'exactitude des données d'activité, budgétaires, comptables et d'analyse financière des différents cadres budgétaires annuels obligatoires (EPCP, DM, RIA, ERCP)			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°2.2

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2.2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports

Personne Référente :	Responsable des services économiques	Date de création	06/08/2019	
Constat du diagnostic	Efficience de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilier/locaux ; réponse aux besoins du territoire			
	objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...			
Description de l'action	Performance en matière d'achats : - Mutualisation de la fonction achat au sein du GHT 36 en cours depuis le 1er janvier 2018. La convergence des marchés est effective depuis le 1er janvier 2021 - Participation en continu aux campagnes d'achats lancées par le GCS achats Centre Val de Loire.			
	Convergence des systèmes d'information dans le cadre du GHT : Mise en oeuvre des objectifs du schéma directeur des systèmes d'information du GHT avec la convergence du logiciel du dossier patient informatisé et de la gestion administrative des patients avec celui du Centre Hospitalier de Châteauroux - Le Blanc au plus tard en 2023. Démarche de coopération en matière de système d'information : adhésion au GCS Infotech 36 afin de faire héberger par le GCS les données informatiques de l'établissement.			
Identification des acteurs à mobiliser	En externe : Comité de coordination des achats du GHT, groupe de pilotage SI du GHT, GCS Infotech 36 En interne : Direction, responsable des services économiques et logistiques, service informatique, toute personne pouvant être sollicitée en fonction des segments d'achat ou des fonctions concernées			
Moyens nécessaires	investissement financier (enveloppes financières plan ESMS numérique)			
	Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	adhésion au GCS Infotech 36	oui		
	convergence des systèmes d'information	non		
	% (en dépenses) d'achats réalisés via le GHT ou support de mutualisation	90%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Concernant l'hébergement des données informatiques par le GCS : sécuriser l'hébergement en assurant la faisabilité technique et juridique de l'hébergement			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°2.3

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services

Personne Référente :	Responsable des services économiques - Responsable des finances - RH	Date de création	06/08/2019	
Constat du diagnostic	<p>objectif fiche action 31 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rationaliser et maîtriser les dépenses - adapter les organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires 			
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services). - aider au recrutement de personnel via la mutualisation - échange de compétences - Maintenir et développer d'autres coopérations <p>L'EHPAD bénéficie de la mutualisation des moyens en personnels avec le Centre Hospitalier (remplacement inter-services, compétences spécifiques déployées aussi bien sur le sanitaire que sur le médico-social comme l'IDE hygiéniste ou l'ingénieur qualité). En dehors des fonctions supports, l'EHPAD n'a pas la possibilité de développer de coopérations autre que ponctuelles avec d'autres EHPAD, l'offre d'hébergement de La Châtre étant déjà conséquente (345 places d'EHPAD) et nécessitant une logistique et des moyens propres.</p> <p>A titre d'exemple sur des coopérations ponctuelles avec certains EHPAD : intervention de l'ingénieur qualité sur un EHPAD du département pour l'aide à la formalisation du plan bleu. Pendant la crise sanitaire 2020/2021, l'EHPAD a participé aux réunions de crises "COVID" mises en place par le CDGI (réunions hebdomadaires des directeurs d'Ehpads) : dans ce cadre, l'EHPAD de La Châtre a communiqué certaines de ses procédures (GUIDE COVID 19, GUIDE vaccination). Par ailleurs, et toujours dans ce contexte, l'IDE hygiéniste est intervenue ponctuellement sur un EHPAD du département pour évoquer les procédures hygiènes COVID ; le pharmacien est également intervenu pour la rédaction de protocoles médicaux en collaboration avec le médecin EADSP. Le recours aux formations inter-établissements se développe : LDG, dossier de soins, plan de formation mutualisé GHT, ...</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>En externe : EHPAD du territoire En interne : direction, DSI, RH</p>			
Moyens nécessaires				
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	nombre de formations réalisées dans le cadre du plan de formation commun GHT	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Poursuivre la participation aux différentes réunions comme les retours d'expérience, les réunions des directeurs d'EHPAD, ... Veiller à maintenir les coopérations existantes</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattaché à un Établissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

Fiche Action N°3.1

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD

Personne Référente :	Cadre Supérieur de Santé	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie			
Description de l'action	Sensibiliser à nouveau les professionnels de l'établissement (médecins, IDE, cadres de santé ...) sur les modes d'intervention des équipes HAD en EHPAD Rendre systématique l'évaluation de la douleur à l'entrée en EHPAD Mettre en place des formations internes réalisées par les professionnels titulaires d'un DU « douleur » Créer des temps de réunions avec les équipes de l'HAD afin de coordonner au mieux les soins. Présenter les missions de l'HAD aux familles lorsque la mise en place du dispositif est nécessaire. Permettre aux intervenants de l'HAD de tracer leurs interventions dans le DPI OSIRIS			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Responsable HAD, cadres de santé, référents de la fiche action "douleur", soignants titulaires d'un DU "douleur", service Qualité Gestion des Risques, Médecins			
Moyens nécessaires	Rapport d'activité de l'HAD du CH de Châteauroux - Le Blanc pour compléter les indicateurs Projet de soins de l'établissement Plan d'actions du processus "douleur"			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours	Fin d'Action
	Existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	oui		
	Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an			
	Nombre d'interventions de l'HAD / an			
	Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	oui		
	Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	37%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Veiller à retranscrire dans le dossier de soins du résident l'étude d'un éventuel recours à l'HAD			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°3.3			
Axe 3			
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social			
3-3 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé			
Personne Référente :	Responsable du service Informatique	Date de création	06/08/2019
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI		
	objectif PRS n° 11 : optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 14 : favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 29 : développer l'usage des outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé objectif PRS n°31 : développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients		
Description de l'action	Déploiement du DMP : depuis le 1er juillet 2021, il n'est plus possible de créer de nouveaux DMP. Un nouveau service "Mon espace santé", sera généralisé en janvier 2022. Développer l'utilisation de la messagerie sécurisée Déployer la télémédecine sur les EHPAD d'Aigurande, de Cluis et de La Châtre Via trajectoire : Promouvoir l'utilisation de Via Trajectoire dans les documents de communication auprès des usagers (Livret d'accueil, site Internet). Faciliter le déploiement dans l'établissement de tous les systèmes d'information et outils nationaux et régionaux présents et à venir (messagerie sécurisée...)		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Professionnels de santé, service informatique, IDE chargée de la télémédecine au sein du GHT		
Moyens nécessaires	Temps dédié à la sensibilisation des professionnels de santé à l'utilisation des outils informatiques, supports de communication Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours
	Fin d'Action		
	Compatibilité du logiciel soin avec le DMP	oui	
	Taux de résidents avec un DMP	0%	
	SI télémédecine : nombre de télé-expertise et/ ou téléconsultations réalisées / an	0	
	Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	36	
	% de résidents admis par via trajectoire	1,48%	
Taux de professionnels disposant d'une MSS	100%		
Existence d'une messagerie sécurisée (MSS)			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	S'assurer de l'adhésion des professionnels concernés à l'utilisation de la messagerie sécurisée et de la télémédecine Mettre en place l'environnement technique préalable permettant l'efficacité des outils informatiques		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 3.5

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3.5 Organiser un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée

Personne Référente :	Directeur-DSI	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie			
Description de l'action	Rechercher des solutions pour mettre en place un dispositif d'IDE de nuit par voie éventuelle d'appel à candidature de l'ARS Mettre en place une astreinte mutualisée d'IDE pour intervenir en EHPAD la nuit (pilote : ARS - échéance : ?) dans le cadre des travaux de la filière gériatrique, il est prévu (fiche action n°5 - groupe de travail "accès aux soins") Dernier point d'étape : octobre 2018 : recensement des IDE intéressé(e)s par EHPAD du département et dépôt des projets suite à l'appel à projet lancé par l'ARS auquel le CH de La Châtre n'a pas répondu faute de moyens financiers Le CTS, lors de son séminaire 2019, propose une piste de travail avec la mise en place d'IDE référentes SAMU par bassin de vie qui pourraient intervenir soit à domicile soit en EHPAD et répondre aux besoins du SAMU. Les IDE libéraux sont intéressé(e)s et un groupe de travail devrait se réunir.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, EHPAD du département - ARS			
Moyens nécessaires	Octroi de moyens financiers spécifiques en complément du forfait soins actuel dans le cadre d'un projet réfléchi en coopération avec d'autres structures et suite à un AAC lancé par l'ARS			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Si financement dans le cadre des AAC déployés de 2018 à 2020 : indicateurs à fournir dans le cadre des astreintes mutualisées d'IDE de nuit financées dans le cadre des appels à candidature notamment			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE	Indisponible		
	Nombre d'interventions de l'IDE	0		
	Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Les EHPAD du CH de La Châtre bénéficient de la présence de l'IDE de nuit du du secteur sanitaire, qui a un rôle de conseil téléphonique et qui a accès au dossier de soin informatisé en cas de besoin.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 3.7			
Axe 3			
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social			
3-7 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS			
Personne Référente :	Responsable des admissions	Date de création	06/08/2019
Constat du diagnostic	objectif fiche action 14 : - faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du Département ; - permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS.		
Description de l'action	Diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ; Utiliser les différents supports à disposition: livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniors36 ... Elaborer un plan d'actions de communication détaillé mentionnant les supports, les outils, les responsables, les échéances, les modalités, ainsi que le tableau de suivi annuel . Actualiser régulièrement les informations transmises sur le site internet de l'établissement et sur le livret d'accueil.		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Groupe de pilotage du livret d'accueil, bureau des admissions, secrétariat de direction		
Moyens nécessaires	Temps de travail Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2022
	Date de fin :		31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Existence d'un site internet. Si oui, nombre de connexions annuelles (nombre de sessions)	3191	
	Taux de personnes accueillies disposant du livret d'accueil	100% depuis juin 2020	
Existence d'un plan de communication			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	S'assurer de l'exhaustivité de l'actualisation régulière des informations diffusées sur le site internet et dans le livret d'accueil Développer l'utilisation de "Via Trajectoire" à travers le site internet de l'EHPAD.		
Commentaires sur le Constat de résultat	L'établissement a créé un livret spécifique au secteur médico social depuis le 1er juin 2020. Ce livret est systématiquement remis à toute nouvelle personne accueillie. A l'admission la personne accueillie et/ou sa famille sont recues par un agent des admissions qui se charge de communiquer toutes les informations administratives. Un temps d'échange est également prévu lors de la signature du contrat de séjour.		



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattaché à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

Fiche Action N° 4.1

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de maladies neuro-dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident

Personne Référente :	Cadre supérieur de santé	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
Description de l'action	<p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie</p> <p>développer le recours à l'évaluation gériatrique en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télé-médecine, consultations avancées, développer le recours à l'expertise géronto-psychiatrique, favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif....</p> <p>Optimiser le cadre de vie afin de le rendre moins anxiogène (acoustique, luminosité, décoration, aménagement,...)</p> <p>Développer la stimulation cognitive à l'aide des dispositifs et méthodes disponibles</p> <p>Poursuivre la formation sur les maladies neurodégénératives</p> <p>Elaborer les projets de service EHPAD et prévoir des projets spécifiques pour les unités sécurisées (UHR, Aloïs, Raveau 1er)</p> <p>Continuer les formations professionnalisantes d'ASG</p> <p>Pérenniser les activités des ateliers de stimulation cognitive réalisés par la psychologue et les ateliers mémoire réalisés par les animateurs</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, DSI, médecins et professionnels soignants, Qualité et gestion des risques, psychologue, animateur			
Moyens nécessaires	<p>Plan de développement des compétences</p> <p>Temps de formation</p> <p>Temps de travail et de réunion</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours	Fin d'Action
	Nombre de résidents en atelier mémoire par an	9 rés. En moyenne pour 90 séances		
	Nombre d'ASG en ETP	6,00		
	Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	9		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.2

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4.2 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe

Personne Référente :	IDE hygiéniste	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention			
	objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie			
Description de l'action	objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie			
	Ajouter une communication sur la grippe dans les sessions de formation en interne, notamment pour les nouveaux arrivants Faire apparaître en fond d'écran l'information sur la grippe sur tous les écrans de l'établissement, chaque année, pendant la période vaccinale Continuer la sensibilisation à la vaccination avec le binôme IDE hygiéniste/médecin dans chaque EHPAD, chaque année Informers les personnes âgées et leurs proches par affichage, chaque année Relayer les informations nationales et régionales sur les campagnes de vaccination			
Identification des acteurs à mobiliser	Médecins - Direction - Médecin du travail - IDE hygiéniste			
Moyens nécessaires	Temps de réunion pour information et préparation de la communication et pour la vaccination			
	Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours	Fin d'Action
	Taux de résidents vaccinés contre la grippe	74%		
	Taux de personnel vaccinés contre la grippe	13%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Réticence des personnes à la vaccination Anticiper suffisamment la campagne de vaccination			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.3				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-3 Améliorer la prévention de la dénutrition et les soins bucco-dentaires				
Personne Référente :	Cadre Supérieur de Santé	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...) développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.</p>			
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un partenariat avec un dentiste afin de repérer les problématiques bucco-dentaires et de bénéficier de soins dentaires au sein de l'EHPAD - Continuer l'information et la sensibilisation des personnels de santé à l'enjeu de la santé bucco-dentaire - Maintenir les évaluations et le suivi de l'état nutritionnel - Favoriser l'alimentation plaisir avec les repas à thème et menus festifs - Action visant le rappel des connaissances et des bonnes pratiques des professionnels de santé au repérage de la dénutrition - Participer aux appels à candidature de l'ARS CVL projet d'action de prévention en EHPAD - S'assurer de la traçabilité systématique de l'évaluation de l'état bucco-dentaire à l'entrée - Organiser une formation de l'évaluation de l'état bucco-dentaire - Adapter la thématique restauration du questionnaire de satisfaction 			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Médecin coordonateur, Médecins traitants, DSI, service formation, soignants, cuisines et diététicienne, dentistes, référents Hôtellerie			
Moyens nécessaires	<p>Formation Temps de travail Commission hôtelière</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2022	
	Date de fin :		31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	oui		
	Nombre de résidents faisant l'objet d'une surveillance de la courbe de poids	100%		
	Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	33%		
	Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	non		
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	non			
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire (par un dentiste ou un professionnel soignant de l'EHPAD)	10%			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	S'assurer de la traçabilité des actions			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.4

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication

Personne Référente :	Pharmacien	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 24 réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie			
Description de l'action	Augmenter le nombre d'analyses pharmaceutiques pour une identification des problèmes de iatrogénie, des "justes prescriptions", de l'utilisation des psychotropes, ... Diminuer les prescriptions médicales d'IPP Diminuer les prescriptions médicales de traitement anticholestérol Réaliser une réunion annuelle avec les médecins d'EHPAD Participer aux appels à candidature de l'ARS CVL projet d'action de prévention en EHPAD			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Médecins et Pharmaciens			
Moyens nécessaires	Temps pharmaciens alloué aux EHPAD			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	non disponible		
	Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)	non disponible		
	Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés	0%	0%	
	Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.5			
Axe 4			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes			
4.5 Déclarer et analyser les événements indésirables			
Personne Référente :	Responsable Qualité et Gestion des Risques	Date de création	07/08/2019
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail		
	objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins		
Description de l'action	Sensibiliser les professionnels de santé de l'établissement à la politique qualité et gestion des risques et à l'intérêt de réaliser des audits : - former les professionnels aux méthodes de gestion des risques (audits, CREX, analyse des causes, résidents traceurs...) - revoir le format de restitution des audits pour que cela soit parlant pour les soignants - faire réaliser aux soignants certains audits "flash" en binôme avec le cadre de santé (pilulier, confidentialité, identitévigilance, hygiène, ...)		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Encadrement, direction des soins, médecins, professionnels para-médicaux, responsable qualité et gestion des risques		
Moyens nécessaires	Temps dédié des professionnels de santé		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2025
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration	oui	
	Protocole de déclaration des EIG	oui	
	Nombre d'EIG déclarés	0	
	Nombre de RETEX formalisés	0	
	Nombre d'audits "flash" réalisés		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Temps dédié des professionnels de santé		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 4.6

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4.6 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes

Personne Référente :	Cadre supérieur de santé	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques de chute			
Description de l'action	Formaliser la politique de prévention et de prise en charge des chutes (révision du formulaire de la déclaration de chute) Former les professionnels à la prévention du risque de chute Participer aux appels à candidature de l'ARS CVL projet d'action de prévention en EHPAD			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, DSI, médecins, soignants, service formation et référents "manutention"			
Moyens nécessaires	Temps de formation			
	Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Protocole de prévention de chutes	non		
	Nombre de chutes prises en charge/nombre de résidents	1110		
	Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	non disponible		
	Nombre de chuteurs à répétition <i>(chuteur à répétition à partir de 3 chutes par an)</i>	non disponible		
	Protocole de contention	oui		
	Taux de résidents avec contention prescrite	22%		
	Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	9,1 rés. en moyenne pour 59 séances		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Un chuteur à répétition est considéré comme tel à partir de 3 chutes par an.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.7

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-7 Sécuriser le circuit du médicament

Personne Référente :	Pharmacien	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse			
Description de l'action	Réaliser l'audit du circuit du médicament (de la prescription à l'administration) dans les 6 EHPAD et mettre en place le plan d'actions issu de cet audit			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Médecins - Pharmaciens - IDE - Cadres de santé			
Moyens nécessaires	Temps pharmaciens alloué aux EHPAD			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Présence d'un protocole circuit du médicament	oui		
	L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	oui		
	Nombre d'écarts	non disponible		
Points de vigilance				
Bonnes pratiques à				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.8

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4.8 Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD

Personne Référente :	Cadre supérieur de santé	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	<p>Objectifs fiche action 20 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formaliser la procédure d'admission au sein des EHPAD (recherche de consentement, délai de rétractation, personne de confiance, modalités de transfert des résidents) ; - informer le grand public des droits et obligations des résidents en EHPAD. 			
Description de l'action	<p>Actualiser les documents en fonction des évolutions réglementaires obligatoires Evaluer la traçabilité systématique de l'annexe au contrat de séjour pour les unités sécurisées</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, services administratifs ; DSI - Médecins - cadre de santé, Médecin coordonnateur			
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Documents réglementaires à jour	oui		
	Taux de séjour avec une personne de confiance désignée (en cours de construction)	NON DISPONIBLE		
	Taux d'annexes au contrat de séjour des personnes accueillies en unité sécurisée (en cours de construction)	NON DISPONIBLE		
	Nombre d'avis défavorables en raison du refus de la personne	3		
	Nombre de commissions d'admission par an	hebdomadaire		
	Traçabilité du consentement (oui/non)			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.9				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4.9 Prévenir et lutter contre la maltraitance en EHPA				
Personne Référente :	Cadre supérieur de santé		Date de création	07/08/2019
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 28 : - veiller à la bientraitance ; - sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance ; - L'établissement a formé un référent DU éthique chargé de la mise en place d'un comité de réflexion éthique (mutation de l'agent au 1er aout, en cours de recrutement). - insister sur l'importance de l'accompagnement et de la relation humaine dans l'accueil des personnes.			
Description de l'action	Informer et sensibiliser les bénévoles à la bientraitance (les inclure dans une formation) Promouvoir la bientraitance et accompagner la réflexion éthique dans la prise en charge au quotidien (sécuriser, harmoniser les pratiques professionnelles face à des situations difficiles et récurrente) : former les professionnels Evaluer l'appropriation des RBPP par l'ensemble des professionnels. Vérifier que les droits des résidents et des usagers sont bien respectés.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, DSI, médecins, psychologue et service formation			
Moyens nécessaires	Temps de formation Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de salariés formés à la bientraitance en cumulé	0		
	Nombre de réunions d'information sur la bientraitance	-		
	Rythme des réunions du comité bientraitance	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'établissement ne fera pas de réunions d'information spécifiques sur la bientraitance mais intégrera dans son quotidien la réflexion éthique des soignants dans leur pratique (staff) Un questionnaire d'auto-évaluation sur les pratiques professionnelles en terme de bientraitance a été diffusé en 2018 et il a donné lieu à un plan d'actions et une communication à tous les professionnels de l'établissement Le plan de formation 2022 prévoit des actions en faveur de la bientraitance : "Réflexion éthique et accompagnement des personnes âgées", "accompagner le soin par le toucher" ...			
Commentaires sur le Constat de résultat				



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

Fiche Action N° 5.1

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-1 Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail

Personne Référente :	DRH	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale. Améliorer l'efficacité des établissements : Conduire en partenariat entre l'ARS, les Conseils départementaux et les fédérations d'établissements un plan d'action concernant les organisations de travail, et les leviers d'amélioration à la fois de la qualité des prises en charge et de la qualité de vie au travail pour les personnels,			
Description de l'action	Mettre en place des groupes de travail afin d'identifier les causes d'absentéisme et rechercher les leviers de fidélisation Déployer un plan d'actions en lien avec le document unique des risques professionnels Asseoir le processus QVT au sein de l'établissement (intégrant les RPS)			
Identification des acteurs à mobiliser	Le COPIL QGDR, les membres du processus QVT			
Moyens nécessaires	Temps de réunion Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux d'absentéisme	11,80%		
	Taux d'absentéisme courte durée	1,11%		
	Taux d'accident du travail	0,57%		
	Taux d'ETP vacants au 31/12	2,98%		
	Taux de rotation des personnels	34,50%		
	Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	2,00%		
	Ratio d'encadrement global	0,64		
	Nombre de points GIR par AS	2424		
	Ratio d'encadrement AS/ASH	0,43		
	Ratio d'encadrement IDE	0,066		
Taux de remplacement du personnel	65,35%			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Temps dédié pour les membres du processus QVT L'établissement commence à voir ses taux de turn over et de mobilité augmenter, sans pouvoir totalement les maîtriser.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 5.2			
Axe 5			
Ressources Humaines			
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail			
5-2 Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques			
Personne Référente :	DRH	Date de création	07/08/2019
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail		
	objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie : structurer et développer les dispositifs de formation		
Description de l'action	Maintenir les dispositifs de formation (interne, externe, formation qualifiante et/ou certifiante, ...) en lien avec les besoins de l'établissement Analyser les retours des entretiens annuels en matière de mobilité, formation		
Identification des acteurs à mobiliser	La Direction, les formateurs internes, les organismes de formation, l'ANFH, les établissements du GHT dans le cadre de la coordination des plans de formation, ...		
Moyens nécessaires	Plan de formation Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin : 31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	en cours	
	Plan de formation : O/N	OUI	
	Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS	58	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Temps dédié et des moyens financiers pour remplacer les formateurs internes et les agents formés Objectif : être référencé DATADOCK pour valoriser les formations internes		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 5.3			
Axe 5			
Ressources Humaines			
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail			
5-3 améliorer la politique de gestion des emplois et compétences			
Personne Référente :	DRH	Date de création	07/08/2019
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du cricuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail		
Description de l'action	Analyser le taux de turn over mais également prévoir et anticiper la fuite des compétences Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences, en adaptant, autant que possible, les niveaux de qualification et les diplômes des salariés. Mettre en place une GPEC personnalisée Faciliter l'accès du personnel à des formations diplômantes ou qualifiantes		
Identification des acteurs à mobiliser	L'encadrement, la direction et le service RH		
Moyens nécessaires	Outils informatiques de gestion et de suivi RH Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin : 31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Organisation comprenant un pool de remplacement	non	
	Nombre de formations qualifiantes	7	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Mise en place d'organisation dégradée en l'absence d'un pool de remplacement		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N° 5.4				
Axe 5				
Ressources Humaines				
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail				
5-4 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines				
Personne Référente :	DRH	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 27 : - aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines ; - mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme...			
Description de l'action	Rendre plus efficient les bilans sociaux et tableaux de bord Déployer une réelle politique de recrutement et d'intégration des collaborateurs afin de favoriser le bien-être au travail et fidéliser les équipes. Maintenir un plan de formation en adéquation avec les besoins issus de la GPEC.			
Identification des acteurs à mobiliser	Le service RH et la Direction			
Moyens nécessaires	Outils informatiques de gestion et de suivi RH Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours	Fin d'Action
	Plan d'action issus des bilans sociaux et des tableaux de bord opérationnel	non		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

Expression et participation individuelle et collective des résidents	
Outils de la loi 2002-2	Outils de la loi 2002-2
<p>Une formation interne sur la réglementation en EHPAD (loi ASV, ...) est proposée annuellement depuis 2018.</p> <p>Le contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont mis à jour en fonction de la réglementation et des évolutions de l'établissement.</p> <p>La procédure d'élaboration de l'annexe au contrat de séjour est mise en place depuis décembre 2017. Un registre de suivi de mise en place des annexes existe depuis 2018.</p> <p>Un livret d'accueil spécial EHPAD est finalisé depuis 2020.</p>	<p>Mettre en œuvre tous les 2 ans le questionnaire de satisfaction en EHPAD pour les personnes accueillies et créer un questionnaire de satisfaction propres aux familles des résidents.</p> <p>Revoir et formaliser la procédure d'accueil et d'admission des résidents.</p>
Projet de soins	
<p>Le projet de soins est réalisé et fait partie intégrante du projet d'établissement.</p> <p>Le projet est formalisé.</p>	
	Directives anticipées et personne de confiance
	<p>Mettre en place un indicateur de suivi de désignation de la personne de confiance</p> <p>Améliorer la connaissance du dispositif relatif aux directives anticipées.</p>
Projet personnalisé	Projet personnalisé
<p>La démarche est généralisée au sein de l'établissement. Une évaluation annuelle (ou plus en fonction du besoin) est réalisée. Un tableau de bord de réalisation, de réévaluation et de participation est alimenté en temps réel.</p>	<p>Développer la participation de la personne accueillie et de son entourage (personne de confiance, famille, représentant légal) à la réalisation du PPA.</p>
Projet d'établissement	Projet d'établissement
<p>L'établissement dispose d'un projet d'établissement 2018-2022. Il a été réalisé de manière participative.</p>	<p>Elaborer les projets de service EHPAD en suivant une trame type pour guider les échanges et décliner opérationnellement chaque projet de service.</p> <p>Formaliser un projet de vie spécifique pour les personnes désorientées ou atteintes de maladie Alzheimer.</p>

Points Forts

Axes d'Améliorations

Projet d'animation		Projet d'animation	
Le projet d'animation existe. Une commission d'animation est composée des animateurs, de référents "animation", de représentants des personnes accueillies, de bénévoles VMEH, du personnel d'encadrement.		Poursuivre la traçabilité des activités dans le dossier de soins par les animateurs.	
CVS		CVS	
Le Conseil de la Vie Sociale est en place et fonctionne. Il existe préalablement au CVS, un Conseil des résidents dans chaque EHPAD, où sont préparés les travaux du CVS. Des réunions "familles" annuelles sont réalisées dans chaque EHPAD. Un site internet a été créé en décembre 2018 et permet ainsi de faciliter l'accès des usagers aux informations concernant les EHPAD (modalités d'admission, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, prestations et animations proposées...)		Redéfinir les rôles et missions des représentants des familles et des usagers au CVS.	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	N° d'objectif	Objectifs généraux du Conseil Départemental en lien avec le schéma gériatrique départemental
<u>1.1</u>	Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	<u>1.2</u>	Formuler les directives anticipées et désigner une personne de confiance
		<u>1.3</u>	Favoriser l'expression collective des résidents
<p>Point de vigilance relatif à la loi 2002-2 : L'étude du diagnostic partagé laisse apparaître des documents de la loi 2002-2 à actualiser au regard de la réglementation (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation...) et du fonctionnement de l'établissement, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrat de séjour ; • Livret d'accueil ; • Règlement de fonctionnement. <p>Revoir et formaliser la procédure d'accueil et d'admission des résidents (livret d'accueil, recherche de consentement, contrat de séjour...)</p>			
<p>Points de vigilance relatifs au projet d'établissement : Elaborer les projets de service EHPAD Formaliser un projet spécifique pour les personnes désorientées ou atteintes de maladie Alzheimer.</p>			
<p>Points de vigilance relatifs au projet personnalisé : Favoriser les échanges vers les familles et expliquer l'objectif des PVI</p>			

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 1

Projet d'accompagnement personnalisé	2020	2021	Observations
Taux de signature	100%	100%	0
Nombre de PAP signés par le résident	42	64	0
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	0%	0%	ANNUALISE
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement	OUI	OUI	0
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	6%	2%	0



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 2 :

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficience de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

Points Forts

Axes d'Améliorations

<p>Efficience de gestion / polique achats</p> <p>La mutualisation des achats est réalisée dans le cadre du GHT : elle concerne aussi bien les achats passés en exploitation (produits de santé, pharmacie, produits et prestations logistiques, prestations hôtelières, formations, consulting, etc...), que les achats d'investissements (travaux, équipements généraux et biomédicaux, équipements et logiciels informatiques, réseaux informatiques et téléphonie, etc..).</p> <p>L'objectif de convergence des marchés au sein du GHT initié au 1er janvier 2018, est effective depuis le 1er janvier 2021.</p> <p>L'efficience de l'achat est renforcée par l'adhésion de l'établissement au GCS achat de la région CVDL, au RESAH, et le recours privilégié à l'UGAP.</p>	<p>Outils de la loi 2002-2</p> <p>Le projet d'établissement prévoit une action relative à l'adaptation des locaux et du matériel aux prises en charge de qualité : cela nécessite la mise à jour régulière de l'inventaire des équipements, l'élaboration d'un plan d'équipement adapté et répondant aux besoins afin de rationaliser les achats d'équipements et de matériels.</p>
<p>Gouvernance</p> <p>L'organisation de la fonction achat mutualisée est portée par le CH de Châteauroux-Le Blanc, établissement support du GHT 36.</p>	<p>Gouvernance</p> <p>Coopération inter-établissement : dans le cadre des démarches de convergences des systèmes d'information menées par le GHT de l'Indre, et également pour assurer la sécurité et l'intégrité de ses données informatiques, le CH a fait le choix d'adhérer au GCS Infotech36 pour l'hébergement de l'ensemble de ses données.</p> <p>Le planning de migration des données a été perturbé en raison de la crise sanitaire de 2020. Un nouveau planning de migration est en cours de déploiement.</p>
<p>Gestion de l'immobilier / locaux</p> <p>Les opérations d'investissements les plus lourdes financièrement sont projetées dans un plan pluriannuel d'investissement et planifiées notamment en fonction des exigences légales : de ce fait, les bâtiments sont mis aux normes (sécurité incendie, climatisation, accessibilité...) au fur et à mesure des échéances réglementaires.</p> <p>L'établissement anticipe l'évolution de la prise en charge des résidents en planifiant la réhabilitation à moyen et long terme de l'ensemble de ses structures d'hébergement (restructuration et construction Fadette et d'Aigurande dans les années 2000, travaux d'amélioration du confort hôtelier à l'EHPAD JLB en 2018 – 2019 – restructuration de l'EHPAD G. Raveau à compter de 2020....).</p>	<p>Gestion de l'immobilier / locaux</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Réhabilitation de l'EHPAD G. Raveau (2019-2024). Cet objectif spécifique fait l'objet d'un développement dans l'axe 6. 2) Sur son prochain projet d'investissement, l'établissement devra s'interroger sur l'adaptabilité des locaux de l'EHPAD de R. Leroux à la réalité de la prise en charge médico-sociale. 3) Actualiser le plan de maintenance quinquennal des bâtiments en fonction de la vétusté des équipements techniques liés aux bâtiments (chaufferie, appels malades, groupes électrogène....), afin de limiter dans la mesure du possible les interventions techniques « en urgence », et maîtriser les coûts. 4) améliorer la signalétique interne et externe : la signalétique externe a été entièrement refaite par la municipalité de La Châtre

FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM

Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 3

Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

Points Forts

Axes d'Améliorations

Ouverture sur l'environnement	Ouverture sur l'environnement
<p>Il existe une convention de partenariat qui définit les conditions de mise en œuvre des interventions HAD et EADSP.</p> <p>Des consultations spécialisées, publiques et libérales (ophtalmo, uro, cardio, dermato, gynéco, endocrino, chirurgie vasculaire, onco, ORL, angio, ...) sont organisées sur place. Un service de radiologie privé est à disposition sur place.</p>	<p>Réouvrir l'Hôpital de jour gériatrique pour répondre à la demande de la population, en fonction des recrutements médicaux et para-médicaux à venir : bilan et consultation mémoire, bilan des chutes, bilan diététique, ...</p>
<p>Contribution aux parcours</p> <p>Le personnel de nuit de l'ensemble des EHPAD est formé à la prise en charge des urgences.</p> <p>Le personnel de nuit des EHPAD peut appeler l'IDE de nuit du secteur sanitaire uniquement pour conseil.</p> <p>Un dossier de liaison IDE et DLU sont mis en oeuvre et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge.</p>	<p>Contribution aux parcours</p> <p>Remettre en place une présence IDE de nuit pour limiter le recours aux services d'urgences ou s'inscrire dans un dispositif départemental d'astreinte d'IDE de nuit en EHPAD.</p>
<p>Développement des Systèmes d'information</p> <p>Le schéma directeur informatique du CH a permis une informatisation complète de l'ensemble des unités de l'établissement, y compris sur les deux sites distants d'EHPAD. Le dossier patient informatisé (logiciel OSIRIS) est disponible pour l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement ainsi que des professionnels extérieurs intervenant dans l'établissement. La messagerie sécurisée (ASIP Santé) est mise à disposition des médecins, de l'IDE hygiéniste et du pharmacien.</p>	<p>Développement des Systèmes d'information</p> <p>Développer la télémédecine sur les EHPAD de Cluis, d'Aigurande et de La Châtre : les deux EHPAD distants sont dotés de chariots de télémédecine depuis mars 2019 et les équipes sont formées à leur utilisation. Sur le site de La Châtre, la télémédecine est possible via la plateforme régionale TELIS. L'établissement est accompagné dans le déploiement de ce dispositif par l'IDE chargé(e) de projet "Télémédecine" au sein du GHT de l'Indre.</p>
<p>Accueil de jour</p> <p>L'Accueil de jour du CH de La Châtre met en place une organisation des transports adaptée aux besoins des personnes accueillies en coopération avec le Lion's Club de La Châtre. Le public est informé régulièrement sur l'activité de l'ADJ en partenariat avec le Lion's Club. Une plaquette d'information précisant l'organisation du service est diffusée.</p>	<p>Accueil de jour</p> <p>Projet d'un accueil de jour itinérant</p>

N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	N° d'objectif	Objectifs généraux du Conseil Départemental en lien avec le schéma gérontologique départemental
3.1	Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD	3.7	Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS
3.2	Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs	3.8	Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile
3.3	Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé		
3.4	Réduire le taux de passage aux urgences de résidents par une coopération renforcée avec les établissements de santé		
3.5	Organiser un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée		
3.6	Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique		

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 3

Rapport Médical	2020	2021	Observations
Existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	OUI	OUI	
Nombre de résidents pris en charge par l'HAD / an	100%	200%	
Taux de résidents pris en charge par l'HAD / an	0%		
Nombre d'interventions de l'HAD / an			NON DISPONIBLE
Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	OUI	OUI	
Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	37%	30%	2 DU "douleur" en 2019
convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE	
nombre de résidents pris en charge par l'EADSP	3,00	7,00	
Taux de résidents pris en charge par l'EADSP	1%	2%	
nombre d'intervention de l'EADSP			NON DISPONIBLE
taux de résidents décédés en EHPAD	21%	29%	
Taux de résidents décédés en hospitalisation	10%	8%	
Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur	3		2 DU "douleur" en 2019
compatibilité du logiciel soin avec le DMP	OUI	OUI	
taux de résidents avec un DMP			
si télémédecine : nombre de télé-expertise et/ ou téléconsultations réalisées /			
Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	26	36	
% de résidents admis par via trajectoire	0,56%	1,48%	
Existence d'une messagerie sécurisée	OUI	OUI	
Coopération inter établissement	OUI	OUI	
Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences			NON DISPONIBLE
Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE			
Nombre d'interventions de l'IDE			
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit			
Convention avec un service de gérontopsy	OUI	OUI	
Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	OUI	OUI	

Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents

développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

Maîtrise des risques	Maîtrise des risques
<p>Le DARI existe et est actualisé (GREPHH). Une procédure de déclaration des EIG existe, ainsi qu'une charte d'incitation à la déclaration des EI. Une formation interne "réglementation en EHPAD" est proposée depuis 2018 auprès des cadres de santé et des IDE EHPAD. Elle reprend l'ensemble des documents réglementaires (contrat de séjour, règlement de fonctionnement, annexe, PPA, EIG, HAS/ANESM, ...).</p>	<p>Développer les déclarations d'EI et la réalisation des CREX. DARI : réaliser une autoévaluation GREPHH.</p>
Continuité de l'accompagnement	Autres
<p>Il existe une procédure d'admission ainsi qu'une visite de pré-admission au cours de laquelle la recherche de consentement à l'entrée est réalisée. Préalablement à cette visite, la notice d'information relative à la désignation possible de la personne de confiance a été remise au demandeur. Le contrat de séjour fait mention du délai de rétractation ainsi que des modalités de transfert des personnes accueillies.</p>	<p>Réaliser l'évaluation interne 2021 en préparation de l'évaluation externe de 2023.</p>
Sécurisation du circuit du médicament	Sécurisation du circuit du médicament
<p>La politique "circuit du médicament" existe et aborde la prévention des risques par iatrogénie médicamenteuse, et plus particulièrement la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.</p>	<p>Finaliser l'auto-diagnostic "circuit du médicament" et formaliser un indicateur "nombre d'écarts"</p>
Politique de prévention	Politique de prévention
<p>Une politique "contention" a été formalisée par l'établissement. Un protocole de mise en place de la contention est formalisé ainsi que le formulaire "annexe au contrat de séjour". Un registre annuel des annexes au contrat de séjour est mis en place depuis 2018. Il existe un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition et du repérage du risque suicidaire.</p>	<p>Formaliser la politique de prévention et de prise en charge des chutes. S'assurer de la traçabilité systématique de l'évaluation de l'état bucco-dentaire à l'entrée. Continuer la formation du personnel sur l'évaluation de l'état bucco-dentaire</p>

Points Forts

Axes d'Améliorations

Bientraitance		Bientraitance	
<p>Une charte de bientraitance est affichée dans chaque service et un dépliant "bientraitance" est à disposition du public. L'établissement est adhérent à l'ERERC et participe aux journées itinérantes d'éthiques (GEFERS).</p> <p>Une majorité de professionnels a été formée à la bientraitance.</p>		<p>Développer la démarche réflexive en éthique.</p> <p>Informé et sensibiliser les bénévoles à la bientraitance.</p> <p>Promouvoir la bientraitance et accompagner la réflexion éthique dans la prise en charge au quotidien (sécuriser, harmoniser les pratiques professionnelles face à des situations difficiles et récurrentes)</p> <p>Evaluer la connaissance de la procédure de signalement d'acte de maltraitance par les professionnels (lors de l'entretien annuel d'évaluation)</p>	
Prise en charge des soins palliatifs		Prise en charge des soins palliatifs	
<p>Une fiche action du projet de soins décrit les objectifs de l'établissement quant à la prise en charge palliative : définir la politique de prise en charge de la fin de vie, renforcer le développement de la démarche palliative, formaliser les protocoles de prise en charge, renforcer l'accompagnement et le soutien des équipes</p>		<p>Former les professionnels aux droits des patients (fin de vie, douleur, ...)</p> <p>Poursuivre la formation des professionnels dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie (soulagement de la douleur, soins palliatifs, ...)</p>	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	N° d'objectif	Objectifs généraux du Conseil Départemental en lien avec le schéma gérontologique départemental
4.1	Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	4.8	Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD
4.2	Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	4.9	Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
4.3	Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins buccodentaires		
4.4	Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymérisation		
4.5	Déclarer et traiter les événements indésirables		
4.6	Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes		
4.7	Sécuriser le circuit du médicament de la prescription à la distribution		
<p>Points de vigilance relatifs à la maîtrise des risques :</p> <p>Développer l'incitation au signalement par des informations sur les événements indésirables.</p> <p>Développer la culture des événements indésirables auprès du personnel.</p> <p>Faire l'autoévaluation GREPHH à la même fréquence que l'auto-évaluation des médicaments (mi-parcours et fin de CPOM).</p> <p>Maitrise des risques infectieux</p>			
<p>Point de vigilance relatifs au circuit des médicaments :</p> <p>Auto-diagnostic à réaliser (bilan à mi-parcours et fin de CPOM).</p>			
<p>Points de vigilance relatifs à la bientraitance :</p> <p>Evaluer la connaissance de la procédure de signalement d'acte de maltraitance par les professionnels.</p> <p>Evaluer les effets des actions de prévention sur la bientraitance et développer l'analyse des pratiques.</p>			

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 4

Rapport Médical	2020	2021	Observations
Taux d'occupation du PASA	NON CONCERNE	NON CONCERNE	
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	10,25 rés. en moyenne pour 80 séances	9 rés. En moyenne pour 90 séances 4 en moyenne pour 128 séances	Animateurs Neuro psy
Nombre d'ASG en ETP	6,00	6,00	
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	11	9	
Taux de résidents vaccinés contre la grippe	89%	74%	
Taux de personnel vaccinés contre la grippe	20%	13%	
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	OUI	OUI	
Surveillance de la courbe de poids	OUI	OUI	
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	42%	33%	
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	NON	NON	Enquête en cours : diffusion 2021
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets)	NON	NON	
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	14%	10%	
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDHPAD)	NON DISPONIBLE	NON DISPONIBLE	
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDHPAD)	NON DISPONIBLE	NON DISPONIBLE	
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés			
taux d'EIG analysés	100%		2 EIG déclarés en 2019 et analysés
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	OUI	OUI	
Présence d'un protocole circuit du médicament	OUI	OUI	
L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	NON	OUI	Audit Archimed : plan d'actions en cours de construction
Nombre d'écarts	NON DISPONIBLE	NON DISPONIBLE	
Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	OUI	OUI	
Protocole de déclaration des EIG	OUI	OUI	
Nombre d'EIG déclarés	2		
Nombre de RETEX formalisés	3		2 EIG relatifs au médicament et 1 EIG relatif à une fugue
Protocole de prévention de chutes	NON	NON	
Nombre de chutes prises en charge	862	1110	
Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	NON DISPONIBLE	NON DISPONIBLE	
Nombre de chuteurs à répétition	NON DISPONIBLE	NON DISPONIBLE	Préciser : définition d'un chuteur à répétition
Protocole de contention	OUI	OUI	
Taux de résidents avec contention prescrite	9%	22%	
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	9,7 rés. en moyenne pour 46	9,1 rés. en moyenne pour 59	

FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM

Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360007025

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattaché à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

Sources de financement	EtatCD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M21	Date d'ouverture	07/02/1992
Option tarifaire	tarif global / GMPs avec PUI	Autorisation spécifique	UHR
CPOM en cours	NON	Signature CTP	OUI
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2022	Date d'effet de la CTP	18/09/2014
Date d'échéance du CPOM	21/12/2026	Date d'échéance CTP	31/12/2021
Partenaires signataires du CPOM	(Calendrier prévisionnel)	Groupe homogène	EHPAD de plus de 200 places
Etablissement mono-site	NON	Date de construction	06/06/2014
Etablissement mono-bâtiment	NON	Nature du droit	PROPRIETAIRE
Nombre de sites	3	Superficie des locaux	19709 m2
Contraintes architecturales	OUI	Superficie des terrains	86449 m2
Nombre de chambres individuelles	295	Places installées / autorisées	345

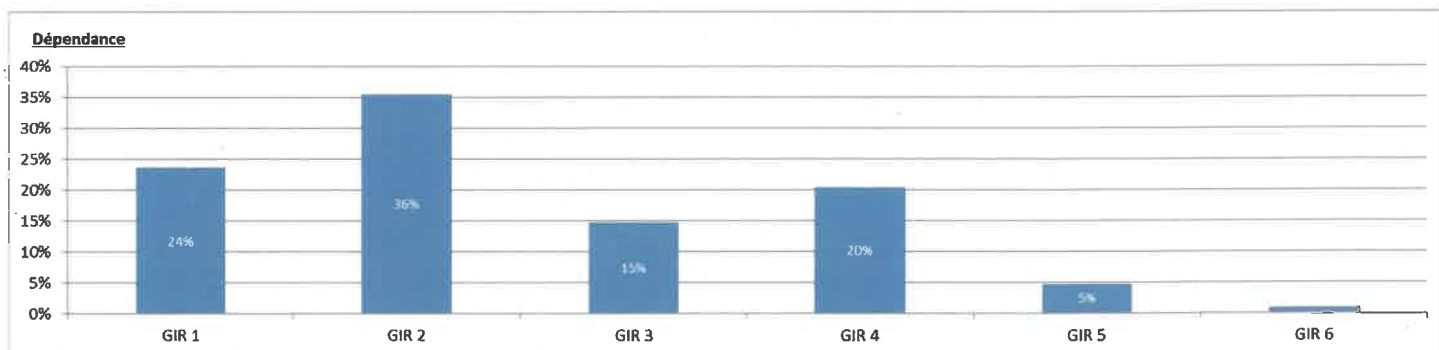
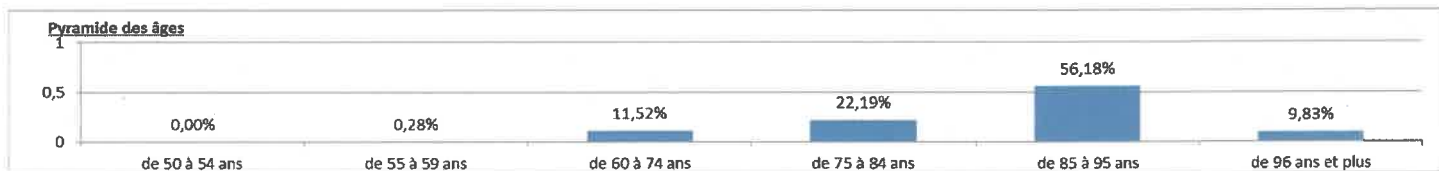
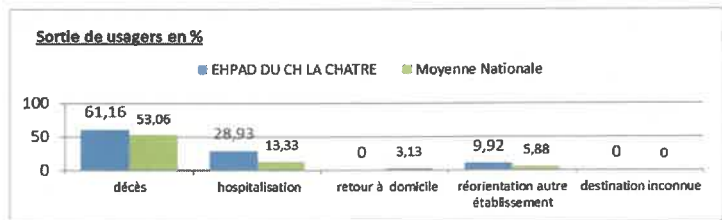
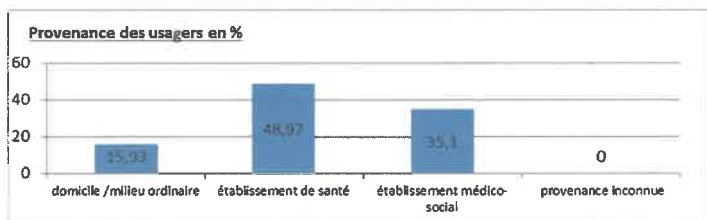
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
100%	99%	34	40,50%	10,40%	4,77%	19,71%	97%	80,78%	#N/A	0	01/06/2018

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE	CAPACITE INSTALLEE	353
360007025	P	EHPAD	EHPAD DU CH LA CHATRE	36400 LA CHATRE	Acc. Personnes Âgées	15
360007025	P	EHPAD	EHPAD DU CH LA CHATRE	36400 LA CHATRE	Héberg. Comp. Inter.	252
360007025	P	EHPAD	EHPAD DU CH LA CHATRE	36400 LA CHATRE	Acc. Personnes Âgées	8
360007025	P	EHPAD	EHPAD DU CH LA CHATRE	36400 LA CHATRE	Accueil de Jour	14
360003479	S	EHPAD	EHPAD DE CLUIS	36340 CLUIS	Héberg. Comp. Inter.	26
360004741	S	EHPAD	EHPAD D AIGURANDE DU CH LA CHATRE	36140 AIGURANDE	Acc. Personnes Âgées	52

ACTIVITES

Taux d'occupation							Coupes d'évaluation			
Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2018	2019	2020	2021		Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance
Permanent	366	345	96%	96%	97%			731	2019	↑
Temporaire								187	2019	↑
Ac. de Jour	251	8	92%	90%	92%					

	Établissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	32,17	30,88	31
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	3,13	2,22	1,92
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		28,65%	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		13,04%	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,20%	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		1,61%	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		15	
File active des personnes accompagnées sur la période		495	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE	Partenariat avec un réseau de santé :	NON
Signature de la convention plan Bleu :	NON CONCERNE	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération inter-établissements :	OUI	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement	345

RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
219,76	4,50	0,00	0,00	0,00	3,82	144,42	1,26	63,45	2,31	0,00	0,00

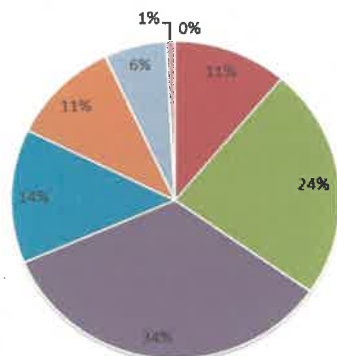
Paramédical	Infirmier	Aide médico-psychologique	Aide soignant	Ethéothérapeute	Psychomotricien	Ergothérapeute	Orthophoniste	Autre Paramédical
144,42	24,32	7,45	111,93	0,00	0,00	0,30	0,00	0,42

Socio-éducatif	Aide médico-psychologique	Animateur	Moniteur éducateur	Éducateur spécialisé	Assistant social	Autre Socio-éducatif
3,82	0,00	3,82	0,00	0,00	0,00	0,00

Médical	Medecin Coordinateur	Autre Médical
2,31	1,00	1,31
Minimum réglementaire : 0,80		

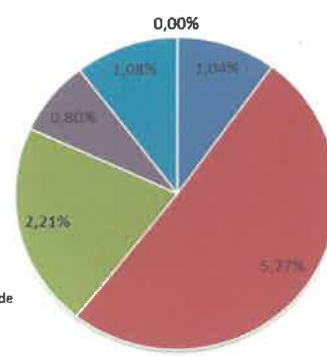
Répartition par âge du personnel

- Moins de 20 ans
- 20 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 54 ans
- 55 - 59 ans
- 60 - 64 ans
- Plus de 65 ans

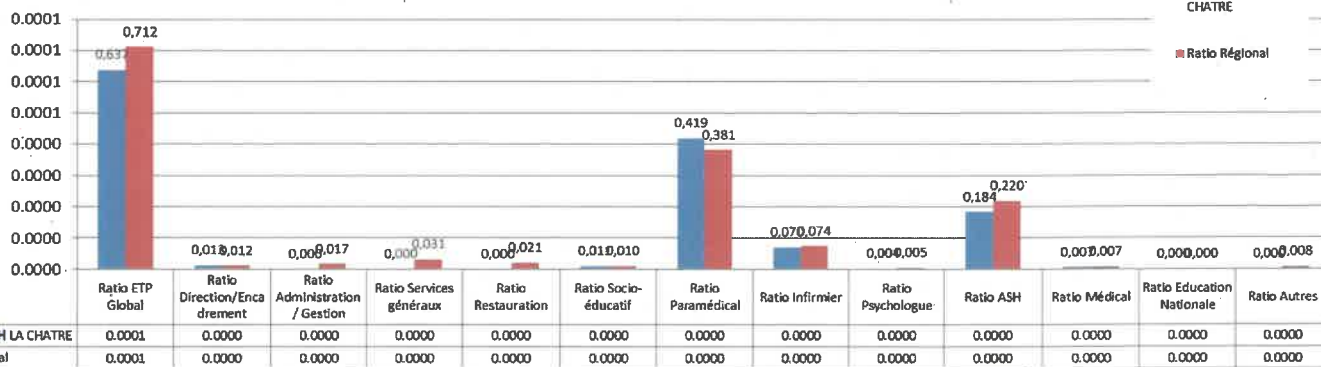


Taux d'absentéisme par motif

- Pour maladie ordinaire / de courte durée
- Pour maladie de moyenne durée
- Pour maladie de longue durée
- Pour maternité/paternité
- Pour accident de travail
- Pour congés spéciaux dont les congés sans solde



Ratios ETP / Places

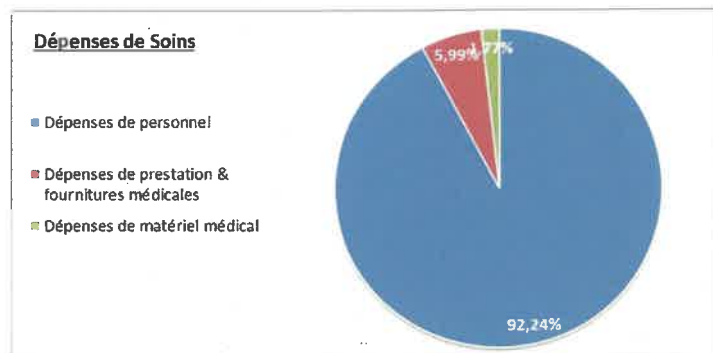
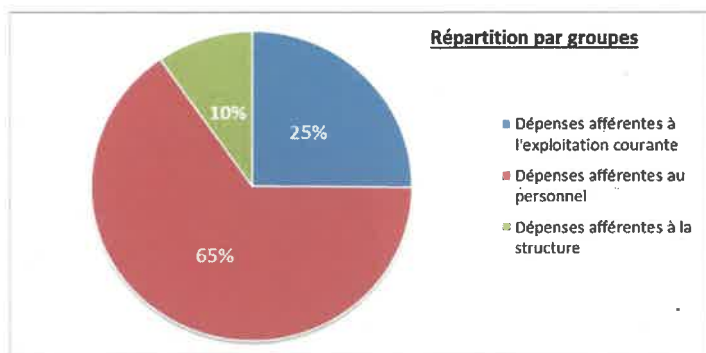


Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	0,00%	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	10,4% (10,76% National)
Taux de prestations externes en %	0,00%	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	40,5% (12,5% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	2,05%	Nombre de CDD de remplacement	34

BUDGET & FINANCES

	Charges*		Produits*		
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	25%	3 454 314	13 220 192	95%	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	65%	8 954 459	252 468	2%	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	10%	1 336 132	422 033	3%	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit			149 788		Excédent
Marge Brute	5,79%		927 873,22		CAF

* données ERRD 2019



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1	0	Taux de prestations externes	0,00%
Base soins actualisée / Plafond	105%	Montant de Convergence Plafond soins	120 963 €

* données 2019

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE (entité)

Thèmes & intitulés	2018*	2019*	Mode de calcul
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	21%	20%	Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) x 100 Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés) Immobilisations nettes amortissables Dettes financières à moyen et long terme Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) CAF
1.2. Apurement de la dette (>2)	0,00	0,00	
1.3. Durée apparente de la dette	7,88	7,13	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations			Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants
Construction	44%	46%	
Installations techniques, matériel et outillage Autres immobilisations corporelles	80%	81%	
	0%	0%	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation			FRI ou FRE ou FRNG x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	0	0	
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	0	0	
Fonds de roulement net global (FRNG)	6 665 423	6 356 415	
	97	101	
Besoin en fonds de roulement	1 426 560	1 566 476	
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation	21	25	BFR x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Montant de Trésorerie	5 238 862	4 789 939	
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	76	76	Trésorerie x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	0	0	Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	0	0	[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j. Total des consommations (comptes 601 à 603) [Solde débiteur comptes 41] x 365 j. Total des produits (comptes 70 et 73) [Solde créditeur comptes 401] x 365 j. Total des charges (comptes 60 à 62) [Solde créditeur comptes 43 et 44] x 365 j. Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)
4.2. Créances (< 30 j.)	0	0	
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	0	0	
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	0	0	
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	6,38%	3,47%	CAF x100 Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)
Réserve de compensation des déficits	0	0	
Réserve de compensation des déficits en %	#N/A	#N/A	Réserve de compensation des déficits Total classe 6
Fonds dédiés	0	0	
Produits constatés d'avance	668 679 €	625 667 €	

* données ERRD 2019

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	06/06/2014
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	30/10/2014
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	07/06/2018
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	NON	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Salle de stimulation sensorielle Salles d'ateliers pédagogiques équipées Salle de soins Pharmacie à usage interne
Organisation des transports	MIXTE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	2		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	16	Accessibilité au transport collectif	OUI

DEMARCHE QUALITE

Livret d'Accueil	Règlement de Fonctionnement	Contrat de séjour	Conseil de la vie sociale
0 1/6/20	Oui 1/12/20	Oui 1/3/19	Oui 29/10/20
Charte des droits & liberté	Personne Qualifiée	Projet d'Établissement ou de Service	Date dernière Evaluation Interne Externe
OUI	OUI	Oui 01/06/2018	24/1/13 5/1/15

Prochaine Evaluation	INTERNE 01/2022	ESMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002	EXTERNE 01/2024	Prochaine Evaluation
-----------------------------	---------------------------	---	---------------------------	-----------------------------

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
OUI	NON	OUI	NON		NON

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins
Directeur Attachés (RH - Finances - Admissions - Services Economiques) Ingénieur Qualité Infirmière Hygiéniste	Médecins et médecin co - Pharmaciens Direction des Soins Infirmiers Cadres de santé - IDEC IDE - AS - ASG - AMP - ASH - Aide à la marche - Psychologue - Neuropsychologue - Ergothérapeute - animateurs - Diététicienne - Préparateurs en pharmacie
Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
FONCTION PUBLIQUE : Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)	Diplôme Niveau 1 - DESSMS (Directeur d'établissement social, sanitaire et médico-social) jusqu'en novembre 2020
Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
Cuisine - Services Techniques - Informatique - Linge - Magasin	EN COURS

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	OUI	OUI	
Nombre de réunions par an	0	2	
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	OUI	OUI	
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	NON	OUI	
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	OUI	OUI	
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	OUI	OUI	
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	OUI	OUI	
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)	OUI	OUI	

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	Oui	Oui	La commission d'admission existe depuis 2010
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	Oui	Oui	"Formulaire de recherche de consentement"
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	Oui	Oui	L'information sur la personne de confiance est donnée par courrier en première intention
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	Oui	Oui	Le contrat de séjour précise cette possibilité. Une conduite à tenir décrit le recueil des directives anticipées. Il existe une plaquette d'information "Directives anticipées"

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2	
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Si oui, laquelle			Les résidents participent aux "conseils des résidents" depuis 2013. Ils permettent de préparer le Conseil de Vie Sociale et d'informer les résidents.
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	Diffusion de l'enquête de satisfaction 2021 en juillet avec retour en septembre
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	Non	Non	Des réunions "familles" (en présence de la Direction et des équipes d'encadrement des services de soins et logistiques) sont organisées dans chaque EHPAD depuis 2017, chaque année.

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	Oui	Non pas systématiquement	

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	295	295	
Nombre de chambres doubles	25	25	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	17,99-22,13	17,99-22,13	
Superficie minimale et maximale des chambres doubles	27,87-30,16	27,87-30,16	
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	261	261	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	oui	oui	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	oui	oui	
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	non	non	
Liaison froide (Oui ou Non)	oui	oui	
Liaison chaude (Oui ou Non)	non	non	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	oui	oui	
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)	oui	oui	
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	oui	oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	oui	oui	
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)	oui	oui	
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	oui	oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	non	non	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	non	non	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	oui	oui	Société Ellis
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	oui	oui	Bulle de linge
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	oui	oui	
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	oui	oui	
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	oui	oui	
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Non	Non	Intervention 2020, dans le cadre de la crise COVID, d'un prestataire pour la désinfection des chambres et locaux communs
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	Non	Non	
Périodicité du ménage dans les chambres	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Salle de bain et WC quotidiennement et si besoin
Périodicité du ménage dans les locaux communs	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Les espaces de circulation sont faits tous les jours
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 5

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

Points Forts

Axes d'Améliorations

EHPAD DU CH LA CHATRE		EHPAD DU CH LA CHATRE	
Amélioration de la qualité de vie au travail		Amélioration de la qualité de vie au travail	
<p>Mise en place d'un processus QVT depuis juin 2018 (cartographie et plan d'actions), réalisation d'un baromètre social et d'un accompagnement sur plusieurs thématiques (la culture et les pratiques de reconnaissance à développer, la possibilité de travailler en harmonie avec ses valeurs), intervention d'un psychologue du travail, formation de l'encadrement aux RPS.</p> <p>Un livret d'accueil et un règlement de fonctionnement pour le personnel est en place.</p>		<p>Mise en place du télétravail</p> <p>Faciliter la conciliation entre la vie personnelle et le travail</p> <p>Mettre en place un groupe de travail sur l'intégration des nouveaux arrivants et actualiser le livret d'accueil</p>	
Evolution des compétences de professionnels		Evolution des compétences de professionnels	
<p>Formations internes et externes, formations qualifiantes et/ou diplômantes, accompagnement en études promotionnelles, accompagnement des projets de reclassement et reconversion, accompagnement des agents dans le cadre de leur parcours professionnel</p>		<p>Analyser le taux de turn-over</p> <p>Prévoir, limiter et anticiper la fuite de compétences particulières</p>	
Politique de prévention		Politique de prévention	
<p>Mise à jour du Document Unique et de son plan d'actions</p> <p>Analyse et suivi trimestriel des AT/MP en CHSCT, suivi mensuel de l'absentéisme et restitution en CHSCT, politique incitative à la déclaration des EI</p>		<p>Actualiser le DUERP en collaboration avec la médecine du travail et les membres du CHSCT</p> <p>Réflexion sur les inaptitudes/anticiper et rechercher des solutions en amont.</p> <p>Réfléchir à un groupe de travail commun GHT pour le reclassement des agents</p>	
Autres		Autres	
<p>Accompagnement d'un prestataire extérieur en 2016 qui a débouché sur la validation de scénarios et cycles de travail, de la signature d'un accord "temps de travail" et la validation d'un guide du temps de travail</p>		<p>Travailler sur l'attractivité de l'établissement</p> <p>Valoriser les mobilités internes</p> <p>Promouvoir la formation et la politique promotionnelle</p> <p>Proposer des CDI au bout d'1 an de CDD/Evolution salariale pour les CDI à mettre en place</p> <p>Formaliser les lignes directrices de gestion</p>	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	N° d'objectif	Objectifs généraux du Conseil Départemental en lien avec le schéma gérontologique départemental
5.1	Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail	5.4	Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines
5.2	Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques		
5.3	Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences		

Point de vigilance relatif à l'évolution des compétences de professionnels :	
Formaliser et évaluer l'appropriation des RBPP par l'ensemble des professionnels.	

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 5

Personnel	2020	2021	Observations
Taux d'absentéisme	10,40%	11,80%	
Taux d'absentéisme courte durée	1,04%	1,11%	
Taux d'accident du travail	1,08%	0,57%	
Taux d'ETP vacants au 31/12	1,13%	2,98%	
Taux de rotation des personnels	40,50%	34,50%	
Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de	2,05%	2,00%	
Ratio d'encadrement global	0,637		
Nombre de points GIR par AS	2 187	2 424	
Ratio d'encadrement AS/ASH	0,430		
Ratio d'encadrement IDE	0,066		
Taux de remplacement du personnel	64%	65%	
Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	EN COURS	EN COURS	
Plan de formation : O/N	OUI	OUI	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques	45	13	
Organisation comprenant un pool de remplacement	NON	NON	
Nombre de formations qualifiantes	6	1	

Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 6

Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)

Points Forts

Axes d'Améliorations

Bâtiment		Bâtiment	
L'établissement poursuit l'adaptation et la modernisation de ses unités d'EHPAD avec l'opération de restructuration lourde de l'EHPAD Georges Raveau.		<p>La restructuration et l'extension du bâtiment a pour principaux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'adapter la structure à la pathologie des résidents intégrant une prise en charge spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, avec une unité dédiée (à faire labelliser), - d'optimiser la qualité fonctionnelle de l'établissement au bénéfice du confort des résidents et des personnels dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail, - de procéder à la mise en conformité des locaux sous les divers aspects réglementaires : sécurité incendie, accessibilité, ... - de procéder à une réhabilitation bâimentaire au regard de l'âge du bâtiment afin d'optimiser ses performances notamment énergétiques et minimiser les coûts d'exploitation et de maintenance. 	
Accompagnement		Accompagnement	
L'opération de restructuration et d'extension de l'EHPAD Georges RAVEAU a été approuvée par les autorités de tarification. Accompagnement Conseil départemental de l'Indre et Région Centre : aide financière (subvention) Accompagnement ARS = financement PAI			
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	N° d'objectif	Objectifs généraux du Conseil Départemental en lien avec le schéma gérontologique départemental
		6.1	Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants

	7 ^{me} SPT	8 ^{me} SPT

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 6

Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)	2020	2021	Observations



FICHE ACTION

CPOM



Finess : 360007025

EHPAD DU CH LA CHATRE

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH DE LA CHATRE (360000061)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

40 R DES OISEAUX 36400 LA CHATRE

Téléphone : 02 54 06 53 70 Email : secretaire.direction@ch-lachatre.fr

Fiche Action N° 6.1

Axe 6

objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)

6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants

Personne Référente :	Responsable des services économiques	Date de création	07/08/2019	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 29 : - mettre aux normes de sécurité et de confort les établissements existants ; - offrir à la population accueillie des locaux permettant de leur assurer une prise en charge en adéquation avec leurs besoins évolutifs.			
Description de l'action	Restructuration de l'EHPAD G. Raveau de 60 places			
Identification des acteurs à mobiliser	En externe : équipe de maîtrise d'œuvre, OPC, contrôle technique, SPS, conduite d'opération En interne : groupe d'utilisateurs, directeur, direction des soins, responsable des services économiques			
Moyens nécessaires	Enveloppe financière suffisante pour réaliser le projet Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif et/ou Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Transmission de la déclaration d'achèvement de chantier	non		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Maintien de la qualité de la prise en charge des résidents pendant les travaux pour les résidents demeurant dans le bâtiment restructuré Communication régulière auprès des familles et des résidents sur l'avancée de l'opération.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

**CONVENTION D'HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE POUR L'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
GERE PAR LE CENTRE HOSPITALIER de LA CHATRE**

ENTRE :

- Le Département de l'Indre, représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental, d'une part ;

ET :

- L'EHPAD géré par le Centre Hospitalier de La Châtre dont le siège social est situé 40, avenue des Oiseaux 36400 LA CHATRE, représenté par Monsieur Xavier BAILLY en qualité de Directeur du Centre Hospitalier de La Châtre ; personne habilitée à signer le CPOM et conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, d'autre part.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles L.313-8, L.342-3-1 et D.342-2 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0310 et n° 2018-D-2862 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD(s) du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de la CHATRE, gérés par le Conseil de surveillance du CH de LA CHATRE, d'une capacité totale de 353 places ;

Vu le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Indre (RDAS) ;

Considérant le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2022-2026 conclu entre l'organisme gestionnaire de l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier de LA CHATRE, le Département de l'Indre, et l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire ;

PREAMBULE :

Par arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0310 et n° 2018-D-2862 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD(s) du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de la CHATRE, gérés par le Conseil de surveillance du CH de LA CHATRE, d'une capacité totale de 353 places, et valant habilitation à l'aide sociale, le Président du Conseil départemental de l'Indre, en application du Code de l'Action Sociale et des Familles, a habilité l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour la totalité de sa capacité, soit 345 lits.

Le CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.313-8-1 CASF, entre l'Organisme Gestionnaire et le Conseil départemental. Les conditions et modalités sont précisées dans la présente convention.

Dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices, il est appliqué les dispositions du chapitre II du titre IV du livre III du CASF. Dans ce cadre, la tarification administrée ne vaut que pour les bénéficiaires de l'aide sociale selon les modalités prévues au CPOM et à la présente convention.

IL EST AINSI CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir la nature et les conditions de mise en œuvre des missions assurées par l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes géré par le Centre Hospitalier de La Châtre au titre de la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale.

ARTICLE 2 : CATÉGORIES DE PUBLICS ACCUEILLIS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement s'engage à accueillir toute femme ou homme âgé d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'incapacité au travail, dont le maintien à domicile n'est plus possible.

L'établissement peut à titre dérogatoire et après autorisation du Président du Conseil départemental de l'Indre, recevoir des personnes de moins de 60 ans.

ARTICLE 3 : NATURE DES ACTIONS ET PRESTATIONS GARANTIES AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Comme pour l'ensemble des résidents, l'établissement doit satisfaire aux normes minimales qualitatives et quantitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cela porte sur :

- un hébergement à temps complet à titre permanent ou temporaire et fournissant, pour chaque résident, à minima, le socle des prestations prévu à l'annexe 2-3-1 du CASF et décrit à l'article 4 du titre 2 du présent CPOM « tarification à l'hébergement », ainsi que le blanchissage du linge des résidents ;
- la proposition et la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant du temps de médecin coordonnateur ;
- la mise en œuvre et le suivi annuel d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident ;
- l'élaboration d'un contrat de séjour pour chaque résident ;
- un environnement architectural adapté et apportant un environnement confortable, rassurant et stimulant, permettant une vie sociale et un accueil des familles. L'établissement doit également disposer d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;
- l'élaboration d'un plan détaillé sur les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

L'établissement garantit également les normes réglementaires de sécurité. Toutes les prescriptions des commissions de sécurité et du service de protection contre l'incendie doivent être strictement observées et doivent être portées à la connaissance du Président du Conseil départemental.

Il doit s'assurer contre tous les risques d'accident pouvant survenir aux personnes âgées qu'il accueille, d'accidents ou dommages qui pourraient être causés par ces personnes et dont l'établissement pourrait être tenu responsable par l'application des articles 1382 et 1384 du Code Civil.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADMISSION ET DE RESERVATION DES PLACES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

4.1 – Admission à l'aide sociale

L'admission à l'aide sociale est soumise à des conditions d'attribution notamment de ressources prévues par le CASF et le RDAS de l'Indre.

Le dossier de demande d'admission à l'aide sociale, constitué des pièces justificatives dont la liste est communiquée par le Département, est déposé au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie du domicile de l'intéressé(e). Dès complétude, il est transmis au Président du Conseil départemental dans le mois suivant son dépôt.

Le dossier d'aide sociale comprend notamment la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire, fixée notamment au vu du livret de famille. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur de leurs ascendants postulant à l'aide sociale.

Après instruction par les services du Département, le Président du Conseil départemental décide de l'admission ou non à l'aide sociale, et en cas d'admission, qui est alors prononcée pour une durée maximale de 5 ans, fixe également la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale.

Aucune somme ne peut être prélevée de la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale sans l'autorisation du Département.

En cas de refus de l'aide sociale par le Président du Conseil Départemental, les frais avancés par le Département sont récupérés auprès du demandeur.

La décision est notifiée à l'intéressé(e) ou à son représentant légal et le cas échéant aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le Département.

En cas de désaccord sur l'obligation alimentaire, le Président du Conseil départemental peut saisir le juge des Affaires Familiales en lieu et place de la personne âgée pour fixer la contribution alimentaire.

L'établissement peut également exercer un recours auprès du Juge des Affaires Familiales, s'il y a lieu, contre les résidents ou contre leurs obligés alimentaires (art. L.314-12-1 du CASF ou L.6145-11 du Code de la Santé Publique).

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée dans les deux mois (délai pouvant être prolongé de deux mois à titre exceptionnel). A défaut, elle prend effet à compter de la date de dépôt de la demande (article R. 131-2 CASF).

Les décisions en cours de validité peuvent faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation. Constitue notamment un changement de situation le fait pour le bénéficiaire de

changer d'établissement. La décision d'aide sociale est alors effective à la date du changement de la situation.

La décision peut être également révisée avec répétition de l'indu, s'il apparaît que l'admission a été prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées.

Dans le cas d'une demande de renouvellement de la prise en charge des frais d'hébergement, la décision prend effet à la date d'expiration de la précédente prise en charge.

4.2. Rappels concernant la pré-admission à l'aide sociale

Pour toutes les personnes qui font une demande de prise en charge à l'aide sociale, l'établissement est tenu d'effectuer la récupération de 90 % des ressources de toute nature, ainsi que de l'allocation logement en totalité, dans l'attente de la décision relative à la prise en charge au titre de l'aide sociale. Le montant minimal des ressources du bénéficiaire laissées mensuellement à sa libre disposition ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (article R.232-34 du CASF) et/ou à 30 % du montant mensuel de l'allocation adulte handicapé (article D.344-34 et suivants du CASF).

Pendant cette période, il ne peut être réclamé à l'intéressé(e), à sa famille ou à quiconque un paiement complémentaire.

Si une caution est demandée à l'entrée en établissement, celle-ci ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée (art. R.314-159 du CASF).

L'aide sociale ne prend en aucun cas en charge les éventuels frais de réservation pour la période précédant l'entrée en établissement (art. R.314-149 CASF).

4.3. Conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Dans le cadre de sa procédure d'admission, l'établissement doit donner la priorité aux bénéficiaires de l'aide sociale. En tout état de cause, l'établissement ne peut refuser l'admission d'une personne bénéficiaire de l'aide sociale sauf pour raisons médicales.

ARTICLE 5 : MODALITES DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX ET SOUTIENS SOCIAUX AUX FINS DE FACILITER L'ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement doit mettre en œuvre les partenariats nécessaires ainsi que les actions d'information, la documentation et les procédures coordonnées afin de faciliter l'admission des bénéficiaires à l'aide sociale. Ce dispositif devra être énoncé dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement. L'organisme gestionnaire tiendra régulièrement informés les services du Département de l'Indre des modifications qui pourront être apportées. Il transmettra également tous les conventionnements conclus dans le cadre de ce dispositif.

ARTICLE 6 : REGLES RELATIVES A LA TARIFICATION DES RESIDENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

La prestation d'aide sociale légale permet la prise en charge par le Département des frais d'hébergement de la personne âgée ne pouvant assumer ces coûts avec l'aide de leurs obligés alimentaires.

La participation financière du Département de l'Indre s'adresse uniquement aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre.

6.1. Règles de calcul

Le montant de la prise en charge par le Département est calculé sur la base des tarifs journaliers hébergement et dépendance GIR 5-6 arrêtés par le Président du Conseil départemental.

Les modalités de calcul de la tarification applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale sont décrites à l'article 4 du titre 2 du CPOM pour la tarification de l'hébergement et à l'article 2 du titre 2 du CPOM pour la tarification de la dépendance.

6.2. Modalités de facturation des tarifs

Les tarifs sont payés à terme à échoir en application de l'article R.314-186 du CASF.

L'établissement est tenu d'informer le Conseil départemental de toute absence dans un délai maximum de 48 heures.

L'établissement, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, facture le jour d'entrée ainsi que chaque jour de présence, sous réserve des dispositions suivantes. Il ne facture pas le jour de sortie. Le jour du décès peut être facturé.

Absences pour hospitalisation : Lorsqu'une personne âgée hébergée est hospitalisée, il est procédé à une diminution du montant du forfait hospitalier sur le prix de journée hébergement de l'établissement au-delà de 72 heures d'absence. Cette minoration est déduite de la participation de l'aide sociale. Ce dispositif s'applique pendant une durée qui ne peut excéder 21 jours consécutifs d'hospitalisation pendant laquelle la place de la personne âgée est conservée par l'établissement. Au terme du délai de 21 jours, aucune facturation ne peut être adressée au Département de l'Indre et la personne âgée retrouve l'intégralité de ses ressources. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour hospitalisation (article R.314-178 du CASF).

Absences volontaires ou pour vacances : Pour les absences de courtes durées égales ou inférieures à 72 heures (samedis, dimanches, jours fériés, autres), le tarif hébergement est facturé lorsque le lever ou le coucher a lieu dans l'établissement. Toute personne âgée hébergée à titre permanent peut s'absenter temporairement pour des vacances dont la durée ne peut excéder 35 jours au cours d'une année civile. À son retour, la personne âgée retrouve sa place ou son logement dans l'établissement. Pendant son absence, l'établissement peut utiliser la chambre en dépannage. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour convenances personnelles à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour (article R.314-178 du CASF).

6.3. Modalités d'encaissement

Pour les établissements accueillant des résidents à titre permanent : le Département encaisse le montant net des ressources du bénéficiaire, et des sommes dues au titre de l'obligation alimentaire, après déduction des charges autorisées et du montant minimum à laisser à disposition du bénéficiaire.

Pour les établissements accueillant des résidents à titre temporaire : le Président du Conseil départemental fixe la part à la charge de l'aide sociale dans la limite du plafond constitué par le tarif hébergement temporaire de l'établissement, multiplié par la durée du séjour dans la limite de 90 jours, renouvelable une fois par période de 12 mois, en tenant compte des ressources de la personne et de celles de ses obligés alimentaires, et de son droit éventuel à l'APA.

Dans le cadre d'un hébergement à titre temporaire, la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires est recouvrée directement par l'établissement. La prestation d'aide sociale est payée au bénéficiaire ou à l'établissement sous réserve de l'accord de la personne.

6.4. Modalités de revalorisation des montants

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance (notamment celui afférent au GIR 5-6) sont fixés et revalorisés selon les modalités prévues dans le CPOM aux articles 4 et 2 du titre 2 et au vu des documents budgétaires et comptables également visés dans ce contrat.

ARTICLE 7 : DUREE, CONCILIATION ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION

7.1 – Durée de la convention

La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale est conclue pour une durée maximale de 5 ans (article L. 342-3-1 du CASF).

7.2 – Renouvellement ou prolongation de la convention

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention peut être renouvelée ou prolongée, en parallèle des négociations pour le renouvellement du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

ARTICLE 8 : RETRAIT DE L'HABILITATION

L'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour l'un des motifs suivants (article L.313-9 du CASF) : évolution des objectifs et des besoins, méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention, disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus, charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

Si l'établissement ne prend les mesures nécessaires pour respecter les dispositions requises comme demandé par le Département, l'habilitation est alors retirée dans un délai de 6 mois pour tous les motifs évoqués, sauf pour celui du non-respect des objectifs et des besoins qui entraîne le retrait de l'habilitation dans un délai d'un an.

L'abrogation de l'arrêté portant habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est dûment notifiée à ce dernier et vaut résiliation de la présente convention d'habilitation.

ARTICLE 9 : CONTENTIEUX

Les contestations susceptibles de s'élever entre le Département de l'Indre et l'établissement au sujet de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sont portées devant le tribunal administratif de Limoges, 2, cours Bugeaud – CS40410 - 87011 LIMOGES Cedex.

Fait en 3 exemplaires
à
le

11 AVR. 2022

Le représentant de l'organisme
gestionnaire
Le Directeur,



Monsieur Xavier BAILLY

Le Président du Conseil départemental
de l'Indre



Monsieur Marc FLEURET



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
géré par le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » d'Issoudun
situé à Avenue Jean Bonnefont – CS 70190 – 36105 Issoudun Cédex
N° FINESS : 36 000 4584 – 36 000 3305
2022-2026

Entre,

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

Le Département de l'Indre,
 Dénommé le Département

Adresse : Place de la Victoire et des Alliés – CS20639
 Code postal : 36020
 Commune : CHATEAUROUX CEDEX

représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental de l'Indre,

L'Agence Régionale de Santé Centre - Val de Loire,
 Dénommée l'ARS

Adresse : Cité Coligny, 131 rue du Faubourg Bannier
 Code postal : 45 044
 Commune : ORLEANS CEDEX

représentée par Monsieur Laurent HABERT, Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire,

Et d'autre part :

Le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » à Issoudun
 Dénommé l'Organisme gestionnaire
 Pour l'activité EHPAD

Adresse : Avenue Jean Bonnefont – CS 70190
 Code postal : 36105
 Commune : ISSOUDUN Cédex

représenté par Monsieur Marc KUGELSTADT, en qualité de Directeur du Centre Hospitalier « La Tour Blanche », personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Visas et références juridiques	3
TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT	4
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat	4
Article 2 : Objectifs du CPOM.....	7
TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT	9
Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP	9
Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance	9
Article 3 : Forfait soins.....	11
Article 4 : Tarification de l'hébergement.....	13
Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans	16
Article 6 : Investissements pluriannuels	16
Article 7 : Modalités d'affectation des résultats	17
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	18
Article 1 : Suivi et évaluation du contrat	18
Article 2 : Traitement des litiges	20
Article 3 : Révision et Résiliation du contrat.....	20
Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM	21
Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans.....	21
Article 6 : Renouvellement du contrat	21
Article 7 : Evaluation	21
TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM.....	22
• Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé	22
• Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire	22
• Annexe 3 - Suivi des objectifs fixés.....	22
• Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)	22
• Annexe 5 – Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	22
• Annexe 6 – Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.....	22
• Annexe 7 - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)	23
• Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat	23
• Annexe 9 - Fiches actions.....	23

Visas et références juridiques

- Vu** le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) et notamment les articles L.312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;
- Vu** le Code de la Santé Publique ;
- Vu** le Code de la Sécurité Sociale ;
- Vu** le Code Général des Collectivités Territoriales ;
- Vu** la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- Vu** le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur HABERT Laurent en qualité de Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;
- Vu** la délibération n° CD_20210701_001 relative à l'élection du Président du Conseil départemental ;
- Vu** le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Vu** le décret N°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Vu** l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu** l'arrêté du 27 décembre 2016 modifié par l'arrêté du 22 mars 2018, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil départemental de l'Indre ;
- Vu** la circulaire N° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ;
- Vu** l'instruction ministérielle n° DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de l'Agence Régionale de Santé ;
- Vu** le Programme régional de santé deuxième génération 2018- 2022 de l'ARS Centre - Val de Loire ;
- Vu** le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de l'ARS Centre - Val de Loire ;
- Vu** le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017 ;
- Vu** l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0251 et n° 2018-D-2890 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD(s) du Centre Hospitalier de la Tour Blanche à Issoudun, gérés par le conseil de surveillance du Centre Hospitalier de La Tour Blanche à Issoudun, et création d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places pour l'EHPAD « Reflets d'Argent- Arcades » à Issoudun sans extension de capacité ;
- Considérant** la convention tripartite signée entre le Président du Conseil général, le Directeur Général de l'ARS Centre et le représentant de l'établissement, en date du 8 octobre 2014 et ses avenants.

Il a été conclu ce qui suit :

TITRE 1 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Département de l'Indre et le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » à Issoudun gestionnaire de l'activité EHPAD, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Présentation de l'Organisme gestionnaire :

Nom du gestionnaire (entité juridique)	CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE à ISSOUDUN
N°FINESS (EJ)	360000046
Directeur	Marc KUGELSTADT
Adresse	Avenue Jean BONNEFONT 36100 ISSOUDUN
Téléphone	02.54.03.54.19
E-mail	latourblanche@cb-issoudun.fr
Statut juridique	Etablissement Public de Santé

Activités de l'entité juridique :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et Nom de l'établissement ou service	Date de 1 ^{re} autorisation	Date de dernier renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge	36	EHPAD			176	176
		Accueil de Jour			10	10
		SSIAD/ESA			72	72
Secteur sanitaire	36	USLD			30	30
		MPR (HC)			85	85
		MPR (HJ)			10	10
		Médecine			50	50
		Dont LISP			4	4
		HJ Médecine			4	6
		Soins de suite gériat			18	18
		Soins de suite poly			20	20
		IFAS (33 places)				
		Urgences/UHCD				
		Centre périnatal proxi				
Imagerie médicale/autorisation matériel lourd						
Publics spécifiques						
Autre activité non soumise à autorisation						

Modalités d'organisation présentées par l'entité juridique :

L'organisation du centre hospitalier de la Tour Blanche est conforme aux dispositions applicables à tout établissement public de santé.

A ce titre, il est composé d'un Conseil de Surveillance, d'un Directoire, d'une Commission Médicale d'Etablissement et de tout comité ou instance nécessaires à son fonctionnement (Comité Technique d'Etablissement, CHSCT, CSIRMT ...).

Les EHPAD du CHTB sont pleinement inclus dans ce fonctionnement.

Organigramme présenté par l'entité juridique :

Voir pièces jointes

Désignation de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir le forfait global de soins :

ESMS ou personne morale signataire destiné à percevoir le forfait global de soins PA	Centre Hospitalier de La Tour Blanche à Issoudun
Caisse pivot de rattachement	C.P.A.M. de l'Indre

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

Nom de l'établissement	EHPAD - Reflets d'Argent et Arcades
N° FINESS (ET)	360004584
Directeur	Monsieur Marc KUGELSTADT
Adresse	Avenue Jean BONNEFONT – 36100 ISSOUDUN
Téléphone	02.54.03.54.19
Fax	02.54.03.54.21
E-mail	Secretaires.direction@ch-issoudun.fr
Statut juridique	Etablissement Public de Santé
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Agents de la fonction publique hospitalière – loi n°86-33
Option tarifaire choisie (section soins)	Dotation globale
Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) sous réserve de l'approbation par les autorités de tarification * Sous réserve de l'accord préalable des autorités de tarification	Création d'un PASA Labellisation d'un secteur Alzheimer

*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

Capacités totales de l'établissement Reflets d'Argent			
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont Habilité à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	90	89	77
- Dont unité sécurisée			
Hébergement temporaire (HT) médicalisé			
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé		1	1
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
Unité d'hébergement renforcée (UHR)	14		12
Accueil de jour (AJ)	10	10	10
TOTAL	100	100	100

Nom de l'établissement	EHPAD - Bel Air
N° FINESS (E'T)	360003305
Directeur	Monsieur Marc KUGELSTADT
Adresse	Avenue Jean BONNEFONT – 36100 ISSOUDUN
Téléphone	02.54.03.54.19
Fax	02.54.03.54.21
E-mail	Secretaires.direction@ch-issoudun.fr
Statut juridique	Etablissement Public de Santé
Statut majoritaire du personnel/Convention collective du personnel appliqué	Agents de la fonction publique hospitalière – loi n°86-33
Option tarifaire choisie (section soins)	Dotation globale
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]	Labellisation d'un secteur Alzheimer

Capacités totales de l'établissement Bel Air			
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée	Dont Habilité à l'aide sociale
Hébergement permanent (HP)	84	85	85
Dont unité sécurisée			
Hébergement temporaire (HT) médicalisé			
Hébergement temporaire (HT) non médicalisé	2	1	1
Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)			
Unité d'hébergement renforcée (UHR)			
Accueil de jour (AJ)			
TOTAL	86	86	86

L'EHPAD géré par le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » à Issoudun est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Ce CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 du CASF, entre l'Organisme gestionnaire et le Conseil départemental dans les modalités et conditions prévues en annexe 6. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation correspond à la capacité de l'EHPAD, à savoir 176 lits (174 lits d'hébergement permanent et 2 lits d'hébergement temporaire) et 10 places d'accueil de jour.

La participation financière départementale à l'EHPAD pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre, est stipulée dans l'annexe 6 précitée et le Règlement Départemental d'Aide Sociale du Département de l'Indre.

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

Convention d'adhésion au Groupement Hospitalier de Territoire de l'Indre
 Convention de partenariat avec le Centre Hospitalier Georges SAND
 Convention avec l'HAD de secteur (KORIAN)
 Convention avec le centre de vision (MMSanté) d'ISSOUDUN – cabinet d'orthoptie et d'ophtalmologie

Article 2 : Objectifs du CPOM

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat sur la base du diagnostic partagé (annexe 1).

Diagnostic partagé

Elaboré au cours des années 2019 à 2021, le diagnostic partagé a permis de mettre en évidence les points forts, les points d'amélioration et les pistes d'actions à partir :

- ✓ d'un bilan des objectifs de la précédente convention tripartite, de l'évaluation interne, de l'évaluation externe ainsi que du projet d'établissement.

Cette démarche a permis de déterminer conjointement les objectifs et d'élaborer les fiches-actions jointes au présent CPOM.

Engagements des co-contractants

Les parties s'engagent dans une démarche de maintien et d'amélioration continue de la qualité, en conformité avec la réglementation ainsi que les principes et les droits élémentaires de la charte des droits et des libertés de la personne accueillie.

Elles s'engagent également à faire en sorte que la qualité de prise en charge repose sur une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet de service, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour, et également dans le respect des règles déontologiques et éthiques clairement identifiées.

Les objectifs du présent contrat s'appuient notamment sur :

- ✓ les axes fondamentaux inscrits dans les lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- ✓ les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- ✓ les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma gérontologique départemental 2017-2022 de l'Indre adopté le 16 janvier 2017.

L'Organisme gestionnaire s'engage à réaliser les objectifs du présent CPOM. Les objectifs et les délais de réalisation sont énoncés dans des fiches-actions dédiées annexées au présent CPOM (Cf. annexe 9).

Les axes retenus dans le présent CPOM sont les suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Expression et participation individuelle et collective des résidents	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement 1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance 1-3 Amélioration du fonctionnement des animations
Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; Transformation, regroupement d'établissements renforcement de l'efficacité de gestion Opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopération Développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification 2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports 2-3 Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services
Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes Développement de nouvelles prestations Partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs 3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé 3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée 3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS 3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile 3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire 3-7 Consolider la couverture départementale en accueil de jour
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents Démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance Accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident 4-1 bis Reconnaissance et labellisation du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés 4-1 ter Labellisation d'un secteur Alzheimer par EHPAD 4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition, l'alimentation, la restauration, la nutrition et les soins bucco-dentaires 4-3 Poursuivre la politique de dépistage et de prévention dont la prise en charge des chutes 4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament 4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe 4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables 4-7 Mettre à jour les documents relatifs à la loi n°2002-2 et veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD 4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS - Développer et renforcer la culture bientraitance de l'établissement 4-9 Proposer des prises en soins innovantes
Ressources Humaines : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail	5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail ; Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements ; Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences 5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines 5-3 Adapter les ressources humaines aux besoins des EHPAD

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)	6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants 6-2 Restructurer l'EHPAD de Bel Air 6-3 Restructurer le bâtiment Les Arcades 6-4 Créer un espace de calme-retrait et apaisement au sein de l'UHR 6-5 Créer un jardin thérapeutique

TITRE 2 : MOYENS DEDIES DU CONTRAT

En préalable, il est rappelé que les moyens dédiés du contrat s'inscrivent dans un calendrier budgétaire défini comme suit par le CASF :

- ✓ **Au plus tard le 31 octobre** de l'année qui précède l'exercice concerné, transmission aux autorités de tarification compétentes de l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours. Pour les établissements publics autonomes, transmission à l'ARS des délibérations liées au budget prévisionnel pour contrôle de légalité ;
- ✓ Notification des produits de tarification par les autorités de tarification ;
- ✓ **30 jours après la notification des ressources la plus tardive et au plus tard le 30 juin de l'année n**, transmission aux autorités de tarification du cadre normalisé de l'EPCP complet et ses annexes via un dépôt sur la plateforme EPRD de la CNSA ;
- ✓ **Dans un délai de 30 jours à compter de la date de dépôt sur la plateforme import EPRD**, observations sur le cadre normalisé de l'EPCP complet et ses annexes par les autorités de tarification.

Article 1 : Evaluation du GMP et du PMP

L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (Gir Moyen Pondéré : GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (Pathos Moyen Pondéré : PMP) servent de base de calcul pour les forfaits dépendance et soins. Elles sont réalisées de façon simultanée par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Elles sont basées sur la plus récente des évaluations et, au plus tard, le 30 juin de l'année qui précède la conclusion du présent contrat, ainsi qu'au cours de la troisième année (articles R. 314-170 et suivants du CASF).

Le GMP et PMP de l'établissement couvert par le CPOM en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et Nom de l'ESMS	GMP	Validé le	PMP	Validé le	GMPs (PMPx2.59)+GMP
360004584	500 - EHPAD	664	14/08/2020	189	23/07/2020	1 153,51

Article 2 : Forfait global relatif à la dépendance

Dépenses couvertes par le forfait global relatif à la dépendance (article R. 314-176 du CASF)

La part du forfait global relatif à la dépendance ne peut couvrir que les charges suivantes :

- ✓ Les fournitures pour l'incontinence ;
- ✓ Les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement,
- ✓ Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à l'hébergement ;
- ✓ Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi qu'aux accompagnateurs éducatifs et sociaux, dans les conditions prévues au présent article et qui exercent effectivement les fonctions attachées à ces professions, concurremment avec les produits relatifs aux soins,

- ✓ Les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- ✓ Les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

Modalités de calcul du forfait global relatif à la dépendance (articles R.314-172 et suivants du CASF)

Le Forfait Global Dépendance (FGD) de l'hébergement permanent (HP), correspond à l'équation tarifaire suivante :

$$\text{FGD} = \frac{\text{niveauperte} / \text{autonomie}}{\text{nombredepersonneshébergées}} \times \text{capacité autorisée} \times \text{point GIR départemental} + \text{financements complémentaires}$$

La répartition des résidents par niveau de GIR et la valorisation en points (1 040 points pour un GIR 1 ou 2, 660 points pour un GIR 3 ou 4 et 280 points pour un GIR 5 ou 6) permet de déterminer le **niveau de perte d'autonomie** de l'établissement.

La **valeur du point GIR départemental** est calculée en divisant le total des forfaits globaux dépendance de l'année N-1 de l'ensemble de tous les établissements du département par le total des points de la dernière évaluation du niveau de perte d'autonomie de ces établissements.

Le résultat de cette équation constitue le **niveau de ressource cible**, appelé forfait global dépendance cible.

Le résultat de cette équation est ensuite modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la **capacité de places autorisées et financées**. Toutefois, la décision d'appliquer la modulation au forfait dépendance revient au Département, autorité de tarification compétente.

Des modifications du forfait global relatif à la dépendance peuvent être envisagées pour tout projet nouveau en adéquation avec les orientations du schéma départemental gérontologique, dans le périmètre de l'autorisation, et sous réserve d'une validation et d'une autorisation préalable. Ce type de modification fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Dispositif transitoire de convergence

La réglementation a posé une période transitoire de 2017 à 2023 afin d'amener progressivement (au rythme de 1/7^{ème} par an) l'établissement vers le forfait global dépendance cible sur les bases du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. Durant cette période, le forfait global dépendance de l'année « n » est calculé de manière dérogatoire en prenant en compte, entre autres, le forfait global dépendance n-1 et le taux d'évolution annuel arrêté par le Président du Conseil départemental.

Calcul des tarifs journaliers dépendance

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont calculés de la manière suivante :

$$\text{tarif GIR 1-2} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 1\,040$$

$$\text{tarif GIR 3-4} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 660$$

$$\text{tarif GIR 5-6} = \frac{\text{Forfait global dépendance}}{\text{nb de points GIR de l'étab.*} \times 365 \text{ (nb de jours d'ouverture)}} \times 280$$

* nb de points GIR de l'établissement résultant du classement de ses résidents

Financement du forfait global dépendance

Le Département de l'Indre finance le forfait global dépendance, déduction faite de :

- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de l'Indre au titre du tarif journalier GIR 5 et 6 ;
- ✓ la participation des résidents bénéficiaires de l'APA au titre des ressources, recouvrée par l'établissement d'accueil ;
- ✓ la participation des résidents de l'Indre non bénéficiaires de l'APA ;
- ✓ la participation des résidents qui ont conservé leur domicile de secours dans un autre département ;
- ✓ la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans.

A noter que pendant la période d'hospitalisation avec hébergement d'un résident ou pendant la période d'absence pour convenances personnelles d'un résident, - à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour-, sa participation au tarif afférent à la dépendance à sa charge ne lui est pas facturée.

Pour calculer la part du financement du Département de l'Indre, l'établissement doit fournir, dans l'annexe 4 « activité » de l'arrêté du 27 décembre 2016, la répartition prévisionnelle des résidents par GIR et le nombre de résidents dont le domicile de secours n'est pas dans l'Indre. Ce **document doit être rempli de façon sincère**. Le Département vérifiera la véracité de ces données sur la base des notifications des bénéficiaires de l'APA.

Le gestionnaire de l'établissement se doit d'être vigilant d'une part sur le maintien de son activité et d'autre part sur les droits à l'APA de ses résidents.

Article 3 : Forfait soins

Modalités de calcul du forfait soins

Le forfait global relatif aux soins de l'hébergement permanent (HP) est égal à la somme des éléments suivants (article R314-159 du CASF) :

- ✓ du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R314-162 du CASF prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées au point 4/1/1-2. La formule de calcul est la suivante :

valeur du point de l'option tarifaire x GMPS x capacité

La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.

- ✓ des financements complémentaires mentionnés à l'article R.314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ils peuvent couvrir les dépenses :
 - des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
 - du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé ;
 - des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent ;
 - des actions de prévention ;

- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205 ;
- des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps ;
- les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R314-159 du CASF est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R 314-160 du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

La dotation soins des autres dispositifs (HTI, AJ, PASA, UHR, PFR, autre) est égale à la dotation soins reconductible de ces dispositifs à laquelle est appliqué le taux d'actualisation comme défini ci-dessous. Ces montants viennent s'ajouter à la dotation soins de l'HP pour former la dotation globale de soins de l'établissement.

Evolution annuelle de la dotation soins

Actualisation de la dotation soins :

La dotation soin du CPOM sera actualisée dans la limite des crédits alloués annuellement à l'ARS Centre-Val de Loire. A ce titre, l'ARS appliquera un taux d'actualisation des budgets par ESMS en fonction des directives d'actualisations de la CNSA et du taux d'actualisation de la Dotation Régionale Limitative et du respect de la politique de convergence intra-régionale, tels qu'indiqués dans le Rapport annuel d'Orientations Budgétaires.

Crédits non reconductibles :

Les EHPAD pourront être éligibles à l'attribution de crédits non reconductibles (CNR) selon les besoins recensés et les possibilités de l'ARS Centre-Val de Loire.

L'attribution des CNR donne lieu à un fléchage précis par l'ARS Centre-Val de Loire qui fait l'objet d'un suivi annuel. L'établissement doit transmettre avec l'ERCP au 08/07/N+1 le tableau de suivi des CNR.

Possibilités de modification de la dotation soins :

- ✓ Projets autorisés en cours de réalisation et inscrits au PRIAC au cours de leur année de mise en œuvre ;
- ✓ Les projets nouveaux proposés, de part et d'autre, en réponse aux besoins exprimés sur le territoire de santé de l'Indre, dans le respect de la réglementation du régime des autorisations en vigueur et sous réserve d'un accord de financement des moyens nécessaires ;
- ✓ Tout projet nouveau, dans le périmètre de l'autorisation, sous réserve d'une concertation préalable et d'un accord de financement des moyens nécessaires.

Ce type de modification fera l'objet d'un avenant au CPOM.

Financements soins pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM

- Hébergement permanent :

Forfait global de soins :

FINESS ET	Nom de l'ESMS	Option tarifaire	Valeur de point 2021	GMPS	Capacité de l'HP	Résultat de l'équation tarifaire = dotation plafond = cible 2021	Base reconductible soins au 01/01/2021 avant actualisation et résorption	Ecart à la dotation plafond au 01/01/2021
360004584	EHPAD Reflets d'Argent	Global	13,10	1 153,51	174	2 629 310,69	2 714 869,44	-85 558,75

Financements complémentaires :

FINESS ET	Montant du forfait complémentaire pour les 5 ans du CPOM	Fléchage
360004584	92 400 €	QVT, rail de transfert

- Dotation globale au 1^{er} janvier 2021 comprenant l'ensemble des dispositifs :

FINESS ET	HP	HT	AJ	PASA	UHR	PFR	Dotation globale
360004584	2 714 869,44		114 033,61				2 828 903,05

Le montant de la dotation globale indiqué dans le tableau ci-dessus ne tient pas compte ni du taux d'actualisation qui sera appliqué en année N, ni d'une possible revalorisation de la valeur du point, ni des possibles CNR qui pourraient être attribués. Une décision de tarification sera notifiée chaque année par l'ARS Centre-Val de Loire et tiendra compte de l'ensemble de ces éléments.

Article 4 : Tarification de l'hébergement

Cadre général

L'EHPAD est habilité à l'aide sociale départementale. La tarification à l'hébergement permanent et temporaire relève donc exclusivement de la compétence du Président du Conseil départemental de l'Indre pour les seuls résidents bénéficiaires de l'aide sociale (article L. 314-2 I-3e du CASF).

Dans le cadre de l'habilitation totale, une part de la capacité est tarifée hors tarification à l'aide sociale pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L.342-3-1 du CASF et suivants et D.342-1 et suivants du CASF), en application des modalités prévues au CPOM et à la convention d'aide sociale (annexe 6).

L'établissement peut ainsi choisir de retenir pour l'ensemble des résidents le tarif arrêté par le Président du Conseil départemental pour les bénéficiaires de l'aide sociale ou d'établir un tarif spécifique pour les résidents à titre payant sur délibération du Conseil de surveillance. Dans ce cas, il devra appliquer les dispositions indiquées ci-dessous.

Pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le Département prend en charge le coût journalier d'hébergement comprenant :

- ✓ le ou les tarif(s) journalier(s) afférent(s) à l'hébergement correspondant au **socle de prestations**, à savoir :
 - les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;
 - les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage y compris celles relatives au blanchissage du linge personnel des résidents, et de nettoyage à l'extérieur concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas, concurremment avec les produits relatifs à la dépendance ;
 - les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;
 - les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;
 - les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;
- ✓ le tarif journalier afférent à la dépendance en GIR 5-6 (ticket modérateur).

Pour **les résidents non bénéficiaires à l'aide sociale** (à titre payant), le prix des prestations à l'hébergement relève de la compétence de l'Organisme gestionnaire de l'établissement (article L. 342-1 et suivants du CASF).

Types de prestations d'hébergement

Les prestations offertes doivent prévoir :

- dans tous les cas un "socle de prestations" comprenant des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage du linge hôtelier et d'animation de la vie sociale (annexe 2-3-1 du CASF) ;
- pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale du Département de l'Indre, les prestations de blanchissage du linge du résident.

Elles peuvent prévoir en supplément du « socle des prestations », d'autres prestations d'hébergement librement acceptées et acquittées par les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

Modalités de fixation du ou des tarif(s) pour les bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour la première année du CPOM : (année 2022 qui sera l'année de base zéro)

Dans le cadre de la procédure contradictoire de la première année du CPOM, l'Organisme gestionnaire transmettra au Département au plus tard le 31 octobre de l'année n-1 ses **propositions** budgétaires et leurs annexes pour la section hébergement. Si le Département demande des compléments, ils devront être transmis au plus tard dans un délai de quinze jours à la suite de la demande.

Parallèlement, le Département procédera à une **démarche dite « vérité des coûts, des prestations »** sur la base du compte administratif des années n-2, n-3 et n-4 et du dernier budget prévisionnel alloué.

Une **rencontre budgétaire** entre les deux parties est ensuite organisée pour valider les propositions budgétaires de l'année n (année base zéro) sur la base de cette double analyse. A l'issue de cette rencontre, le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement retenu est notifié à l'établissement par voie postale et/ou voie électronique.

L'établissement dispose d'un délai de huit jours après réception pour faire connaître son éventuel désaccord en motivant de manière circonstanciée les raisons qui rendent impossible, selon lui, le respect du niveau de recettes ou de dépenses que l'autorité de tarification se propose de retenir. A défaut de réponse apportée dans les conditions et délai mentionnés ci-dessus, l'établissement est réputé avoir approuvé la version proposée par l'autorité de tarification.

Le **tarif journalier moyen afférent à l'hébergement pour les bénéficiaires de l'aide sociale âgés de soixante ans et plus**¹, est calculé de la manière suivante :

Montants des charges et recettes prévisionnelles de la section = hébergement arrêtés par groupes par le département
activité prévisionnelle de l'exercice

Ce tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'Organisme gestionnaire (article R. 314-182 du CASF) afin de tenir compte notamment :

- ✓ du nombre de lits par chambre ;
- ✓ des chambres pour couples dont l'un des membres n'est pas dépendant ;
- ✓ de la localisation et du confort de la chambre ;
- ✓ de l'accueil temporaire ;
- ✓ de l'accueil de jour ;
- ✓ des coûts liés à la prise en charge des personnes sous protection.

Conditions d'actualisation et de revalorisation des tarifs pour les années suivantes :

Le Département arrête chaque année un taux directeur prévu à l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF. Ce taux ne constitue ni un droit, ni un maximum mais un indicateur. Il s'applique, selon les dispositions des articles L. 313-8 et R 314-40 CASF, sur les dépenses hors charges financières, dotations aux amortissements et éventuellement des indemnités de départ en retraite prises en compte au réel.

Le Département reste attaché au **principe d'une concertation annuelle**. Afin de préparer la rencontre annuelle entre le Département et l'Organisme gestionnaire, ce dernier devra fournir, au plus tard, pour le 31 octobre les documents suivants :

- ✓ Un rapport détaillé et justifié laissant apparaître ses besoins, ses problématiques et l'état de ses demandes ;
- ✓ Une étude financière d'impact et des surcoûts ;
- ✓ Des documents justificatifs.

Cette rencontre permettra de débattre, selon les orientations du Département :

- ✓ Des modalités de fonctionnement de l'établissement ;
- ✓ Des impacts financiers sur la tarification dans le cadre du CPOM ;
- ✓ De l'évolution de la réalisation du Projet Pluriannuel d'Investissement (PPI) ;
- ✓ Du projet d'établissement.

A l'issue de cette démarche, le Département pourra soit :

- ✓ appliquer le taux directeur ainsi que la prise en compte des charges financières, des dotations aux amortissements et, éventuellement, des indemnités de départ en retraite ;
- ✓ prendre en compte, en totalité ou partiellement, les demandes spécifiques exprimées et ainsi amender l'évolution du tarif hébergement retenu en année N – 1. Le tarif ainsi établi pour l'année N est arrêté par le Président du Conseil départemental tandis que le tarif libre, si l'établissement décide d'appliquer cette procédure, est fixé par délibération du Conseil de surveillance de l'établissement.

Modalités de fixation des prix pour les résidents à titre payant et leur variation

Si l'établissement décide d'appliquer le principe d'une liberté de tarification pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale, et en application de l'article L. 342-3 du CASF, le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement sont fixés librement lors de la signature du contrat de séjour passé préalablement à l'admission entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. Ce contrat détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur. Une annexe contractuelle au contrat de séjour décrit

1 Le tarif appliqué aux résidents âgés de moins de 60 ans est précisé à l'article 5.

l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement, qu'elles relèvent ou non du socle de prestations. Toute modification tarifaire ou de prestation fait l'objet d'un avenant au contrat de séjour.

L'ensemble des tarifs doivent être établis et approuvés par le Conseil de surveillance de l'organisme gestionnaire, être communiqués aux résidents ou à leurs représentants légaux et portés à la connaissance du Président du Conseil départemental et du public.

Les prix varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé au 1er janvier de chaque année par arrêté interministériel en application des articles L. 342-3 et D. 342-5 du CASF.

Si l'établissement est conventionné au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), les prestations correspondant au calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables sont régies par la convention conclue au titre de l'APL. Elles n'évoluent donc pas en fonction de cet arrêté.

Article 5 : Tarification des personnes âgées de moins de 60 ans

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est équivalent (article R.314-188 du CASF) :

- ✓ au tarif moyen journalier afférent à l'hébergement ;
- ✓ auquel est ajouté la part de forfait global relatif à la dépendance obtenu en divisant ce dernier par le nombre de jours d'ouverture, multiplié par la capacité de places autorisées et financées de l'établissement.

Ce tarif est affecté aux charges d'hébergement, sur la base du tarif journalier moyen à l'hébergement, et pour le solde, à la couverture des charges de dépendance.

Le prix de journée de l'hébergement des résidents de moins de soixante ans est arrêté par le Président du Conseil départemental pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale (ou si le principe de libre tarification est appliqué), le Conseil de Surveillance de l'établissement fixe par délibération le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Pour l'ensemble des résidents, la part de forfait global relatif à la dépendance est arrêtée par le Président du Conseil départemental.

L'évolution du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement est basé sur celle de la tarification de l'hébergement. Quant à celle du forfait relatif à la dépendance, elle relève des dispositions citées précédemment (article 2 du titre 2).

Article 6 : Investissements pluriannuels

L'ensemble des investissements prévus pendant la période effective du CPOM fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) validé, pour « l'année de base zéro » du CPOM, par l'ARS et/ou le Département selon leurs compétences respectives.

Le PPI annexé au présent CPOM (annexe 5) est composé d'un état des investissements pour les cinq années du CPOM avec leur date de réalisation, les modes et les durées d'amortissement, le plan pluriannuel de financement actualisé détaillé, le tableau des emprunts et le tableau des surcoûts par section tarifaire.

Le PPI intègre :

- ✓ les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements/charges financières... valorisés dans le tableau des surcoûts par section tarifaire) ;
- ✓ des projets supplémentaires d'investissement (sécurité/mise aux normes/opération de travaux : réhabilitation, restructuration, construction/projet d'établissement...).

Les accords de l'ARS et/ou du Département pourront faire l'objet d'un avenant au contrat en tant que de besoin.

Dans le cadre du passage en Etat Prévisionnel des Charges et des Produits (EPCP), le gestionnaire devra faire apparaître dans les documents à transmettre simultanément à l'ARS et au Département, les impacts des investissements prévus au PPI notamment à travers le tableau de financement par section tarifaire.

Aucun autre investissement augmentant la dotation aux amortissements et les charges financières ne pourra être engagé sans accord des autorités de tarification et, le cas échéant, entraînera une révision du PPI concerné.

Tout surcoût issu de la réactualisation annuelle des PPI pesant sur les budgets d'exploitation devra être financé dans les limites des moyens accordés par chaque financeur (forfait global pour la section tarifaire soins, forfait global pour la section tarifaire dépendance et tarifs journaliers pour la section tarifaire hébergement).

Tout recours à l'emprunt supérieur à un an (art. L. 314-7 du CASF) pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable à l'ARS et/ou du Département (art. L. 314-7 du CASF). Les éventuels frais financiers découlant d'emprunts nouveaux devront être compris dans le PPI et être soumis à validation de l'autorité de tarification compétente.

L'Organisme gestionnaire devra prioriser, tant pour les investissements que pour les financements, les opérations du plan pluriannuel d'investissement, afin que leur consolidation soit globalement équilibrée.

L'EHPAD géré par le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » à Issoudun n'a pas fourni à la date de signature du CPOM un PPI complet (tel qu'énoncé au présent article et selon les dispositions de l'arrêté NOR: SOCA0324061A du 22 octobre 2003) ; par conséquent, les autorités de tarification n'ont validé aucun Plan Pluriannuel d'Investissements dans le cadre de ce CPOM. Le PPI et les modalités de financement définitivement approuvés par les autorités de tarification feront donc l'objet d'un avenant au CPOM.

Article 7 : Modalités d'affectation des résultats

Si la libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD, elle doit s'effectuer au regard des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. L'affectation de ces résultats fait l'objet d'un examen par le Conseil de Surveillance de l'Organisme gestionnaire. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Conformément à l'article R. 314-234 CASF, les résultats excédentaires sont à affecter :

- a. en priorité à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
- b. à un compte de report à nouveau ;
- c. au financement de mesures d'investissement ;
- d. à un compte de réserve de compensation des déficits ;
- e. à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF ;
- f. à un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

En conséquence, la couverture des déficits qui reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire, est couverte en priorité :

- a. par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
- b. puis, le cas échéant, par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
- c. pour le surplus éventuel, affectée à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Toutefois, il est rappelé que conformément aux articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF, l'ARS et le Département pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

- ✓ 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 ;
- ✓ 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.

Par ailleurs, lors de l'étude des projets pluriannuels d'investissement, il sera tenu compte des anticipations réalisées ou non par l'organisme gestionnaire sur les affectations de résultat.

La transmission des documents de l'ERCP mentionnés aux articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF et en application des articles R.6145-44 à 47 du Code de la Santé Publique, devra être faite au plus tard le 8 juillet de l'année n+1.

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 1 : Suivi et évaluation du contrat

Il est mis en place un comité de suivi et des dialogues de gestion pour le suivi et l'évaluation du contrat.

Le comité de suivi :

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de chaque partie au contrat.

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

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'Organisme gestionnaire en cours de contrat dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires, notamment :

- ✓ évaluations internes (à fournir un an avant l'échéance du présent contrat) ;
- ✓ évaluations externes ;
- ✓ documents budgétaires et comptables ;
- ✓ suivi des objectifs du présent contrat ;
- ✓ données du tableau de bord de la performance ;
- ✓ bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat.

D'autres documents pourront être joints en tant que de besoin.

Par ailleurs, l'Organisme gestionnaire transmet aux autorités de tarification compétentes, au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné :

- ✓ l'annexe activité (cadre normalisé) via un dépôt sur la plateforme de la CNSA et sur la plateforme du Département. Chaque autorité de tarification peut transmettre des observations sur ces prévisions dans un délai de 60 jours.

Le rapport annuel d'étape

Le rapport annuel d'étape établi par l'établissement doit être transmis au plus tard au 8 juillet de chaque année, dans le cadre de l'ERCP, qui comporte :

- ✓ Le cadre normalisé de l'ERCP complet et ses annexes ;
- ✓ Un compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :
 - Une annexe relative à l'activité réalisée, dont le modèle est fixé par arrêté interministériel, et qui différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
 - Le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
 - Le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
 - Le Plan Pluriannuel d'Investissement actualisé.
- ✓ Un rapport financier et d'activité qui comprend :
 - L'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
 - L'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du présent ;
 - L'affectation des résultats.

Il est accompagné des documents supplémentaires suivants :

- ✓ Le tableau de suivi des provisions et réserves par établissement et service ;
- ✓ Le tableau de suivi des crédits non reconductibles de la section soins par établissement et service.

L'ARS et le Département se réservent le droit de réaliser toute vérification permettant de s'assurer de la conformité du rapport annuel.

Pour la troisième année et la cinquième année du CPOM, le rapport d'étape devra également être accompagné du tableau de suivi des objectifs fixés (annexe 3 : Suivi et évaluation de la réalisation du CPOM).

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,
- ✓ au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

Un ou des dialogues de gestion supplémentaire(s) en cours d'exécution du contrat pourront être organisés dans les cas et les modalités prévus au contrat.

Le **dialogue de gestion organisé au cours de la troisième année** a pour objectif de suivre les engagements des parties. Il doit permettre de rediscuter du CPOM, notamment en cas d'événements exceptionnels et imprévisibles, quels qu'ils soient, et de veiller à son respect. Sur la base du rapport annuel d'étape il porte notamment, pour les deux premières années du CPOM, sur :

- ✓ l'évaluation de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM ;
- ✓ le degré de réalisation des objectifs sur la base des indicateurs et des résultats attendus ;
- ✓ le contrôle de l'activité réalisée au regard de celui défini dans ce contrat ;
- ✓ la définition de l'activité prévisionnelle pour l'année à venir.

Sur cette base, le comité de suivi se réunit et :

- ✓ 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 ;
- ✓ constate les résultats obtenus et les efforts engagés ;
- ✓ signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices.

Il peut également 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.

Le **dialogue de gestion de renouvellement du CPOM** a pour objectif d'examiner la pertinence de la dynamique de qualité et d'efficacité instaurée et de faire connaître les intentions de chacune des parties quant :

- ✓ au renouvellement du CPOM pour une période déterminée de 5 ans ;
- ✓ à sa prorogation d'un an.

Le comité de suivi se réunit au plus tard 6 mois avant la fin du CPOM et :

- ✓ examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci et arrêté à la fin de la quatrième année du CPOM ;
- ✓ établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de **saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles** (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.

De même, 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 Département ou l'ARS **peut ajouter un dialogue de gestion** supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

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.

Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département

L'ARS et le Département peuvent procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des résidents.

L'Organisme gestionnaire s'engage à faciliter le contrôle par les autorités d'autorisation et de tarification de la réalisation des objectifs, en particulier par l'accès à toutes pièces justificatives, et de la bonne application de la réglementation en vigueur.

Article 2 : 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 (Tribunal Administratif de Limoges, 2 cours Bugeaud – CS 40410 - 87011 LIMOGES Cedex ou Greffe du Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale de NANTES Greffe du TIT'SS - Cour administrative d'appel de NANTES – 2 place de l'Edit de NANTES - BP 18 529 - 44185 NANTES cedex 4).

Article 3 : Révision et Résiliation du contrat

Chacune des parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du présent contrat impossible, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Conditions de révision

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, de révision des conditions de l'habilitation à l'aide sociale ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir, à titre d'exemples, lors :

- ✓ d'une modification législative ou réglementaire importante ;
- ✓ d'une modification du périmètre du CPOM ;
- ✓ de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre financier ;
- ✓ d'une modification des modalités de tarification ;
- ✓ pour la validation d'un PPI initial ou actualisé ;
- ✓ du changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat ;
- ✓ pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge, ainsi que des missions qui lui sont confiées ;
- ✓ pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- ✓ pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Département destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat ;
- ✓ ...

L'autorisation de gestion ayant été accordée au nom du gestionnaire, toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

En cas de cession de son activité, et sous réserve du transfert de l'autorisation par les autorités de tarification, le cessionnaire reprendra l'intégralité des engagements souscrits dans le contrat et ses avenants successifs. Le contrat continuera alors de plein droit.

Conditions de résiliation

Le présent contrat pourra être résilié :

- ✓ de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- ✓ de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- ✓ de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- ✓ avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, pour prise d'effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 4 : Révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM à la convention tripartite pluriannuelle signée entre le Président du Conseil général, le Directeur Général de l'ARS Centre et le représentant de l'établissement, en date du 8 octobre 2014 et ses avenants.

Article 5 : Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM de 5 ans

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2022 et dont l'échéance est fixée au 31 décembre 2026.

Article 6 : Renouvellement du contrat

Au plus tard, six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant afin d'arrêter les conditions dans lesquelles le contrat peut être renouvelé. Au vu du dialogue de gestion de renouvellement par le comité de suivi, une décision de renouvellement ou de prorogation du CPOM est arrêtée.

Article 7 : Evaluation

Eu égard au 7° de l'article 1^{er} du décret 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux modifiant l'article D.312-304 du Code de l'Action sociale et des Familles, il est convenu de réaliser une évaluation quinquennale de la qualité des prestations délivrées par l'EHPAD dont les résultats devront être transmis aux autorités de tarification au plus tard pour le 31 mars de la cinquième année du CPOM.

TITRE 4 : ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires.

1. Annexes obligatoires et communes à tous les CPOM

Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM

- **Annexe 1 - Synthèse du diagnostic partagé**

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

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

- **Annexe 2 - Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire**

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

- **Annexe 3 - Suivi des objectifs fixés**

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM pour suivre leur évolution. Elle est transmise aux autorités au cours de la troisième année et de la cinquième année du CPOM, eu égard à l'atteinte des objectifs.

- **Annexe 4 - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)**

Le PGFP proposé et rattaché au CPOM ne peut être retenu en l'absence de PPI validé.

- **Annexe 5 - Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)**

Cette annexe précise les principaux investissements prévus à la date de signature du CPOM pour les cinq années suivantes. A la signature du CPOM, le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » d'Issoudun n'a pas fourni de PPI complet pour l'activité EHPAD.

2. Annexe obligatoire pour les établissements concernés habilités

Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

- **Annexe 6 - Conditions et modalités de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale**

3. Documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services

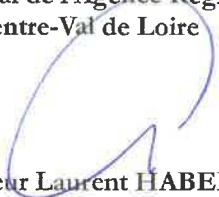


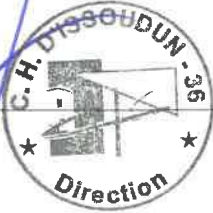
Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM

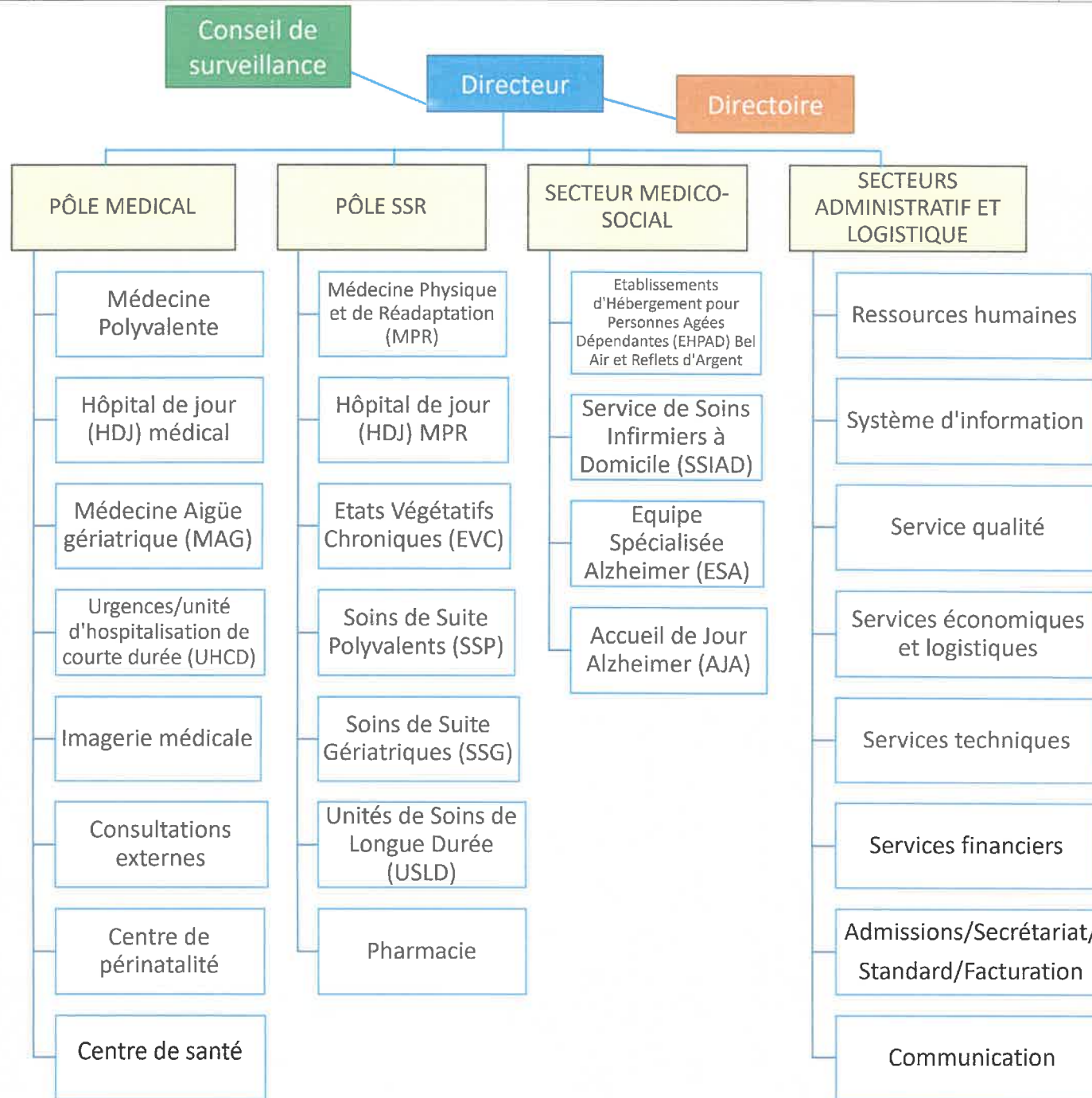
- **Annexe 7** - Synthèse du dernier rapport d'évaluation externe (si conduite avant la conclusion du CPOM)
- **Annexe 8** - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du présent contrat

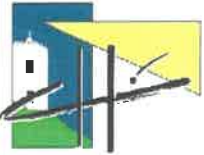
4. fiches actions

- **Annexe 9** - Fiches actions

Fait en 3 exemplaires originaux
A Châteauroux, le **31 MARS 2022**


<p>Pour l'Agence Régionale de Santé, Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire</p>  <p>Monsieur Laurent HABERT</p>	<p>Pour le Département de l'Indre, Le Président du Conseil départemental de l'Indre</p>  <p>Monsieur Marc FLEURET</p>
<p>Pour l'Organisme gestionnaire/l'établissement, Le Directeur du Centre Hospitalier « La Tour Blanche » pour l'activité EHPAD</p> <p>Monsieur Marc KUGELSTADT</p>  	

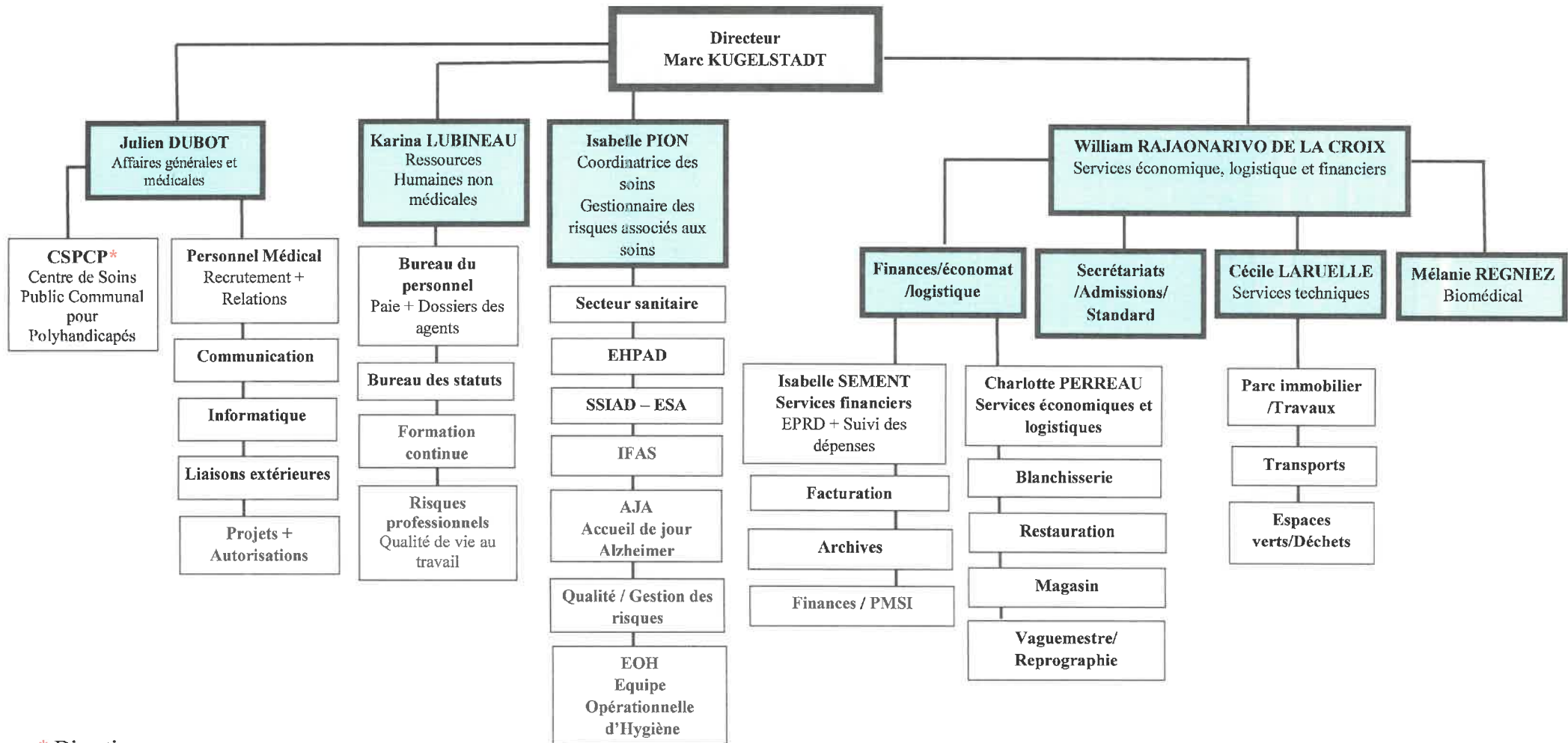




ORGANIGRAMME MANAGEMENT ET SUPPORTS

Emis le 04/01/2021 par le service Qualité Version 8





* Direction commune

**ORGANIGRAMME MEDICAL**

Présidente de CME
PH pharmacienne
Dr Mounia MOALLA

POLE MEDICAL

Cheffe de pôle par intérim
Dr Mounia MOALLA

Chef de service Urgences
Dr

Urgences

Dr Laurent MINOIS

Dr Ahmed ZAOUI

Dr Chouja AL MAAZ

Dr Ambroise MANIKA

Dr Jérôme EMPTOZ

Dr Hatem NEB

Imagerie

Dr Rachele PONTIS

Cardiologue et médiateur médical

Dr Gérard GRANGER

Médecine aigüe gériatrique

Dr Jean-Alain GANDJI

Hôpital de jour

Dr Adil CHERKAOUI

Chef de service médecine
polyvalente

Dr Christian DUFRENE

Consultations externes

Dr William ACOSTA

Dr Patricia AUDEBERT

Dr Adam BATOKO

Dr Rabah BOUHADEF

Dr Pierre-Yves CAZES

Dr Laurent COTTE

Dr Fabrice LUNEAU

Dr Sandrine PUJO

Dr Antonio FERRANDIZ

Dr Stéphane VIGNES

Mme Céline CALLEJA

Dr Denis ROLLAND

Consultations externes
en gynécologie

Dr Nouredine EL BOUZIDI

Dr Béatrice TELEAGA

Dr Natalia BEJAN

Sages-femmes

Mme Laurence CHATAUR

Mme Hélène JOBIC

Mme Céline TREVIEN

Centre de santé

Dr Lise ROLAND

Dr Yves DERIAUD

Dr Philippe MOUCHET

Dr Vincent BORE

Dr Marie-France RENAUDAT

Mme Sarah COURET

POLE SOINS DE SUITE

Chef de pôle

Dr Daniel BOUTON

Chef de service MPR

Dr Daniel BOUTON

MPR/Hôpital de jour MPR/Plateau
technique

Dr Mihaela TAMASAG

Dr Jacques MUNDREUIL

Dr Nathalie DE HESSELLE

Dr Eric TALLIER

Dr Xavier ROY

Dr Gianluca PISCIOTTA

Soins de suite gériatrique

Dr Silvia PONTIS

Soins de suite polyvalent

Dr Thibault CORNETTE

Unité de soins longue durée (USLD)

Dr

PHARMACIE

Cheffe de service

Dr Mounia MOALLA

Pharmacien -- RSMQ

Dr Lamine MARE

Pharmacienne

Dr Morgane LEDROIT

EHPAD

Médecin coordonnateur

**Dr Christelle
CHAMPELOVIER**

Médecin prescripteur

Dr Latifa SAID HOUMIDA

Les reflets d'argent/Arcades
Bel Air



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360004584

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD BEL AIR

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

Sources de financement	Etat CD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M21	Date d'ouverture	01/01/1983
Option tarifaire	tarif global / GMPs avec PUI	Autorisation spécifique	Aucune
CPOM en cours		Signature CTP	
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2020	Date d'effet de la CTP	08/10/2014
Date d'échéance du CPOM	01/01/2025	Date d'échéance CTP	08/10/2019
Partenaires signataires du CPOM	(Calendrier prévisionnel)	Groupe homogène	EHPAD de 100 à 199 places
Etablissement mono-site	NON	Date de construction	06/01/2014
Etablissement mono-bâtiment		Nature du droit	
Nombre de sites	2	Superficie des locaux	8765 m2
Contraintes architecturales		Superficie des terrains	41290 m2
Nombre de chambres individuelles	86	Places installées / autorisées	86

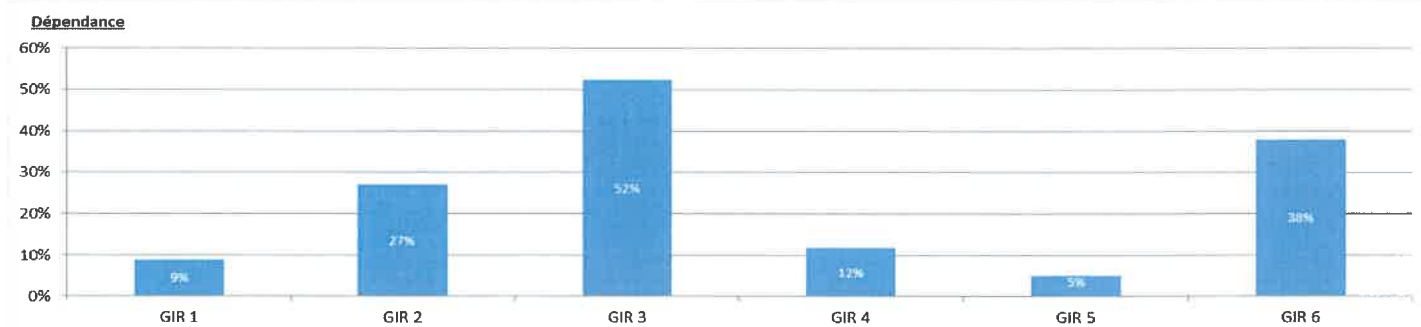
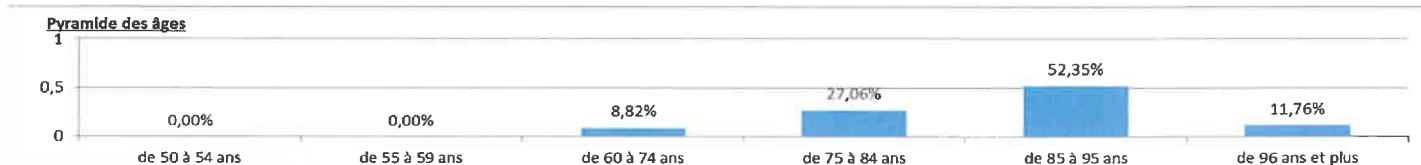
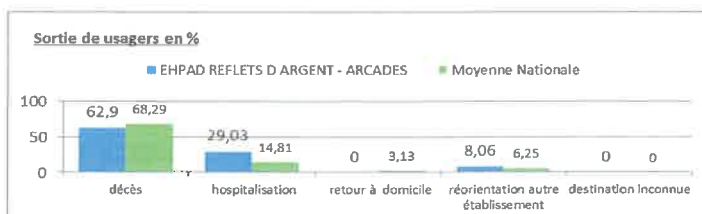
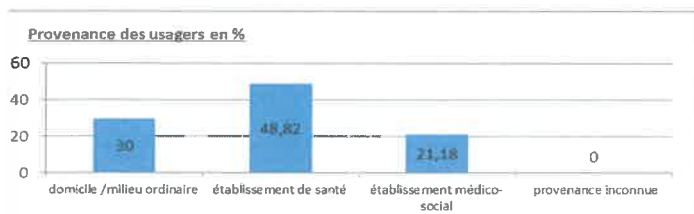
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
99 %	98 %	16	3,81 %	11,54 %	3,44 %	24,68 %	103 %	53,23 %	#N/A	478	21/10/2016

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE		CAPACITE INSTALLEE			186
360004584	P	EHPAD	EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES	36105	ISSOUDUN CEDEX	Acc Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	90
360004584	P	EHPAD	EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES	36105	ISSOUDUN CEDEX	Acc. Personnes Agées	Accueil de Jour	Alzheimer, mal appar	10
360004584	P	EHPAD	EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES	36105	ISSOUDUN CEDEX	U.H.R.	Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appar	
360003305	S	EHPAD	EHPAD BEL AIR DU CH ISSOUDUN	36100	ISSOUDUN	Acc temporaire PA	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	2
360003305	S	EHPAD	EHPAD BEL AIR DU CH ISSOUDUN	36100	ISSOUDUN	Acc. Personnes Agées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	84

ACTIVITES

Taux d'occupation							Coupes d'évaluation				
Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2017	2018	2019	2020		Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance	
Permanent	365	174	99 %	96 %	97 %	97 %		GMP	682	25/03/2014	↓
Temporaire								PMP	202	18/12/2013	↔
Ac. de Jour	210	10	43 %	47 %	50 %	50 %					

	Établissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	36,49	32,25	31,25
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	2,26	2,32	2,31
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		27,65 %	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		16,67 %	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,00 %	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		1,55 %	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		13	
File active des personnes accompagnées sur la période		232	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	OUI	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération Inter-établissements :	GHT	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement :	174

RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
112,38	2,00	0,00	0,00	0,00	1,50	61,55	1,03	44,50	1,30	0,00	0,50

Paramédical	Infirmier	Aide médicale psychologique	Aide sociale	Éducateur	Psychomotricien	Ergothérapeute	Orthophoniste	Autre Paramédical
61,55	11,66	0,00	48,43	1,00	0,00	0,46	0,00	0,00

Socio-éducatif	Auxiliaire éducatif	Animateur	Maître éducateur	Éducateur spécialisé	Assistant social	Autre socio-éducatif
1,50	0,80	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00

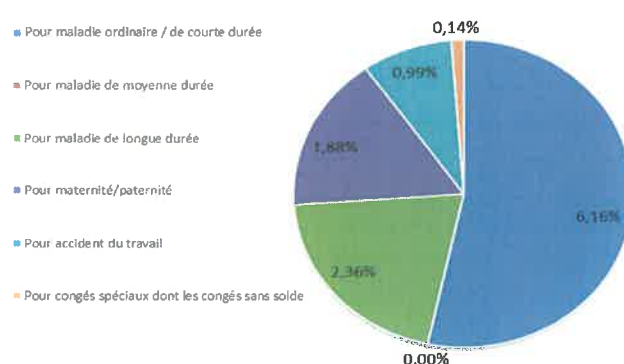
Médical	Médecin Coordinateur	Autre Médical
1,30	1,00	0,30

Minimum réglementaire : 0,60

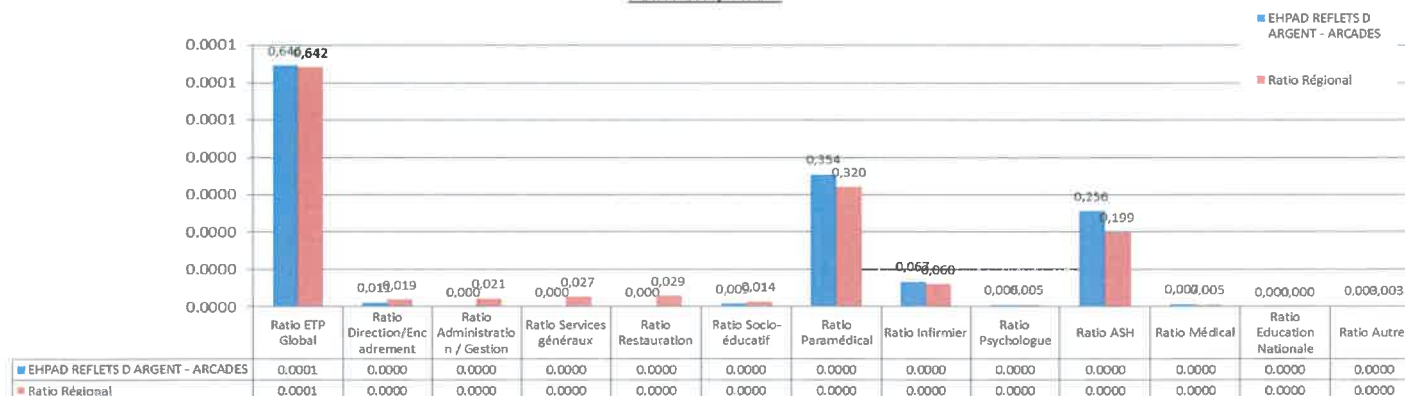
Répartition par âge du personnel



Taux d'absentéisme par motif



Ratios ETP / Places



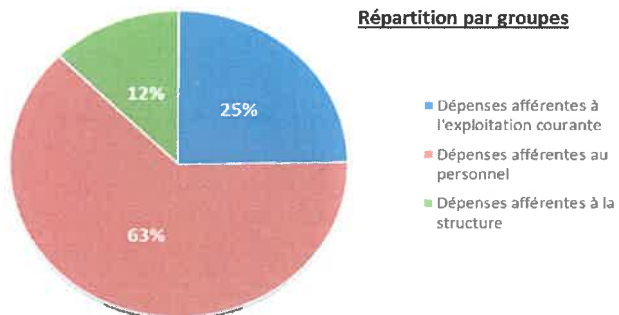
Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	2,00 %	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	11,54% (10,41% National)
Taux de prestations externes en %	0,00 %	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	3,81% (11,7% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	1,78 %	Nombre de CDD de remplacement	16

BUDGET & FINANCES

	Charges*		Produits*		
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	24,84 %	1 797 608	6 773 098	93,61 %	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	62,80 %	4 545 633	72 703	1,00 %	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	12,57 %	909 761	389 520	5,30 %	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit	-0,200%	- 17 682	-	0	Excédent
Marge Brute	2,16 %		1,43 %		CAF

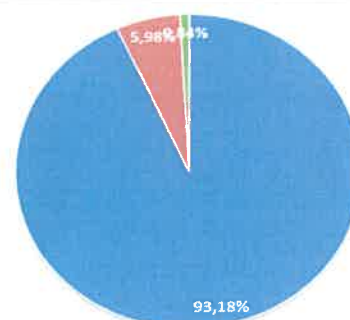
* données ERRD 2018

Répartition par groupes



Dépenses de Soins

- Dépenses de personnel
- Dépenses de prestation & fournitures médicales
- Dépenses de matériel médical



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1	0	Taux de prestations externes	0,00 %
Base soins actualisée / Plafond	101 %	Montant de Convergence Plafond soins	140 436 €

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE

Thèmes & intitulés	2017*	2018*	Mode de calcul
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	23 %	22,44 %	Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) x 100 Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés) Immobilisations nettes amortissables Dettes financières à moyen et long terme Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) CAF
1.2. Apurement de la dette (>2)	2,87	2,95	
1.3. Durée apparente de la dette	6,90	14,95	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations Construction	60 %	59 %	Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants
Installations techniques, matériel et outillage	77 %	81 %	
Autres immobilisations corporelles	83 %	86 %	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation Fonds de roulement d'investissement (FRI) Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	37 61 98	40 41 81	FRI ou FRE ou FRNG x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Fonds de roulement net global (FRNG)	8 650 664	7 502 839	
Besoin en fonds de roulement	190 106	1 109 010	
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation Montant de Trésorerie	2 6 402 608	12 4 135 308	BFR x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	72	44	
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	9	9	Trésorerie x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement) Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	39	28	[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j. Total des consommations (comptes 601 à 603) (Solde débiteur comptes 41) x 365 j. Total des produits (comptes 70 et 73) (Solde créditeur comptes 401) x 365 j. Total des charges (comptes 60 à 62) (Solde créditeur comptes 43 et 44) x 365 j. Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)
4.2. Créances (< 30 j.)	66	70	
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	119	105	
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	33	30	
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	3,42 %	1,43 %	CAF x 100 Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)
Réserve de compensation des déficits	861 881	1 013 931	Réserve de compensation des déficits Total classe 6
Réserve de compensation des déficits en %	2,43 %	2,71 %	
Fonds dédiés	0	0	
Produits constatés d'avance	28 327 €	36 914 €	

* données EP RD 2018

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	06/01/2014
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	09/09/2016
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	21/11/2017
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Salle de soins
Organisation des transports	MIXTE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	1		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	1	Accessibilité au transport collectif	OUI

DEMARCHE QUALITE

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Livret d'Accueil</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>04/01/2016</td></tr> </table>	Livret d'Accueil		Oui	04/01/2016	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Règlement de Fonctionnement</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>04/05/2015</td></tr> </table>	Règlement de Fonctionnement		Oui	04/05/2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Contrat de séjour</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>04/05/2015</td></tr> </table>	Contrat de séjour		Oui	04/05/2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Conseil de la vie sociale</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>27/09/2018</td></tr> </table>	Conseil de la vie sociale		Oui	27/09/2018		
Livret d'Accueil																					
Oui	04/01/2016																				
Règlement de Fonctionnement																					
Oui	04/05/2015																				
Contrat de séjour																					
Oui	04/05/2015																				
Conseil de la vie sociale																					
Oui	27/09/2018																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Charte des droits & liberté</td></tr> <tr><td colspan="2">OUI</td></tr> </table>	Charte des droits & liberté		OUI		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Personne Qualifiée</td></tr> <tr><td colspan="2">00/01/1900</td></tr> </table>	Personne Qualifiée		00/01/1900		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Projet d'Etablissement ou de Service</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>21/10/2016</td></tr> </table>	Projet d'Etablissement ou de Service		Oui	21/10/2016	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Date dernière Evaluation</td></tr> <tr><td>Interne</td><td>Externe</td></tr> <tr><td>1/9/11</td><td>25/7/14</td></tr> </table>	Date dernière Evaluation		Interne	Externe	1/9/11	25/7/14
Charte des droits & liberté																					
OUI																					
Personne Qualifiée																					
00/01/1900																					
Projet d'Etablissement ou de Service																					
Oui	21/10/2016																				
Date dernière Evaluation																					
Interne	Externe																				
1/9/11	25/7/14																				

	INTERNE	ESMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002	EXTERNE
Prochaine Evaluation	08/2016		07/2021
			Prochaine Evaluation

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
	Qualité et gestion des risques	OUI	NON		OUI

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins
OUI	OUI

Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
FONCTION PUBLIQUE : Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)	Diplôme Niveau 1 - Corps des DH (Directeurs d'hôpital)

Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
OUI	OUI

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Nombre de réunions par an	10	10	
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	mutualisé avec le CHTB
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	démarche qualité déployée sur tout l'établissement
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	Oui	Oui	logiciel GED
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	mutualisé avec le CHTB
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)			Analyse annuelle

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	Oui	Oui	application du processus en cours d'amélioration
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	Oui	Oui	

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2	
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Si oui, laquelle	Questionnaire de satisfaction		
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	Non	Non	
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	Non	Non	

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	86	86	
Nombre de chambres doubles	0	0	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	18,5 à 27 m ²	18,5 à 27 m ²	
Superficie minimale et maximale des chambres doubles	Sans objet	Sans objet	
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	86	86	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	Possibilité via le prestataire de téléphonie de l'utilisateur	Possibilité via le prestataire de téléphonie de l'utilisateur	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	Non	Non	
Liaison froide (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Liaison chaude (Oui ou Non)	Non	Non	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)	Non	Non	commission restauration Il n'y a pas de commission actuellement. De nouvelles organisations sont en réflexion
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	Oui	Oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	Oui	Oui	
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	Oui	Oui	Actuellement période transitoire Les locaux de la blanchisserie sont obsolètes. La blanchisserie a été arrêtée au cours de l'année 2020. L'établissement travaille actuellement avec un sous-traitant (Lavox) et le personnel a été redéployé sur d'autres fonctions. Une étude sur la blanchisserie est en cours.
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	Non	Non	
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Non	Non	
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	Non	Non	
Périodicité du ménage dans les chambres	Oui	Oui	
Périodicité du ménage dans les locaux communs	Oui	Oui	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Oui	Oui	



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE
CPOM



Finess : **360004584**

EHPAD BEL AIR

Public FPH rattaché à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

Points Forts

Axes d'Améliorations

<i>Rempli par l'établissement</i>		<i>A compléter par l'établissement</i>	
Outils de la loi 2002-2		Outils de la loi 2002-2	
Existence de ces outils		Ces outils nécessitent d'être mises à jour et complétés	
Projet de soins		Projet de soins	
Le projet de soins est défini dans le projet de service réalisé en 2020 / Existence d'une commission de coordination gériatrique / Existence d'un dispositif de repérage précoce des fragilités de la personne âgée		Améliorer les compétences en accompagnement des personnes souffrant d'altérations cognitives / Besoin de renforcement du partenariat avec le secteur psychiatrique / Ratios personnels permettant une prise en soin respectant le rythme de la personne vieillissante et son besoin de disponibilité relationnelle / adaptation des locaux aux personnes atteintes de troubles cognitifs	
Projet personnalisé		Projet personnalisé	
Conscience de l'importance du PAP et inscription d'un projet de déploiement de ceux-ci dans le projet de service (élaboration d'une procédure, d'un processus et des outils de participation du résident et/ou de ses proches) voir FA / Souhait d'associer les familles avec l'accord du résident dans le processus de rédaction voir FA		disposer des moyens humains et matériels nécessaires pour réaliser la synthèse des réponses aux besoins identifiés en amont (déjà réalisés dans les plans de soins, projet d'animation, fiches de goût...), constituant le support annexe au contrat de séjour et permettant d'améliorer le taux de complétude et de signature	
Projet d'animation		Projet d'animation	
Présence d'une animatrice 3 jours/semaine et existence d'un projet d'animation (participations individuelle ou collective) / Existence de projets hors les murs et intergénérationnels		Augmenter le temps de présence des animatrices dans chaque EHPAD afin d'améliorer et de renforcer le projet animation et de pouvoir proposer des animations quotidiennes / Favoriser le déploiement d'activités hors les murs pour redonner une dimension citoyenne aux résidents / Faciliter l'expression du choix des animations / Faciliter le transport des résidents en ville avec un véhicule dédié à la structure	
Directives anticipées et personne de confiance		Directives anticipées et personne de confiance	
Le recueil de la personne de confiance est systématiquement réalisé à l'arrivée d'un nouveau résident / une relation de confiance avec les familles est mise en place / information systématique sur les directives anticipées / utilisation ponctuelle du pictogramme de choix d'intensité thérapeutique et de la grille Pallia10 (géronto)		Utilisation systématique à chaque modification de l'état de santé du pictogramme de choix d'intensité thérapeutique et de la grille Pallia10 (géronto)	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	1.2	Objectifs généraux du Conseil Départemental
<u>1.1</u>	Généraliser le projet d'accompagnement personnalisé		Formuler les directives anticipées et désigner une personne de confiance
<i>Compléter par l'établissement</i>		<i>Compléter par l'établissement</i>	

Point de vigilance relatif au projet d'établissement :

Le projet d'établissement est à réactualiser. Ce document est en cours de finalisation prévue pour la fin de l'année 2021.

Veiller à associer les usagers, les familles, à son élaboration.

Formaliser des projets spécifiques pour l'accueil de jour et pour les personnes désorientées ou atteintes de maladie Alzheimer. Mettre en adéquation le projet d'établissement avec les fiches actions du CPOM.

Mettre régulièrement l'ensemble des documents en conformité avec la réglementation et le fonctionnement de l'établissement.

<p>Point de vigilance relatif aux documents de la loi 2002-2 : L'étude du diagnostic partagé laisse apparaître l'obsolescence des documents de la loi 2002-2 au regard de la réglementation (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation...) et du fonctionnement de l'établissement, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrat de séjour ; • Livret d'accueil ; • Règlement de fonctionnement. <p>Les documents sont en cours de finalisation et devraient être terminés à la fin du 1er semestre 2021. Ces documents sont à soumettre au Conseil de la Vie Sociale et à transmettre aux autorités.</p>
<p>Points de vigilance relatifs au projet d'accompagnement personnalisé (PAP) : Le PAP est un outil pour la personnalisation de la prise en charge et un document prioritaire à mettre en place. L'actualisation des PAP serait réalisée mais non formalisée. Formaliser le suivi des objectifs du projet personnalisé pour chaque résident. Favoriser les échanges vers les familles et expliquer l'objectif du PAP. Formaliser un projet de soins et de vie spécifique pour chaque personne, notamment pour les personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer. Actualiser le PAP aussi souvent que nécessaire et à minima 1 fois par an.</p>

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 1

Projet d'accompagnement personnalisé	2019	2020	Observations
Taux de signature	0 %	0 %	0
Nombre de PAP signés par le résident	0	0	0
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	0 %	0 %	0
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement	non	réalisation fiche action	0
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	NSP	24 %	0



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE
CPOM



Finess : **360004584**

EHPAD BEL AIR

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 2 :

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

Points Forts

Axes d'Améliorations

<u>pour l'établissement</u>		<u>à l'échelle du territoire</u>	
Réponses au besoins du territoire		Réponses au besoins du territoire	
Existence de projets intergénérationnels / Le nombre de places d'hébergement "ordinaire" répondant aux besoins		Disposer d'une structure équipée et dotée de moyens permettant de prendre en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs / Adapter une partie du bâtiment en locaux et en matériel pour l'accueil des personnes obèses ou de grande taille	
Gouvernance		Gouvernance	
Organigramme complet et clair / Intégration du médecin coordonnateur au sein du Directoire du CHTB		Mise en place de réunions thématiques spécifiques EHPAD (direction des soins/ encadrement intermédiaire/médecin coordonnateur/ services supports)	
Gestion de l'immobilier / locaux chambres individuelles / parc extérieur		Gestion de l'immobilier / locaux Nécessité d'améliorer et de faciliter l'ensemble des opérations de suivi et de maintenance des bâtiments / Manque d'espace pour les locaux des personnels / Nécessaire aménagement global des espaces (espaces de stockage, isolation, changement des huisseries et intégration de volets électriques ...) / permettre l'accès au parc et la circulation en fauteuil et/ou en déambulateur en toute sécurité (chemin de bien-être et stations de repos) voir FA	
Efficacité de gestion / politique achats		Efficacité de gestion / politique achats	
Collaboration de l'ensemble des services dans l'objectif d'optimiser la politique de gestion du budget EHPAD		Amélioration du circuit achats : expression du besoin, priorisation des investissements, optimisation des achats - Mise en place d'une procédure adaptée / Travail d'amélioration de l'identification des coûts induits par le budget EHPAD (personnels, gestion des stocks, ...)	
Autres		Autres	
Le CHTB est un établissement partie du GHT de l'Indre et à cet effet met en place des coopérations en son sein			
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
2.1	Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	2.3	Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services
2.2	Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports		



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE
CPOM



Finess : 360004584

EHPAD BEL AIR

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 3

Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

Points Forts

Axes d'Améliorations

À l'échelle de l'établissement		À l'échelle du département	
Ouverture sur l'environnement		Ouverture sur l'environnement	
Travail sur le déploiement d'outils de communication adaptés pour présenter les activités de l'EHPAD / Existence de projets hors les murs, notamment intergénérationnels		Développer les projets de vie dans la cité	
Contribution aux parcours		Contribution aux parcours	
Relations contractuelles avec l'HAD du secteur pour faciliter le maintien des résidents en EHPAD / Procédure d'admission directe en médecine pour éviter les passages aux urgences /		Améliorer les partenariats avec les partenaires gériatriques (équipe mobile gériatrique, ...) / Besoin de déployer de nouvelles places d'hébergement temporaire médicalisées (dans le cadre d'un secteur sécurisé s'il est reconnu)	
Développement des Systèmes d'information		Développement des Systèmes d'information	
Existence d'un DPI sur les EHPAD compatible DMP / Messagerie sécurisée pour l'ensemble des praticiens / Accès au dispositif MIRC / Accès au plateau technique de télémédecine du CHTB		Augmenter le recours aux prestations de télémédecine en améliorant les contacts avec les spécialistes	
Autres		Autres	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
3.1	Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	3.4	Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS
3.2	Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	3.5	Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile
3.3	Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	3.6	Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire
		3.7	Consolider la couverture départementale en accueil de jour
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>	

Finess : 360004584

EHPAD BEL AIR

Public FPH rattaché à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 4

développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

A remplir par l'établissement

A remplir par l'établissement

Points Forts

Axes d'Améliorations

A remplir par l'établissement		A remplir par l'établissement	
Maîtrise des risques		Maîtrise des risques	
La démarche qualité s'appuie sur l'équipe qualité du CHTB / Existence d'une cellule qualité et gestion des risques au CHTB / participation aux différents comités (CLIN, CLAN, CLUD...)		Nécessité de réaliser prochainement les évaluations internes et externes / Déploiement des référents qualité / pérenniser la participation aux différents comités	
Soins palliatifs et fin de vie		Soins palliatifs et fin de vie	
Présence d'un médecin référent en soins palliatifs qui peut intervenir en EHPAD / Professionnels formés à la douleur / Convention avec l'EADSP et habitudes d'intervention / Convention avec l'HAD / Appui sur les directives anticipées quand elles existent		Augmentation du nombre de formations à l'accompagnement de fin de vie / inscription d'un projet spécifique au sein du projet d'établissement / compléter la formation des personnels à la gestion de la douleur / inscription d'un projet spécifique au sein du projet d'établissement.	
Sécurisation du circuit du médicament		Sécurisation du circuit du médicament	
Existence d'une procédure dédiée / Appui de la PUI du CHTB / Existence d'une démarche de pharmacie clinique sur le CHTB		Améliorer la coordination et la vérification nécessaire tout au long du processus (protocoles, prévention de la iatrogénie, chariots d'urgence, administration, formation des soignants, ...)	
Bientraitance		Bientraitance	
Personnel formé à la bientraitance / charte de non punition dans le cadre de la complétude de fiches d'évènements indésirables / thématique du projet de service / projet de déploiement de la démarche Mobiquat		Renforcer la réflexion sur les pratiques soignantes / Organiser des temps de paroles / Proposer une dynamique de promotion des actes de bientraitance	
Politique de prévention		Politique de prévention	
Un volet prévention est présent dans le projet de service des EHPAD		Déployer la mise en place d'une démarche globale de repérage précoce des fragilités des personnes âgées / Mise en place d'une politique de prévention	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
4.1	Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	4.7	Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD
4.2	Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires	4.8	Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
4.3	Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes		
4.4	Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament		
4.5	Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe		
4.6	Déclarer et analyser les événements indésirables		

<p>Point de vigilance relatif aux évaluations : Respecter la réglementation et le calendrier des évaluations internes et externes.</p>	
<p>Points de vigilance relatifs à la bientraitance : Evaluer la connaissance de la procédure de signalement d'acte de maltraitance par les professionnels. Evaluer les effets des actions de prévention sur la bientraitance et développer l'analyse des pratiques.</p>	
<p>Points de vigilance relatif à la politique de prévention : Veiller à la formalisation et à la mise à jour régulière dans le projet d'établissement de la politique de prise en charge des troubles du comportement. Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes S'assurer de la mise à jour régulière du protocole de prévention et de traitement des escarres pour mettre en place un fonctionnement avec une échelle d'évaluation. Assurer l'enregistrement des EIG sécurités médicamenteuses. Identifier un référent bientraitance</p>	
<p>Points de vigilance relatifs au circuit du médicament : S'assurer du suivi des médicaments à utiliser préférentiellement par les médecins traitants (via liste dans livret thérapeutique) Continuer à assurer la mise en place des actions correctives nécessaires suite à l'auto-diagnostic du circuit du médicament. Veiller à la vérification des piluliers selon la règle des 5B (bon médicament, au bon dosage, par la bonne voie, au bon moment, au bon résident).</p>	
<p>Points de vigilance relatifs à la continuité de l'accompagnement : Veiller à l'information des salariés de l'obligation de proposer une collation de nuit à l'ensemble des résidents. Systématiser pour tous les résidents cette proposition de collation, le soir au moment du coucher et la nuit pour les personnes réveillées.</p>	

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 4

Rapport Médical	2019	2020	Observations
Taux d'occupation du PASA			Depuis 2017, site à une demande de l'ARS,
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	NSP	23	231 ateliers réalisés
Nombre d'ASG en ETP	5,00	5,00	5 agents formés ASG sur les 2 EHPAD
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement			
Taux de résidents vaccinés contre la grippe	NSP	86 %	
Taux de personnel vaccinés contre la grippe	inconnu	12 %	
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	Oui	Oui	
Surveillance de la courbe de poids	Oui	Oui	
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	NSP	19 %	
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration			Item dans le questionnaire général de satisfaction
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	Non	Non	Beaucoup de résidents sont emmenés par leur famille en consultation chez un dentiste. Pour autant, la densité des dentistes et l'accessibilité des cabinets dentaires réduisent les possibilités de soins dentaires.
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	NSP	NSP	
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	4	4	
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)	84	72	nombre de résidents ayant au moins un psychotrope par an
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés	100 %	100 %	
taux d'EIG analysés	100 %	100 %	
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	Oui	Oui	Il existe plusieurs protocoles en lien avec les bonnes pratiques de prescription.
Présence d'un protocole circuit du médicament	Non	Non	Réalisé en 2021
L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	NSP	NSP	
Nombre d'écarts	NSP	NSP	
Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	Oui	Oui	
Protocole de déclaration des EIG	Oui	Oui	
Nombre d'EIG déclarés	22	42	
Nombre de RETEX formalisés	2	1	
Protocole de prévention de chutes	Non	Non	Réalisé en 2021
Nombre de chutes prises en charge	144	202	
Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	0 %	0 %	
Nombre de chuteurs à répétition	NSP	14	4 chutes et +/-an/personne

Protocole de contention	Oui	Oui	
Taux de résidents avec contention prescrite	NSP	NSP	
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique			données non comptabilisées mais des enseignants en activité physique adaptée interviennent au sein des EHPAD



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360004584

EHPAD BEL AIR

Public FPH rattaché à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 5

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

Points Forts

Axes d'Améliorations

	Amélioration de la qualité de vie au travail	Amélioration de la qualité de vie au travail
	Existence d'une Commission d'Amélioration des Conditions de Travail (CACT) / Plateforme de soutien psychologique / Séances de réflexologie et de bien être	Renforcer l'accompagnement psychologique des soignants (temps de parole, supervision)
	Evolution des compétences de professionnels	Evolution des compétences de professionnels
	Engagement de former 1 agent par an sur la formation ASG à compter du plan de formation 2021. Formation en 2021 des ASHQ en soins (module de 70 heures) pour les 2 EHPAD / Plan de formation formalisé et ouvert aux formations spécifiques pour les professionnels des EHPAD	Augmenter l'accès à certaines formations : codage GIR/PATHOS, CODESPA, chutes, prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentée...
	Politique de prévention	Politique de prévention
	Autres	Autres
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental
5.1	Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	
		5.2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

<u>Quelques Points de Vigilance relatifs à l'axe 5</u>	<u>Quelques Points de Vigilance relatifs à l'axe 5</u>
<p>Points de vigilance relatifs à l'amélioration de la qualité de vie au travail : Réaliser régulièrement un questionnaire de satisfaction auprès du personnel ; Faire une étude des risques psycho-sociaux et établir un plan d'actions ; Formaliser et évaluer l'appropriation des RBPP par l'ensemble des professionnels ; Mettre en place un livret d'accueil pour le personnel (et en particulier les nouveaux agents et les stagiaires) et le diffuser. Actualiser régulièrement ce document ; Etablir également un livret d'accueil pour les bénévoles.</p>	

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 5

Personnel	2019	2020	Observations
Taux d'absentéisme	3,81 %	14,56 %	pour les deux EHPAD
Taux d'absentéisme courte durée	6,16 %	6,53 %	pour les deux EHPAD
Taux d'accident du travail	0,99 %	2,20 %	pour les deux EHPAD
Taux d'ETP vacants au 31/12	2,00 %		nombreux postes d'AS occupés/ASH
Taux de rotation des personnels	3,81 %		
Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	1,15 %		
Ratio d'encadrement global	0,77		
Nombre de points GIR par AS	14		
Ratio d'encadrement AS/ASH	0,93		
Ratio d'encadrement IDE	7,38		Les IDE en temps partiel thérapeutique ou en arrêt longue durée, comptabilisés, ne sont pas auprès du résident
Taux de remplacement du personnel	NSP	10,38 %	pour les deux EHPAD
Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	NON	NON	
Plan de formation : O/N	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques	2	6	pour les deux EHPAD
Organisation comprenant un pool de remplacement	non	oui	pool de nuit partiellement
Nombre de formations qualifiantes	1	1	2 départs en formation Aide soignant sur les deux EHPAD. A compter en plus des départs sur financement personnel (2)



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE
CPOM



Finess : 360004584

EHPAD BEL AIR

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 6

Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)

Points Forts

Axes d'Améliorations

Accessibilité et Accompagnement		Accessibilité et Accompagnement	
Bâtiment		Bâtiment	
		Accessibilité (intérieur et extérieur) / Changement des huisseries A moyen terme restructuration de l'hébergement / Améliorer l'ergonomie des chambres (rails de transfert, ...) FA 6.1	
Accompagnement		Accompagnement	
		Anniversaire FA 6.2 / Hôtellerie FA 6.3 / Repas dégustation FA 6.4 / Séance cinéma pour tous FA 6.5 /	
Ouverture sur l'extérieur		Ouverture sur l'extérieur	
		Véhicule	
Autres		Autres	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
		<u>6.1</u>	Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants
Points de vigilance relatifs à l'ARS		Points de vigilance relatifs à l'ARS	
Point de vigilance relatif le patrimoine Immobilier :			
Le projet de restructuration de l'unité Bel Air et tout autre projet immobilier devront obligatoirement faire l'objet, avant le lancement du projet, d'une présentation, d'une validation et d'une autorisation par les autorités de tarification.			

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 6

Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)	2019	2020	Observations



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 360004584

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

Sources de financement	Etat CD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M21	Date d'ouverture	01/01/1983
Option tarifaire	tarif global / GMPs avec PUI	Autorisation spécifique	Aucune
CPOM en cours		Signature CTP	
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2020	Date d'effet de la CTP	08/10/2014
Date d'échéance du CPOM	01/01/2025	Date d'échéance CTP	08/10/2019
Partenaires signataires du CPOM	(Calendrier prévisionnel)	Groupe homogène	EHPAD de 100 à 199 places
Etablissement mono-site	NON	Date de construction	06/01/2014
Etablissement mono-bâtiment		Nature du droit	
Nombre de sites	2	Superficie des locaux	8765 m2
Contraintes architecturales		Superficie des terrains	41290 m2
Nombre de chambres individuelles	70	Places installées / autorisées	90

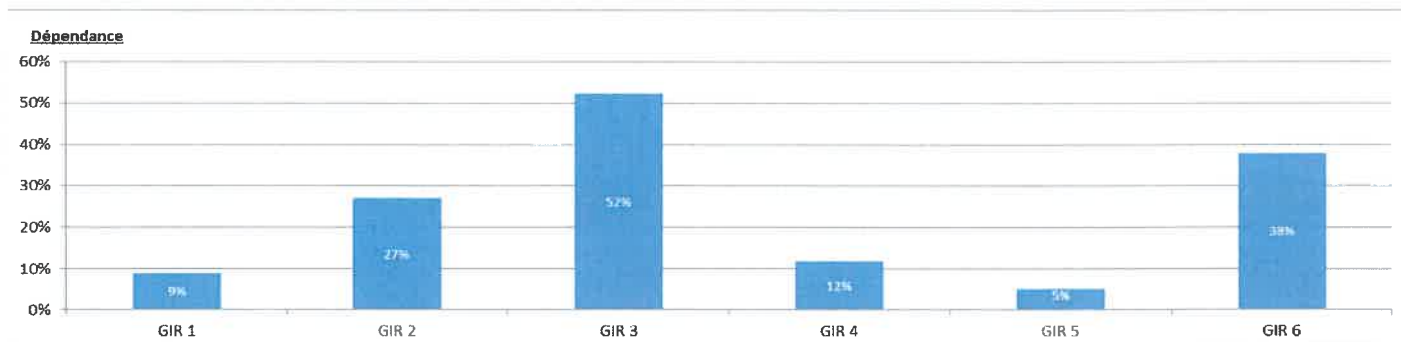
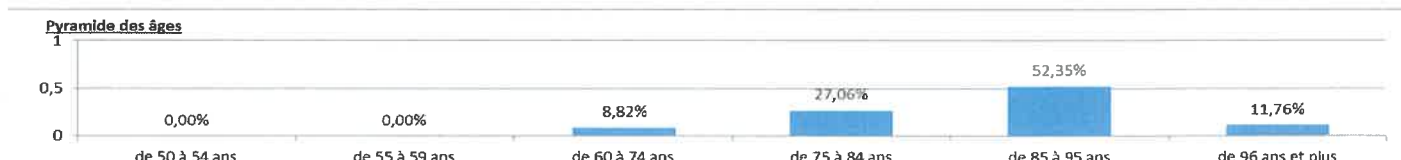
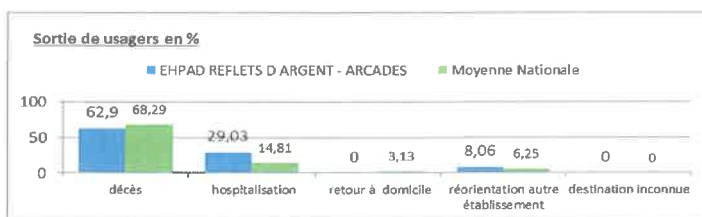
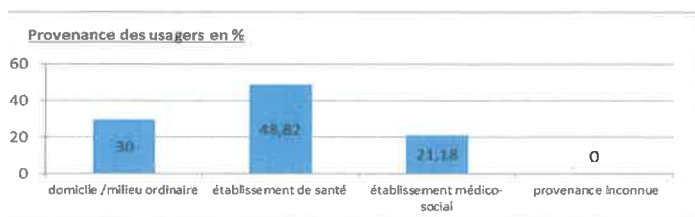
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux occupation	Nombre de CDD de remplacement	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Marge Brute	Fonds de roulement en jours de charges courantes	Projet d'établissement
99 %	98 %	16	3,81 %	11,54 %	3,44 %	24,68 %	103 %	53,23 %	#N/A	478	21/10/2016

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE		CAPACITE INSTALLEE			186
380004584	P	EHPAD	EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES	36105	ISSOUDUN CEDEX	Acc Personnes Âgées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	90
380004584	P	EHPAD	EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES	36105	ISSOUDUN CEDEX	Acc. Personnes Âgées	Accueil de Jour	Alzheimer, mal appair	10
380004584	P	EHPAD	EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES	36105	ISSOUDUN CEDEX	U.H.R.	Héberg. Comp. Inter.	Alzheimer, mal appair	
380003305	S	EHPAD	EHPAD BEL AIR DU CH ISSOUDUN	36100	ISSOUDUN	Acc temporaire PA	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	2
380003305	S	EHPAD	EHPAD BEL AIR DU CH ISSOUDUN	36100	ISSOUDUN	Acc. Personnes Âgées	Héberg. Comp. Inter.	P.A. dépendantes	84

ACTIVITES

Taux d'occupation							Coupes d'évaluation				
Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2017	2018	2019	2020		Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance	
Permanent	365	174	99 %	96 %	97 %	97 %		GMP	682	25/03/2014	↓
Temporaire								PMP	202	18/12/2013	↔
Ac. de jour	210	10	43 %	47 %	50 %	50 %					

	Établissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	36,49	32,25	31,25
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	2,26	2,32	2,31
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		27,65 %	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		16,67 %	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0,00 %	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		1,55 %	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		13	
File active des personnes accompagnées sur la période		232	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	OUI	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération inter-établissements :	GHT	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement	174

RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
112,38	2,00	0,00	0,00	0,00	1,50	61,55	1,03	44,50	1,30	0,00	0,50

Paramédical	Infirmier	Aide médico-psychologique	Aide soignants	Éducateur spécialisé	Psychomotricien	Éducateur spécialisé	Orthophoniste	Autres Paramédical
61,55	11,66	0,00	48,43	1,00	0,00	0,00	0,46	0,00

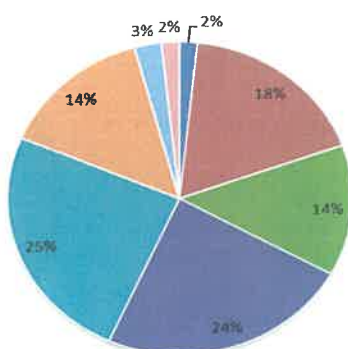
Socio-éducatif	Aide infirmo-psychomotricienne	Assistant	Intervenant éducatif	Éducateur spécialisé	Assistant social	Autres socio-éducatif
1,50	0,80	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00

Médical	Assistant Paramédical	Autres Médical
1,30	1,00	0,30

Minimum réglementaire : 0,60

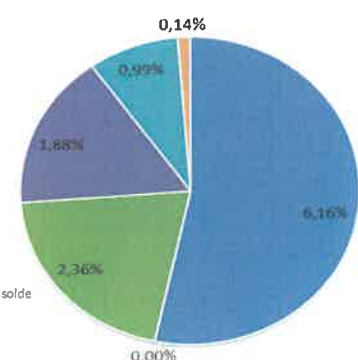
Répartition par âge du personnel

- Moins de 20 ans
- 20 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 54 ans
- 55 - 59 ans
- 60 - 64 ans
- Plus de 65 ans

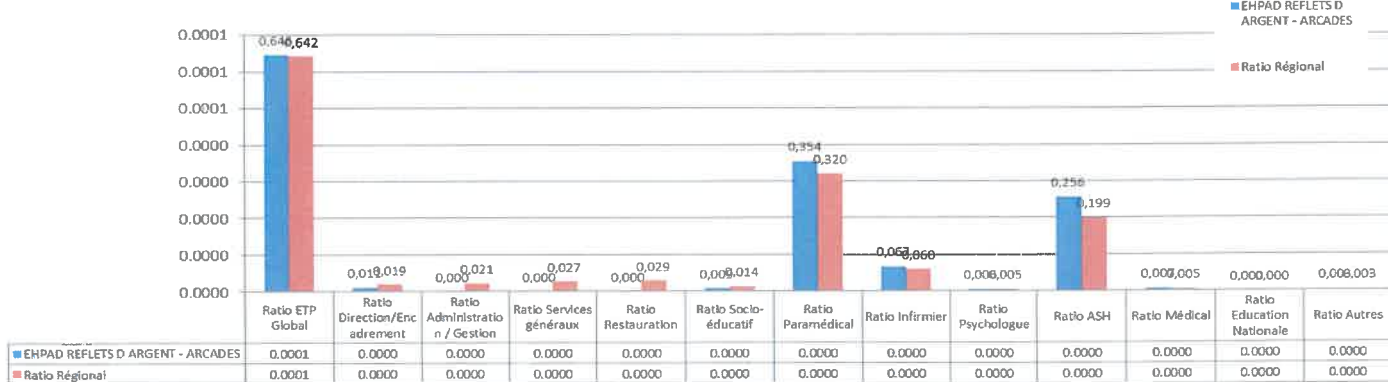


Taux d'absentéisme par motif

- Pour maladie ordinaire / de courte durée
- Pour maladie de moyenne durée
- Pour maladie de longue durée
- Pour maternité/paternité
- Pour accident du travail
- Pour congés spéciaux dont les congés sans solde



Ratios ETP / Places



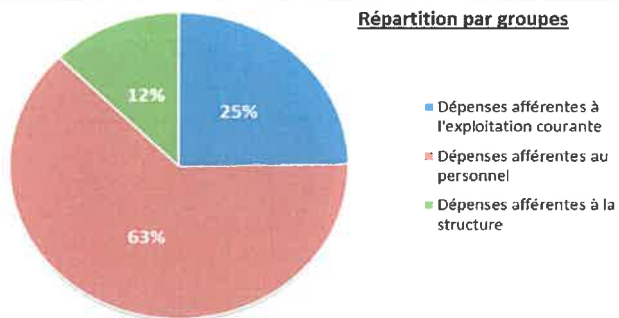
Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	2,00 %	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	11,54% (10,41% National)
Taux de prestations externes en %	0,00 %	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	3,81% (11,7% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	1,78 %	Nombre de CDD de remplacement	16

BUDGET & FINANCES

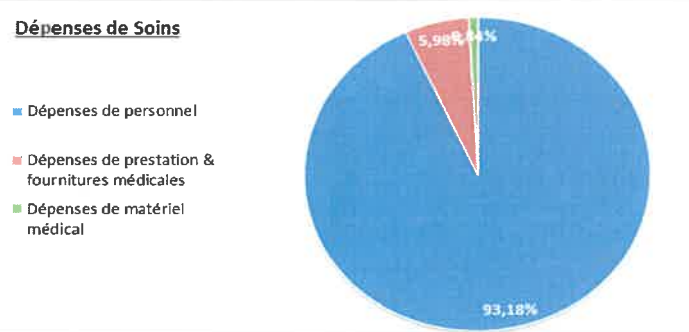
	Charges*		Produits*		
Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	24,84 %	1 797 608	6 773 098	94 %	Groupe I : produits de la tarification
Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	62,80 %	4 545 633	72 703	1 %	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	12,57 %	909 761	389 520	5 %	Groupe III : produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
Déficit	-0,2%	- 17 682	-	0	Excédent
Marge Brute	2,16 %		1,43 %		CAF

* données ERRD 2018

Répartition par groupes



Dépenses de Soins



Ligne de Trésorerie & Evolution n-1.	0	Taux de prestations externes	0,00 %
Base soins actualisée / Plafond	101 %	Montant de Convergence Plafond soins	140 436 €

RATIOS D'ANALYSE FINANCIERE

Thèmes & intitulés	2017*	2018*	Mode de calcul
1. Endettement à moyen et long terme			
1.1. Indépendance financière (<50%)	23 %	22 %	Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) x 100 Financements stables du FRI (hors amortissements cumulés) Immobilisations nettes amortissables Dettes financières à moyen et long terme Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) CAF
1.2. Apurement de la dette (>2)	2,87	2,95	
1.3. Durée apparente de la dette	6,90	14,95	
2. Patrimoine immobilier			
2.1. Vétusté des immobilisations			Solde créditeur des comptes 28 Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants
Construction	60 %	59 %	
Installations techniques, matériel et outillage Autres immobilisations corporelles	77 % 83 %	81 % 86 %	
3. Equilibres du bilan			
3.1.a. Fonds de roulement en jours d'exploitation			FRI ou FRE ou FRNG x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	37	40	
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	61	41	
Fonds de roulement net global (FRNG)	98	81	
	8 650 664	7 502 839	
Besoin en fonds de roulement	190 106	1 109 010	BFR x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.1.b. Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation	2	12	
Montant de Trésorerie	6 402 608	4 135 308	
3.1.c. Trésorerie en jours d'exploitation	72	44	Trésorerie x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
3.2. Réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	9	9	Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j. Total classe 6 (charges décaissables uniquement)
4. Rotation des postes d'exploitation en jours			
4.1. Stocks (10-20 j.)	39	28	[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j. Total des consommations (comptes 601 à 603) (Solde débiteur comptes 41) x 365 j. Total des produits (comptes 70 et 73) (Solde créditeur comptes 401) x 365 j. Total des charges (comptes 60 à 62) (Solde créditeur comptes 43 et 44) x 365 j. Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)
4.2. Créances (< 30 j.)	66	70	
4.3. Dettes fournisseurs (< 45 j.)	119	105	
4.4. Dettes sociales et dettes fiscales	33	30	
5. Capacité d'autofinancement			
Taux de CAF (5 à 10%)	3,42 %	1,43 %	CAF x 100 Total des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)
Réserve de compensation des déficits	861 881	1 013 931	Réserve de compensation des déficits Total classe 6
Réserve de compensation des déficits en %	2,43 %	2,71 %	
Fonds dédiés	0	0	
Produits constatés d'avance	28 327 €	36 914 €	

* données EPRD 2018

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	06/01/2014
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	09/09/2016
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	21/11/2017
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Salle de soins
Organisation des transports	MIXTE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	1		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	1	Accessibilité au transport collectif	OUI

DEMARCHE QUALITE

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Livret d'Accueil</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>04/01/2016</td></tr> </table>	Livret d'Accueil		Oui	04/01/2016	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Règlement de Fonctionnement</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>04/05/2015</td></tr> </table>	Règlement de Fonctionnement		Oui	04/05/2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Contrat de séjour</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>04/05/2015</td></tr> </table>	Contrat de séjour		Oui	04/05/2015	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Conseil de la vie sociale</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>27/09/2018</td></tr> </table>	Conseil de la vie sociale		Oui	27/09/2018		
Livret d'Accueil																					
Oui	04/01/2016																				
Règlement de Fonctionnement																					
Oui	04/05/2015																				
Contrat de séjour																					
Oui	04/05/2015																				
Conseil de la vie sociale																					
Oui	27/09/2018																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Charte des droits & liberté</td></tr> <tr><td colspan="2">OUI</td></tr> </table>	Charte des droits & liberté		OUI		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Personne Qualifiée</td></tr> <tr><td colspan="2">00/01/1900</td></tr> </table>	Personne Qualifiée		00/01/1900		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Projet d'Etablissement ou de Service</td></tr> <tr><td>Oui</td><td>21/10/2016</td></tr> </table>	Projet d'Etablissement ou de Service		Oui	21/10/2016	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="2">Date dernière Evaluation</td></tr> <tr><td>Interne</td><td>Externe</td></tr> <tr><td>1/9/11</td><td>25/7/14</td></tr> </table>	Date dernière Evaluation		Interne	Externe	1/9/11	25/7/14
Charte des droits & liberté																					
OUI																					
Personne Qualifiée																					
00/01/1900																					
Projet d'Etablissement ou de Service																					
Oui	21/10/2016																				
Date dernière Evaluation																					
Interne	Externe																				
1/9/11	25/7/14																				

	INTERNE		EXTERNE	
Prochaine Evaluation	08/2016	ESMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002	07/2021	Prochaine Evaluation

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
	Qualité et gestion des risques	OUI	NON		OUI

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins
Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
FONCTION PUBLIQUE : Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)	Diplôme Niveau 1 - Corps des DH (Directeurs d'hôpital)
Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
	OUI

A remplir par l'établissement

Démarche qualité	N-1	N-2	
Existence d'un comité qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Nombre de réunions par an	10	10	
Existence d'un référent qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	mutualisé avec le CHTB
Formations régulières faites par le référent qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'un manuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	démarche qualité déployée sur tout l'établissement
Existence de procédures documentaires (Oui ou Non)	Oui	Oui	logiciel GED
Existence d'un rapport annuel qualité (Oui ou Non)	Oui	Oui	mutualisé avec le CHTB
Avis favorable du dernier diagnostic légionnelle (Oui ou Non)			Analyse annuelle

Admission	N-1	N-2	
Existence d'une procédure d'admission formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission d'admission (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Mise en place de l'entretien individuel de recherche de consentement (Oui ou Non)	Oui	Oui	application du processus en cours d'amélioration
Information donnée sur la désignation de la personne de confiance (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Démarche sur le recueil des directives anticipées (Oui ou Non)	Oui	Oui	

EXPRESSION DES RESIDENTS	N-1	N-2	
Existence d'un Conseil de la Vie Sociale (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une autre forme de participation (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Si oui, laquelle	Questionnaire de satisfaction		
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'enquêtes de satisfaction régulières auprès des familles (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Projet d'accompagnement personnalisé	N-1	N-2	
Chaque résident dispose d'un Projet de Vie Individualisé (Oui ou Non)	Non	Non	
Le résident est-il associé à son élaboration (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Les PVI sont-ils réévalués au moins une fois par an (Oui ou Non)	Non	Non	

Locaux	N-1	N-2	
Nombre de chambres individuelles	70	70	
Nombre de chambres doubles	10	10	
Superficie minimale et maximale des chambres individuelles	18 et 24	18 et 24	
Superficie minimale et maximale des chambres doubles	30	30	
Nombre de chambres comprenant une salle de bain complète (WC, lavabo, douche)	80	80	
Accès à internet au sein de la structure (Oui ou Non)	En WIFI CH	En WIFI CH	

Prestations d'hôtellerie	N-1	N-2	
Restauration			
Elaboration des repas sur place (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Recours à un prestataire extérieur (Oui ou Non)	Non	Non	
Liaison froide (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Liaison chaude (Oui ou Non)	Non	Non	
Menus élaborés par un diététicien (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Existence d'une commission des menus (Oui ou Non)			commission restauration Il n'y a plus de commission actuellement. De nouvelles organisations sont en réflexion
Régime adapté aux pathologies spécifiques sur prescriptions médicales	Oui	Oui	
Proposition systématique d'un plat de substitution	Oui	Oui	
Le personnel de cuisine et/ou des services de restauration est formé à la norme HACCP (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Avis favorable du dernier contrôle sanitaire (Oui ou Non)	Oui	Oui	

Linge			
Traitement par l'établissement du linge plat (Oui ou Non)	Oui	Oui	Actuellement période transitoire Les locaux de la blanchisserie sont obsolètes. La blanchisserie a été arrêtée au cours de l'année 2020. L'établissement travaille actuellement avec un sous-traitant (Lavox) et le personnel a été redéployé sur d'autres fonctions. Une étude sur la blanchisserie est en cours.
Traitement par l'établissement du linge des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Traitement par l'établissement du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Traitement par l'établissement des tenues du personnel (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Sous-traitance du linge plat (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance du linge des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance du linge de toilette des résidents (Oui ou Non)	Non	Non	
Sous-traitance des tenues du personnel (Oui ou Non)	Non	Non	
Procédure de traitement du linge formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Entretien des locaux			
Externalisation de la prestation d'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Non	Non	
Externalisation de la prestation d'entretien des chambres (Oui ou Non)	Non	Non	
Périodicité du ménage dans les chambres	Oui	Oui	
Périodicité du ménage dans les locaux communs	Oui	Oui	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des chambres (Oui ou Non)	Oui	Oui	
Suivi de la traçabilité de l'entretien des locaux communs (Oui ou Non)	Oui	Oui	



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE
CPOM



Finess : **360004584**

EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

Points Forts

Axes d'Amélioration

<i>Antenne de l'ARS Centre-Val de Loire</i>		<i>Antenne de l'ARS Centre-Val de Loire</i>	
Outils de la loi 2002-2		Outils de la loi 2002-2	
Existence de ces outils		Ces outils nécessitent d'être mises à jour et complétés	
Projet de soins		Projet de soins	
Le projet de soins est défini dans le projet de service en cours de finalisation / Existence d'une commission de coordination gériatrique / Existence d'un dispositif de repérage précoce des fragilités de la personne âgée		Améliorer les compétences en accompagnement des personnes souffrant d'altérations cognitives / Besoin de renforcement du partenariat avec le secteur psychiatrique / Ratios personnels permettant une prise en soin respectant le rythme de la personne vieillissante et son besoin de disponibilité relationnelle / adaptation des locaux aux personnes atteintes de troubles cognitifs	
Projet personnalisé		Projet personnalisé	
Conscience de l'importance du PAP et inscription d'un projet de déploiement de ceux-ci dans le projet de service (élaboration d'une procédure, d'un processus et des outils de participation du résident et/ou de ses proches) voir FA / Souhait d'associer les familles avec l'accord du résident dans le processus de rédaction voir FA		disposer des moyens humains et matériels nécessaires pour réaliser la synthèse des réponses aux besoins identifiés en amont (déjà réalisés dans les plans de soins, projet d'animation, fiches de goût...), constituant le support annexe au contrat de séjour et permettant d'améliorer le taux de complétude et de signature	
Projet d'animation		Projet d'animation	
Présence d'une animatrice 3 jours/semaine et existence d'un projet d'animation (participations individuelle ou collective) / Existence de projets hors les murs et intergénérationnels		Augmenter le temps de présence des animatrices dans chaque EHPAD afin d'améliorer et de renforcer le projet animation et de pouvoir proposer des animations quotidiennes / Favoriser le déploiement d'activités hors les murs pour redonner une dimension citoyenne aux résidents / Faciliter l'expression du choix des animations / Faciliter le transport des résidents en ville avec un véhicule dédié à la structure	
Directives anticipées et personne de confiance		Directives anticipées et personne de confiance	
Le recueil de la personne de confiance est systématiquement réalisé à l'arrivée d'un nouveau résident / une relation de confiance avec les familles est mise en place / information systématique sur les directives anticipées / utilisation ponctuelle du pictogramme de choix d'intensité thérapeutique et de la grille Pallia10 (géranto)		Utilisation systématique à chaque modification de l'état de santé du pictogramme de choix d'intensité thérapeutique et de la grille Pallia10 (géranto)	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	N° d'objectif	Objectifs généraux du Conseil Départemental
<u>1.1</u>	Généraliser le projet d'accompagnement personnalisé	<u>1.2</u>	Formuler les directives anticipées et désigner une personne de confiance
<i>Cadre réservé aux communes de l'ARS</i>		<i>Cadre réservé aux communes de l'ARS</i>	

Point de vigilance relatif au projet d'établissement :

Le projet d'établissement est à réactualiser. Ce document est en cours de finalisation prévue pour la fin de l'année 2021.

Veiller à associer les usagers, les familles, à son élaboration.

Formaliser des projets spécifiques pour l'accueil de jour et pour les personnes désorientées ou atteintes de maladie Alzheimer. Mettre en adéquation le projet d'établissement avec les fiches actions du CPOM.

Mettre régulièrement l'ensemble des documents en conformité avec la réglementation et le fonctionnement de l'établissement.

Point de vigilance relatif aux documents de la loi 2002-2 :

L'étude du diagnostic partagé laisse apparaître l'obsolescence des documents de la loi 2002-2 au regard de la réglementation (loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation...) et du fonctionnement de l'établissement, à savoir :

- Contrat de séjour ;
- Livret d'accueil ;
- Règlement de fonctionnement.

Les documents sont en cours de finalisation et devraient être terminés à la fin du 1er semestre 2021. Ces documents sont à soumettre au Conseil de la Vie Sociale et à transmettre aux autorités.

Point de vigilance relatif à l'accueil de jour :

Les documents relatifs à l'accueil de jour (livret d'accueil, contrat, règlement de fonctionnement...) sont à transmettre aux autorités.

Ils seront à actualiser régulièrement et indiquer sur ces documents la dernière date de mise à jour.

Points de vigilance relatifs au projet d'accompagnement personnalisé (PAP) :

Le PAP est un outil pour la personnalisation de la prise en charge et un document prioritaire à mettre en place. L'actualisation des PAP serait réalisée mais non formalisée.

Formaliser le suivi des objectifs du projet personnalisé pour chaque résident.

Favoriser les échanges vers les familles et expliquer l'objectif du PAP.

Formaliser un projet de soins et de vie spécifique pour chaque personne, notamment pour les personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Actualiser le PAP aussi souvent que nécessaire et à minima 1 fois par an.

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 1

Projet d'accompagnement personnalisé	2020	2021	Observations
Taux de signature	11 %	0 %	La situation sanitaire n'a pas été propice à la poursuite de la démarche
Nombre de PAP signés par le résident	10	0	0
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	0 %	0 %	0
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement	non	réalisation fiche action	0
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	NSP	25 %	0



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360004584

EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES

Public FPH rattaché à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 2 :

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

A améliorer		A formaliser par l'établissement	
Réponses aux besoins du territoire		Réponses aux besoins du territoire	
Existence de projets intrgénérationnels / Le nombre de places d'hébergement "ordinaire" répondant aux besoins		Disposer d'une structure équipée et dotée de moyens permettant de prendre en charge des personnes souffrant de troubles cognitifs / Adapter une partie du bâtiment en locaux et en matériel pour l'accueil des personnes obèses ou de grande taille	
Gouvernance		Gouvernance	
Organigramme complet et clair / Intégration du médecin coordonnateur au sein du Directoire du CHTB		Mise en place de réunions thématiques spécifiques EHPAD (direction des soins/ encadrement intermédiaire/médecin coordonnateur/ services supports)	
Gestion de l'immobilier / locaux		Gestion de l'immobilier / locaux	
La restructuration des Reflets d'Argent a permis de répondre aux exigences ESMS (chambre individuelle avec WC et salle de bain) /		Le bâtiment des Arcades nécessite une restructuration complète / Nécessité d'améliorer et de faciliter l'ensemble des opérations de suivi et de maintenance des bâtiments / Locaux des Reflets d'Argent parfois trop vastes / Labellisation d'un secteur spécifique Alzheimer / Reconnaissance de l'activité de PASA.	
Efficacité de gestion / politique achats		Efficacité de gestion / politique achats	
Collaboration de l'ensemble des services dans l'objectif d'optimiser la politique de gestion du budget EHPAD		Amélioration du circuit achats : expression du besoin, priorisation des investissements, optimisation des achats - Mise en place d'une procédure adaptée / Travail d'amélioration de l'identification des coûts induits par le budget EHPAD (personnels, gestion des stocks, ...)	
Autres		Autres	
Le CHTB est un établissement partie du GHT de l'Indre et à cet effet met en place des coopérations en son sein			
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
2.1	Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	2.3	Formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services
2.2	Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports		

Points Forts

Axes d'Amélioration

Unité de soins (EHPAD, HAD)	Date de mise à jour (DD/MM/AAAA)
Compléter avec exactitude les données à faire remonter (via SI, ANAP,...)	
Point de vigilance relatif aux partenariats : L'établissement doit transmettre la liste des partenaires aux autorités.	
Continuer les partenariats mis en place lors de la crise sanitaire.	
Décloisonner l'EHPAD en développant les partenariats externes (services sanitaires mais également avec des structures sociales, médico-sociales, culturelles, sportives...)	

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 2

Projet d'accompagnement personnalisé	2020	2021	Observations
Données tableau de bord ANAP complétées à 100%		99 %	



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360004584

EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES

Public FPH rattaché à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 3

Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

Atteint par l'établissement

Atteint par le département

Atteint par l'établissement	Atteint par le département
Ouverture sur l'environnement	Ouverture sur l'environnement
Travail sur le déploiement d'outils de communication adaptés pour présenter les activités de l'EHPAD / Existence de projets hors les murs, notamment intergénérationnels	Développer les projets de vie dans la cité / Besoin de déployer de nouvelles places d'hébergement temporaire médicalées
Contribution aux parcours	Contribution aux parcours
Relations contractuelles avec l'HAD du secteur pour faciliter le maintien des résidents en EHPAD / Procédure d'admission directe en médecine pour éviter les passages aux urgences /	Améliorer les partenariats avec les partenaires gériatriques (équipe mobile gériatrique, ...) / Labellisation d'un secteur spécifique Alzheimer / Reconnaissance de l'activité de PASA.
Développement des Systèmes d'Information	Développement des Systèmes d'Information
Existence d'un DPI sur les EHPAD compatible DMP / Messagerie sécurisée pour l'ensemble des praticiens / Accès au dispositif MIRC / Accès au plateau technique de télémédecine du CHTB	Augmenter le recours aux prestations de télémédecine en améliorant les contacts avec les spécialistes
Autres	Autres

Points Forts

Axes d'Améliorations

N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental
3.1	Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	3.4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS
3.2	Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	3.5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile
3.3	Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	3.6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire
		3.7 Consolider la couverture départementale en accueil de jour

Finess : 360004584

EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 4

développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

A remplir par l'établissement

A remplir par le département

A remplir par l'établissement		A remplir par le département	
Maîtrise des risques		Maîtrise des risques	
La démarche qualité s'appuie sur l'équipe qualité du CHTB / Existence d'une cellule qualité et gestion des risques au CHTB / Existence de référents qualités sur chaque secteur / participation aux différents comités (CLIN, CLAN, CLUD...)		Nécessité de réaliser prochainement les évaluations internes et externes	
Soins palliatifs et fin de vie		Soins palliatifs et fin de vie	
Présence d'un médecin référent en soins palliatifs qui peut intervenir en EHPAD / Professionnels formés à la douleur / Convention avec l'EADSP et habitudes d'intervention / Convention avec l'HAD / Appui sur les directives anticipées quand elles existent		Augmentation du nombre de formations à l'accompagnement de fin de vie / inscription d'un projet spécifique au sein du projet d'établissement / compléter la formation des personnels à la gestion de la douleur / inscription d'un projet spécifique au sein du projet d'établissement.	
Sécurisation du circuit du médicament		Sécurisation du circuit du médicament	
Existence d'une procédure dédiée / Appui de la PUI du CHTB / Existence d'une démarche de pharmacie clinique sur le CHTB		Améliorer la coordination et la vérification nécessaire tout au long du processus (protocoles, prévention de la iatrogénie, chariots d'urgence, administration, formation des soignants, ...)	
Bientraitance		Bientraitance	
Personnel formé à la bientraitance / charte de non punition dans le cadre de la complétude de fiches d'évènements indésirables / thématique du projet de service / projet de déploiement de la démarche Mobiquat		Renforcer la réflexion sur les pratiques soignantes / Organiser des temps de paroles / Proposer une dynamique de promotion des actes de bientraitance	
Politique de prévention		Politique de prévention	
Un volet prévention est présent dans le projet de service des EHPAD		Déployer la mise en place d'une démarche globale de repérage précoce des fragilités des personnes âgées / Mise en place d'une politique de prévention	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
4.1	Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	4.7	Veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD
4.2	Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins buccodentaires	4.8	Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS
4.3	Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes		
4.4	Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament		
4.5	Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe		
4.6	Déclarer et analyser les événements indésirables		

Points Forts

Axes d'Améliorations

<p>Point de vigilance relatif aux évaluations : Respecter la réglementation et le calendrier des évaluations internes et externes.</p>	
<p>Points de vigilance relatif à la politique de prévention : Veiller à la formalisation et à la mise à jour régulière dans le projet d'établissement de la politique de prise en charge des troubles du comportement. Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes S'assurer de la mise à jour régulière du protocole de prévention et de traitement des escarres pour mettre en place un fonctionnement avec une échelle d'évaluation. Assurer l'enregistrement des EIG sécurités médicamenteuses. Identifier un référent bientraitance</p>	
<p>Points de vigilance relatifs au circuit du médicament : S'assurer du suivi des médicaments à utiliser préférentiellement par les médecins traitants (via liste dans livret thérapeutique) Continuer à assurer la mise en place des actions correctives nécessaires suite à l'auto-diagnostic du circuit du médicament. Veiller à la vérification des piluliers selon la règle des 5B (bon médicament, au bon dosage, par la bonne voie, au bon moment, au bon résident).</p>	
<p>Points de vigilance relatifs à la continuité de l'accompagnement : Veiller à l'information des salariés de l'obligation de proposer une collation de nuit à l'ensemble des résidents. Systématiser pour tous les résidents cette proposition de collation, le soir au moment du coucher et la nuit pour les personnes réveillées.</p>	

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 4

Rapport Médical	2020	2021	Observations
Taux d'occupation du PASA			Depuis 2017, suite à une demande de l'ARS,
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	NSP	23	302 ateliers réalisés
Nombre d'ASG en ETP	2,55	1,75	
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	7		1 agent des ephad est formé avec un D.U
Taux de résidents vaccinés contre la grippe	NSP	92 %	
Taux de personnel vaccinés contre la grippe		12 %	
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	Oui	Oui	
Surveillance de la courbe de poids	Oui	Oui	
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	NSP	46 %	
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration			Item dans le questionnaire général de satisfaction
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	Non	Non	Beaucoup de résidents sont emmenés par leur famille en consultation chez un dentiste. Pour autant, la densité des dentistes et l'accessibilité des cabinets dentaires réduisent les possibilités de soins dentaires.
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	NSP	NSP	
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	6	6	
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)	134	94	nombre de résidents ayant au moins un psychotrope par an
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés	100 %	100 %	
taux d'EIG analysés	100 %	100 %	
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	Oui	Oui	Il existe plusieurs protocoles en lien avec les bonnes pratiques de prescription.
Présence d'un protocole circuit du médicament	Non	Non	Réalisé en 2021
L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	NSP	NSP	
Nombre d'écarts	NSP	NSP	
Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	Oui	Oui	ce document se nomme Charte de confiance

Protocole de déclaration des EIG	Oui	Oui	version 3 du document en 2019
Nombre d'EIG déclarés	22	42	
Nombre de RETEX formalisés	2	1	
Protocole de prévention de chutes	Non	Non	Réalisé en 2021
Nombre de chutes prises en charge	81	237	
Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	1 %	0 %	
Nombre de chuteurs à répétition	NSP	15	chutes > ou = à 4/an
Protocole de contention	Oui	Oui	
Taux de résidents avec contention prescrite	NSP	NSP	
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique			données non comptabilisées mais des enseignants en activité physique adaptée interviennent au sein des EHPAD



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM



Finess : 360004584

EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

Points Forts

Axes d'Améliorations

POINTS FORTS		AXES D'AMÉLIORATIONS	
Amélioration de la qualité de vie au travail		Amélioration de la qualité de vie au travail	
Existence d'une Commission d'Amélioration des Conditions de Travail (CACT) / Plateforme de soutien psychologique / Séances de réflexologie et de bien être		Renforcer l'accompagnement psychologique des soignants (temps de parole, supervision)	
Evolution des compétences de professionnels		Evolution des compétences de professionnels	
Engagement de former 1 agent par an sur la formation ASG à compter du plan de formation 2021. Formation en 2021 des ASHQ en soins (module de 70 heures) pour les 2 EHPAD / Plan de formation formalisé et ouvert aux formations spécifiques pour les professionnels des EHPAD		Augmenter l'accès à certaines formations : codage GIR/PATHOS, CODESPA, chutes, prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentée...	
Politique de prévention		Politique de prévention	
Autres		Autres	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
5.1	Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines : - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences		
		5.2	Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

<p>Points de vigilance relatifs à l'amélioration de la qualité de vie au travail : Réaliser régulièrement un questionnaire de satisfaction auprès du personnel ; Faire une étude des risques psycho-sociaux et établir un plan d'actions ; Formaliser et évaluer l'appropriation des RBPP par l'ensemble des professionnels ; Mettre en place un livret d'accueil pour le personnel (et en particulier les nouveaux agents et les stagiaires) et le diffuser. Actualiser régulièrement ce document ; Etablir également un livret d'accueil pour les bénévoles.</p>	

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 5

Personnel	2020	2021	Observations
Taux d'absentéisme	3,81 %	14,56 %	pour les deux EHPAD
Taux d'absentéisme courte durée	6,16 %	6,53 %	pour les deux EHPAD
Taux d'accident du travail	0,99 %	2,20 %	pour les deux EHPAD
Taux d'ETP vacants au 31/12	2,00 %		nombreux postes d'AS occupés/ASH
Taux de rotation des personnels	3,81 %		
Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de	1,15 %		
Ratio d'encadrement global	0,80		
Nombre de points GIR par AS	14		
Ratio d'encadrement AS/ASH	0,97		
Ratio d'encadrement IDE	7,72		Les IDE en temps partiel thérapeutique ou en arrêt longue durée, comptabilisés, ne sont pas auprès du résident
Taux de remplacement du personnel		10,38 %	pour les deux EHPAD
Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers	Non	Non	
Plan de formation : O/N	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques	2	6	pour les deux EHPAD
Organisation comprenant un pool de remplacement	Non	Oui	pool de nuit partiellement
Nombre de formations qualifiantes	1	1	2 départs en formation Aide soignant sur les deux EHPAD. A compter en plus des départs sur financement personnel (2)



FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE
CPOM



Finess : 360004584

EHPAD REFLETS D ARGENT ARCADES

Public FPH rattache à un Etablissement de Santé

CH LA TOUR BLANCHE ISSOUDUN (360000046)

Etb.Pub.Commun.Hosp.

AV JEAN BONNEFONT CS 70190 36105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

DIAGNOSTIC PARTAGE

Axe 6

Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)

Points Forts

Axes d'Améliorations

Bâtiment		Bâtiment	
Reconstruction du bâtiment Reflets d'Argent		Nécessité d'envisager la restructuration du bâtiment "Les Arcades" / Pièces à restructurer pour finaliser l'installation du PASA	
Accompagnement		Accompagnement	
Ouverture sur l'extérieur		Ouverture sur l'extérieur	
Autres		Autres	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
		6.1	Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants
<p>Point de vigilance relatif le patrimoine immobilier et aux activités : Le projet de restructuration des Arcades (section EHPAD) et tout autre projet immobilier devront obligatoirement faire l'objet, avant le lancement du projet, d'une présentation, d'une validation et d'une autorisation par les autorités de tarification.</p> <p>L'ouverture du PASA est soumis à l'autorisation des autorités.</p>			

Liste des indicateurs en relation avec l'Axe 6			
Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)	2020	2021	Observations



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

Annexe 2

Réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Le centre hospitalier de la Tour Blanche, dans le cadre des objectifs qu'il souhaite fixer au sein de son CPOM, ambitionne d'améliorer sa réponse aux besoins identifiés dans les schémas locaux et le Projet Régional de Santé et ainsi de participer au déploiement des logiques de parcours.

Parmi les axes de travail portés par le CHTB, il faut souligner d'une part, ceux qui auront pour effet d'entraîner une modification des arrêtés d'autorisation d'activité :

- *La reconnaissance et de labellisation du PASA au sein de l'EHPAD Les Reflets d'Argent.*

En matière d'infrastructure, les locaux du bâtiment sont adaptés à cette activité puisqu'ils ont été prévus dans le cadre de la restructuration qui vient de s'achever. Seuls quelques ajustements seront ainsi nécessaires sur le plan architectural.

Cela nécessite cependant le recrutement de personnels supplémentaires, tout en précisant que plusieurs personnels sont déjà formés en qualité d'assistants de soins en gérontologie. A noter également, la dimension du transport puisque le PASA pourra concerner également les résidents de l'EHPAD de *Bel Air*.

Cet objectif s'inscrit dans le cadre du schéma gérontologique de l'Indre (axe 2.2.5 p122) qui prévoit la poursuite du besoin de prise en charge « à médicalisation renforcée » en établissement au travers notamment du développement des PASA.

- *La création de deux secteurs labellisés Alzheimer, sur chacun des EHPAD du CHTB.*

Les EHPAD du CHTB accueillent aujourd'hui de nombreuses personnes âgées désorientées ou souffrant de troubles cognitifs et la liste d'attente comporte de nombreux usagers ayant ce profil. Cela consisterait en la sécurisation des locaux dédiés sur chacun des deux EHPAD (géographiquement délimités mais nécessitant des dispositifs de sécurisation). Ces labellisations devront s'accompagner de moyens humains complémentaires pour répondre aux besoins des résidents hébergés dans ces secteurs.

De fait, cela répond à la logique de parcours déclinée dans le schéma régional de santé et le schéma gérontologique de l'Indre, notamment la fiche action n°29 portant sur la modernisation des établissements existants, en particulier pour répondre aux personnes âgées dépendantes psychiques.

- *Le déploiement d'une offre d'hébergement temporaire médicalisé.*

Cet objectif qui répond à la fiche action n°22 du schéma gérontologique de l'Indre vise à déployer de nouvelles places (dans le cadre d'une transformation de lits d'USLD) d'hébergement temporaire médicalisé, répondant ainsi aux besoins de la population du bassin de vie.

D'autres part, plusieurs grands axes de travail sont également envisagés parmi lesquels :

- *La nécessaire restructuration du bâtiment Les Arcades dont les locaux deviennent particulièrement vieillissants et non conformes. Il s'agira également d'améliorer le bâti de*



Délégation départementale de l'Indre

Direction de la Prévention et
du Développement Social

l'EHPAD *Bel Air*. Ces modifications de structures répondent à l'axe 2.2.4 du schéma gérontologique de l'Indre.

- La mise à jour des outils de la loi de 2002 est en cours, elle permettra notamment de mettre en conformité les EHPAD aux cahiers des charges de la loi du 28 décembre 2015 (axe 2.2.1 du schéma gérontologique).
- Le déploiement des partenariats est également un axe fort du CPOM pour le CHTB, en particulier en vue d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques des usagers (fiche n°13 du schéma gérontologique) et de favoriser les coopérations avec des équipes spécialisées y compris au sein du GHT, en particulier l'EMG et l'HAD (fiche n°31 du schéma gérontologique).
- Pour les coopérations, le CHTB souhaite renforcer la coopération entre ses EHPAD et ses services MCO (programmation des entrées, hospitalisations directes, ...) conformément aux objectifs du schéma régional de santé (parcours personnes âgées).
- La relation avec les familles est également un objectif dont l'enjeu résidera notamment dans l'organisation de réunions d'information rejoignant ainsi – en complément de la dynamique du CVS – la fiche n°15 du schéma gérontologique.
- Il s'agira également de poursuivre le travail engagé à propos de la culture des soins palliatifs (schéma régional de santé – parcours spécifiques personnes âgées) et de renforcer l'information relative à la personne de confiance et aux directives anticipées (fiche n°19 du schéma gérontologique).
- Un travail de fond doit être engagé également sur l'amélioration de la politique de gestion des ressources humaines (fiche n°27 du schéma gérontologique). Celui-ci passe nécessairement au préalable par une mise en adéquation des effectifs aux besoins identifiés et par une amélioration du ratio personnels/résidents dans le cadre de la négociation de ce CPOM. Celui-ci doit également prévoir l'accentuation de l'offre de formations disponibles pour les professionnels (axe 2.2.3 du schéma gérontologique) et notamment pour poursuivre la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance portée par le CHTB (fiche n°28 du schéma gérontologique). Comme évoqué dans les courriels des 18 novembre 2020 et 8 janvier 2021, le fait que des équipes proposent des schémas d'organisations dérogatoires au droit commun en terme de temps de travail, indique que manifestement il existe une inadéquation entre les réels besoins des résidents et les ressources humaines requises.

Au demeurant, d'autres axes seront travaillés et présentés, notamment, relatifs à l'intégration des EHPAD dans la cité, au renforcement de la relation avec les familles et proches des usagers, ou encore l'amélioration des soins, des prestations et des animations au sein des établissements.

A Issoudun, le 12 mars 2021,

Le Directeur

Marc KUGELSTADT



Direction de la Prévention et du Développement Social

Délegation départementale de l'Indre

ANNEXE 3 - Fiche de suivi des objectifs du CPOM de l'EHPAD du Centre Hospitalier d'Issoudun

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
<i>Expression et participation individuelle et collective des résidents</i>						
1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	1/ Préparation de la réunion PAP : la synthèse est présentée en équipe pluridisciplinaire en vue d'élaborer les bases du projet personnalisé. 2/ Réunion PAP : une fois le projet finalisé par le référent, il est présenté au résident ou à son représentant légal et l'avis du résident est pris pour rédiger le PAP « définitif » 3/ Contractualisation du PAP référent-résident : une fois les ajustements faits, le PAP est soumis au résident pour approbation par signature. Cette étape doit être réalisée dans les 2 mois qui suivent l'admission. 4/ Intégration des proches : si le résident le souhaite, cette étape peut être suivie d'une présentation aux proches en présence de l'intéressé pour l'information. 5/ Mise en œuvre du PAP : les objectifs fixés dans le PAP sont déclinés en actions concrètes qui sont connues et suivies de tous les acteurs qui transitent autour du résident « les actions sont planifiées et réalisées » 6/ Suivi du PAP : le référent s'assure que les objectifs et actions fixés dans le PAP sont respectés, il vérifie le niveau de satisfaction du résident et interpelle l'équipe pluridisciplinaire en cas de difficulté 7/ Evaluation et réévaluation du PAP : au moins une fois par an ou en cas de changement important, le PAP est revu et réajusté le cas échéant	- Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident - Taux de révision ou d'actualisation des PAP - Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure) - Taux d'agents soignants formés au PAP	2022-2026			
1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance	1/ Lorsque la personne est admise, dès la constitution du dossier d'entrée, il doit lui être remis le formulaire de désignation de la personne de confiance et le support prévu pour exprimer ses directives anticipées. Ces aspects sont d'ailleurs abordés dans le règlement de fonctionnement. Dès l'entrée en structure, ces documents seront demandés, voire expliqués et accompagnés si besoin. Le remplissage ou non de ces documents non obligatoires seront tracés dans le dossier du résident.	- Nombre de résidents ayant formulé des directives anticipées - Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance	2022-2026			
1-3 Amélioration du fonctionnement des animations	1/ Rédaction d'un projet d'animation 2/ Renouvellement et acquisition de nouveaux métiers 3/ Poursuite et intensification des relations avec des partenaires "hors les murs" 4/ Déploiement et multiplication des temps d'animation	- Nombre d'activités individuelles/collectives par an - Nombre de nouvelles activités - Formalisation des partenariats (conventions) - Nombre de personnels formés / détachés pour l'organisation des activités - Effectivité des projets mis en place - Questionnaire de satisfaction avec question sur les activités (personnels et usagers)	2022-2026			
<i>Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures du CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficience de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions ; démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.</i>						
2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	1/ Réduire le compte des remboursements de charges indirectes en favorisant l'imputation directe 2/ Fiabiliser les clés de répartitions à mettre en place	- données tableau de bord ANAP complétées à 100%	2022-2026			
2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	1/ Poursuivre la dynamique de coopération déjà en place entre établissements de Santé GHT, GCS (segments achats, informatiques...) sur les fonctions supports (services techniques, formations...) 2/ Instaurer une réflexion commune et élargie aux ESMS (exemple CSCP) afin d'identifier les pistes d'améliorations techniques et économiques	- Nombre de protocoles / conventions de coopération inter établissements - Nombre de nouvelles conventions - Nombre d'établissements partenaires	2022-2026			
2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services	1/ Faire une analyse des dépenses au cours des dernières années et identifier les pistes d'économies possibles en lien avec le GHT. 2/ Réaliser un schéma directeur immobilier du Centre Hospitalier (optimiser l'occupation des bâtiments et planifier les futurs travaux). 3/ Actualiser ou de formaliser de nombreuses conventions de coopérations avec les partenaires actuels.	- Nombre de conventions révisées - Nombre de nouvelles conventions/nouveaux partenariats - Nombre de partenariats instaurés - Nombre annuel de nouveaux partenariats	2022-2026			
<i>Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé ; comptes aux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social</i>						
3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs	1/ Signature d'une convention entre Les EHPAD et l'HAD KORIAN des trois provinces en 2020 → convention existante avec l'EADSP 36 + EHPAD rattachés au CH d'ISSOUDUN 2/ Maintien du résident en fin de vie et/ou en soins palliatifs et/ou avec des soins complexes dans son lieu de vie avec intervention des acteurs cités précédemment 3/ Possibilité d'une admission directe en Médecine sans passage par les urgences. Faire connaître les conditions d'intervention de l'HAD 4/ Faire connaître les conditions d'intervention de l'HAD 5/ Former l'ensemble des personnels à l'évaluation de la douleur, aux grilles Palla10 et Palla10 géronto. Sensibilisation aux soins palliatifs	- Existence de protocole/convention de coopération inter établissements - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD/an - Nombre d'interventions de l'HAD / an - Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur - Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée et réévaluation - Convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles) - Nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP - Nombre d'intervention de l'EADSP - Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs	2022-2026			
3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	1/ Utilisation de COVOTEM pour des demandes de téléconsultations. 2/ Mise en place d'une messagerie sécurisée.	- Compatibilité du logiciel soin avec le DMP - Taux de résidents avec un DMP - SI télémédecine : nombre télé-expertise et/ou téléconsultations réalisées / an - Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an - % de résidents admis par via trajectoire - Taux de professionnels disposant d'une MSS - Existence d'une messagerie sécurisée	2022-2026			
	1/ Maintien du partenariat avec le service de médecine gériatrique du CHTB	- Coopération inter établissement - Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou				

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	2/ Réactualisation de la convention avec la psychiatrie	autre service sans passage aux urgences - Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE sans déplacement - Nombre d'interventions de l'IDE (avec déplacement) - Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit - Convention avec un service de gérontopsy - Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	2022-2026			
3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS	1 / Perenniser les moyens de communication actuels : site de l'hôpital, Facebook, Bip TV, livret d'accueil, presse locale	- Existence d'un site Internet. Si oui, nombre de connexions annuelles - Nombre de livrets d'accueil transmis - Nombre de communications presse par an	2022-2026			
3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile	1 / Voir les deux fiches actions "animation" travaillées en groupe 2/ Achat de tablettes et de clés 4G pour le maintien des relations familles-résidents 3/ Pérenniser et développer les journaux internes permettant l'expression des usagers 4/ Pérenniser le fonctionnement du CVS et mettre à jour son règlement intérieur 5/ Pérenniser l'action des bénévoles 6/ Reprendre les réunions d'information pour les familles, qui étaient planifiées pour 2020 (arrêt cause COVID) 7/ Associer les usagers dans les différents groupes de travail et instances afin de relayer les besoins et les attentes de la population, des résidents 8/ Ouvrir l'établissement sur l'extérieur par des animations, des événements...	- Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents - Nombre de réunions réalisées avec les familles - Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PVI) - Nombre d'événements hors les murs/avec les acteurs de la cité	2022-2026			
3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire	1/ Communication sur le fonctionnement de l'hébergement temporaire non médicalisé existant à Bel Air auprès des services du CHTB et des médecins libéraux d'Issoudun	- Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire - Durée moyenne de séjour en hébergement temporaire - Liste des motifs d'admission en hébergement temporaire	2022-2026			
3-7 Consolider la couverture départementale en accueil de jour	1/ Renforcer l'attractivité de l'Accueil de Jour au moyen des outils de communication du CHTB. 2/ Travailler à l'identification et au financement d'un mode de transport adapté pour faciliter l'accès des usagers au dispositif.	Nombre de personnes suivies en accueil de jour au cours de l'année - Nombre de journées « portes ouvertes » réalisées - Nombre de réunions d'information réalisées sur le territoire - Nombre de contacts avec les collectivités locales, les professionnels de santé... - Nombre de partenariats et de conventions avec les SAAD	2022-2026			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes						
4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	1/ MMS, test de l'horloge, à l'entrée avec réévaluation annuelle, NPVES selon les cas. 2/ Convention avec équipe mobile de gériatrie en cours 3/ Formations en interne prévues avec outil Mobjiquel Alzheimer et théorie de la Validation de Naomi FEIL 4/ Proposer une formation diplômante aux soignants 5/ Ateliers mémoires	- Nombre de résidents en atelier mémoire par an - Nombre d'ASG en ETP - Nombre d'agents formés aux troubles du comportement - Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses	2022-2026			
4-1 Bis Reconnaissance et labellisation du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés	1 / Labellisation du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés	- Nombre de journées réalisées par an - Nombre de résidents admis par an - Nombre de professionnels qui interviennent - Effectivité de la labellisation - Questionnaire de satisfaction spécifique à l'activité (personnels et usagers) - Nombre de tablettes mises en service - Statistiques d'utilisation des tablettes	2022-2026			
4-1 Ter Labellisation d'un secteur Alzheimer par EHPAD	1 / Labellisation du secteur Alzheimer sur l'EHPAD "Bel Air" 2 / Labellisation du secteur Alzheimer sur l'EHPAD "Reflets d'Argent"	- Nombre d'agents formés - Nombre de places par secteur - Nombre d'admissions - Nombre de jour d'hébergement - Effectivité de la labellisation - Questionnaire de satisfaction spécifique à l'activité (personnels et usagers)	2022-2026			
4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition, l'alimentation, la restauration, la nutrition et les soins bucco-dentaires	1/ améliorer le suivi des résidents et leur accompagnement aux repas.	- Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition - Surveillance de la courbe de poids - Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments - Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration - Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé) - Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire - Nombre de repas témoins réalisés par les personnels - Nombre de protocoles et de procédures mis en place en lien avec l'alimentation/restauration - Nombre repas spécifiques organisés (manger mains, repas à thème, ...) - Nombre de formations relatives à l'alimentation/nutrition réalisées - Questionnaire de satisfaction usagers/familles - Nombre de fiches de signalement réalisées en lien avec la restauration	2022-2026			
	1 / proposer, sur le plan du suivi et de l'accompagnement, de réaliser une fiche projet pour chaque résident sur la base du bilan d'entrée et de mettre en place une procédure de prévention des chutes.	- Nombre de protocoles/procédures - Etat du nouveau matériel - Taux de diminution des chutes/des hospitalisations consécutives à une déshydratation				

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2026	
4-3 Poursuivre la politique de dépistage et de prévention dont la prise en charge des chutes	2 / dépister systématiquement le risque suicidaire et de prévenir la déshydratation été comme hiver 3 / réaliser des travaux de restructurations/reconstructions sur les bâtiments des Arcades et de Bel Air pour améliorer l'isolation thermique notamment. Il s'agit, à cet effet d'y installer des rails de transfert ainsi qu'un chemin de lumière avec des détecteurs pour prévenir les chutes 4 /Formaliser la procédure de prévention des chutes. Sensibiliser régulièrement les équipes sur le sujet. Informer les nouveaux arrivants.	- Questionnaire de satisfaction avec question sur adaptation des mesures sur cette thématique - Protocole de prévention de chutes. - Nombre de chutes prises en charge - Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation. - Nombre de chuteurs à répétition. - Protocole de contention. - Taux de résidents avec contention prescrite. - Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	2022-2026			
4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament	1/ Travailler en étroite collaboration avec la pharmacie à usage intérieur du CHTB et diffusion des protocoles de sécurisation du circuit du médicament et des recommandations de bonnes pratiques.	- Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDHPAD). - Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDHPAD). - Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés. - Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...) - Présence d'un protocole circuit du médicament - L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ? - Nombre d'écart	2022-2026			
4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	1/ Promouvoir la vaccination contre la grippe auprès des résidents comme des soignants	- Taux de résidents vaccinés contre la grippe - Taux de personnel vaccinés contre la grippe	2022-2026			
4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables	1/ Promouvoir la déclaration d'événements indésirables 2 / Sensibiliser le personnel à cette procédure	- Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG - Praticité de déclaration des EIG - Nombre d'EIG déclarés - Nombre de RETEX formalisés	2022-2026			
4-7 Mettre à jour les documents relatifs à la loi n°2002-2 et veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD	1 / Mettre en place un groupe de travail pour reprendre l'ensemble des documents concernés au regard de la réglementation. 2/ Procédure d'admission en EHPAD formalisée 3/ Procédure de recherche de consentement faite 4/ Fiche de consentement faite avant l'entrée 5/ Réactualisation en cours du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour 6/ Commission d'admission pluridisciplinaire régulière en partenariat avec les acteurs de la filière du CHTB	- Conformité avec la réglementation en vigueur - Validation de la part des instances (CVS, CTE, Directoire) - Nombre de documents transmis par an - Questionnaire de satisfaction avec question sur adaptation des documents - Nombre de commissions d'admission - Nombre de demandes d'admission traité - Nombre d'entrées en Ehpad	2022-2026			
4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS - Développer et renforcer la culture bientraitance de l'établissement	1/ Accompagner dans la douceur la personne tout au long de l'après-midi jusqu'au coucher 2/ Généralisation sur les 2 EHPAD de la fonction d'aide-soignant qualifié 3/ Actualiser la formation bientraitance pour les nouveaux arrivants 4/ Assurer une proportion suffisante d'aides-soignants auprès des résidents 5/ Analyse de pratique professionnelle en Inter-EHPAD 6/ Mettre en place des temps de paroles et d'échanges 7/ généralisation des pratiques sur l'ensemble des EHPAD 8/ mise en place d'un comité éthique et de bientraitance	- Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année. - Nombre de réunions d'information sur la bientraitance. - Rythme des réunions du comité bientraitance - Nombre de formations mises en place et d'agents formés - Nombre de protocoles et de procédures mis en place - Nombre de nouveaux matériels acquis - Effectivité de la généralisation des pratiques - Questionnaire de satisfaction spécifique à l'activité (personnels et usagers) - Nombre de fiches de signalement réalisées	2022-2026			
4-9 Proposer des prises en soins innovantes	1/ Renforcer les prises en charges innovantes réalisées actuellement au sein de ces établissements et d'en développer de nouvelles. 2/ équiper la salle Snoezelen actuellement dépourvue d'équipement. 3/ proposer une prise en soins d'aromathérapie en s'appuyant sur les formations suivies par le médecin coordonnateur des EHPAD. 4/ De nouvelles techniques de prises en soins innovantes seront encouragées au fur et à mesure des opportunités qui se présenteront.	- Nombre de formations suivies - Nombre de résidents pris en soins par thérapeutique innovante - Nombre de prises en soins innovantes - Questionnaire de satisfaction des professionnels - Questionnaire de satisfaction auprès des usagers et familles - Indicateurs spécifiques de suivi de ces thérapeutiques (iatrogénie médicamenteuse, ...)	2022-2026			
Ressources Humaines - accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, amélioration des conditions d'emploi et de travail						
5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines - Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements - Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	1/ Adaptation du plan de formation aux besoins identifiés lors des entretiens annuels. 2/ Mise en adéquation avec les objectifs institutionnels afin de développer les compétences professionnelles et sécuriser la prise en charge des résidents. 3/ Poursuivre la mise en place de la QVT	- Taux d'absentéisme. - Taux d'absentéisme courte durée. - Taux d'accident du travail. - Taux d'ETP vacants au 31/12. - Taux de rotation des personnels. - Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management. - Ratio d'encadrement global. - Nombre de points GIR par AS. - Ratio d'encadrement AS/ASH. - Ratio d'encadrement IDE. - Taux de remplacement du personnel. - Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers - Plan de formation	2022-2026			

Objectifs du CPOM	Actions	Indicateurs et formules de calcul	Echéance	Niveau d'atteinte de l'objectif (A : Atteint, PA : Partiellement atteint, NA : non atteint)		Observations
				Au 31/12/2023	Au 31/12/2025	
	4/ Formaliser l'accueil des nouveaux agents et des stagiaires (livret d'accueil...)	- Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS - Organisation comprenant un pool de remplacement - Nombre de formations qualifiantes				
5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines	1/ Mise en place d'un tableau de bord des effectifs rémunérés par rapport à l'effectif autorisé et analyse des écarts.		2022-2026			
	2/ Mise en place d'un suivi de l'absentéisme.	- Suivi annuel et mensuel - Taux d'absentéisme				
	3/ Poursuivre les formations qualifiantes et diplômantes	- Nombre de mensualités de remplacement - Nombre de formations qualifiantes et diplômantes accordées				
5-3 Adapter les ressources humaines aux besoins des EHPAD	1/ Adapter les ressources humaines médicales et non médicales aux réalités de territoire d'une part, ainsi qu'à la nécessaire qualité et sécurité des soins prodigués, d'autre part	- Nombre de personnels recrutés - Tableau de bord RH (taux de turnover, taux d'absentéisme, taux de personnel de remplacement, nombre d'accidents de service, ...)	2022-2026			
	2/ Assurer la garantie de ratios de prises en soins qui s'apparentent à 1 personnel soignant (aide-soignant) pour 8 résidents en journée					
Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)						
6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants	1/ Réhabilitation du bâtiment ancien des Arcades	- Respect du calendrier (calendrier à définir en collaboration avec les autorités de tarification) - Questionnaire de satisfaction des professionnels - Questionnaire de satisfaction auprès des usagers et familles - Diminution quantifiée des problématiques relatives aux locaux/espaces (moins de fiches de signalement, ...)	2022-2026			
	2/ Réhabilitation du bâtiment Bel Air					
6-2 Restructurer l'EHPAD de Bel Air	1/ Restructurer l'EHPAD de Bel Air	- Effectivité des travaux - Questionnaire de satisfaction des professionnels - Questionnaire de satisfaction auprès des usagers et familles - Diminution quantifiée des problématiques relatives aux locaux/espaces (moins de fiches de signalement, ...)	2022-2026			
6-3 Restructurer l'EHPAD du bâtiment "Les Arcades"	1/ Restructurer l'EHPAD du bâtiment "Les Arcades"	- Effectivité des travaux - Questionnaire de satisfaction des professionnels - Questionnaire de satisfaction auprès des usagers et familles - Diminution quantifiée des problématiques relatives aux locaux/espaces (moins de fiches de signalement, ...)	2022-2026			
6-4 Créer un espace de calme-retrait et apaisement au sein de l'UHR	1/ Identifier les pratiques et les modalités organisationnelles qui permettent de prévenir et gérer les situations problématiques et les formaliser.	- Effectivité de ce dispositif - Nombre de résidents identifiés dans le cadre de ce dispositif par an	2022-2026			
	2/ Identifier les stratégies à mettre en œuvre et les différentes possibilités d'accompagnement dans un espace sécurisé.	- Nombre de situations apaisées dans ce cadre / Nombre d'échecs - Questionnaire de satisfaction avec question sur l'usage de cette chambre pour les résidents concernés et du côté des professionnels (satisfaction en terme de qualité de vie et de qualité de travail)				
	3/ Créer un véritable espace de calme-retrait et apaisement au sein d'une chambre à l'extrémité de l'unité d'hébergement renforcé	- Nombre de signalements consécutivement à un passage en chambre de calme-retrait.				
6-5 Créer un jardin thérapeutique	1/ Proposer la création d'un jardin/parcours thérapeutique au sein d'un des EHPAD et qui sera mutualisé	- Création effective du jardin thérapeutique - Nombre de résidents investis dans le projet - Taux d'usage de ce jardin / nombre de résidents concernés - Questionnaire de satisfaction des résidents/familles - Indicateurs de suivi spécifique sur la réduction des troubles du comportement (fiches d'événement indésirables, ...)				

**CONVENTION D'HABILITATION A RECEVOIR DES BENEFICIAIRES
AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE POUR L'ETABLISSEMENT
D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
GERE PAR LE CENTRE HOSPITALIER « La Tour Blanche » à ISSOUDUN**

ENTRE :

- Le Département de l'Indre, représenté par Monsieur Marc FLEURET, Président du Conseil départemental, d'une part ;

ET :

- le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » à ISSOUDUN pour l'activité EHPAD dont le siège social est situé Avenue Jean Bonnefont 36100 ISSOUDUN, représenté par Monsieur Marc KUGELSTADT en qualité de Directeur du Centre Hospitalier « La Tour Blanche » ; personne habilitée à signer le CPOM et conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, d'autre part.

Visas et références juridiques :

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles, et notamment les articles L.313-8, L.342-3-1 et D.342-2 ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu l'arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0251 et n° 2018-D-2890 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD(s) du Centre Hospitalier de la Tour Blanche à Issoudun, gérés par le conseil de surveillance du Centre Hospitalier de La Tour Blanche à Issoudun, et création d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places pour l'EHPAD « Reflets d'Argent- Arcades » à Issoudun sans extension de capacité ;

Vu le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Indre (RDAS) ;

Considérant le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2022-2026 conclu entre l'organisme gestionnaire de l'EHPAD géré par le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » à ISSOUDUN, le Département de l'Indre, et l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire ;

PREAMBULE :

Par arrêté conjoint n° 2018-DOMS-PA36-0251 et n° 2018-D-2890 du 18 octobre 2018 portant renouvellement de l'autorisation des EHPAD(s) du Centre Hospitalier de la Tour Blanche à Issoudun, gérés par le conseil de surveillance du Centre Hospitalier de La Tour Blanche à Issoudun, et création d'une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 places pour l'EHPAD « Reflets d'Argent- Arcades » à Issoudun sans extension de capacité et modification de la répartition des places, et valant habilitation à l'aide sociale, le Président du Conseil départemental de l'Indre, en application du Code de l'Action Sociale

et des Familles, a habilité l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour la totalité de sa capacité, à savoir 176 lits (174 lits d'hébergement permanent et 2 lits d'hébergement temporaire) et 10 places d'accueil de jour.

Le CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.313-8-1 CASF, entre l'Organisme Gestionnaire et le Conseil départemental. Les conditions et modalités sont précisées dans la présente convention.

Dans la mesure où l'établissement a accueilli en moyenne moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices, il est appliqué les dispositions du chapitre II du titre IV du livre III du CASF. Dans ce cadre, la tarification administrée ne vaut que pour les bénéficiaires de l'aide sociale selon les modalités prévues au CPOM et à la présente convention.

IL EST AINSI CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir la nature et les conditions de mise en œuvre des missions assurées par l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes géré par le Centre Hospitalier « La Tour Blanche » à Issoudun au titre de la prise en charge des bénéficiaires de l'aide sociale.

ARTICLE 2 : CATÉGORIES DE PUBLICS ACCUEILLIS AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement s'engage à accueillir toute femme ou homme âgé d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail, dont le maintien à domicile n'est plus possible.

L'établissement peut à titre dérogatoire et après autorisation du Président du Conseil départemental de l'Indre, recevoir des personnes de moins de 60 ans.

ARTICLE 3 : NATURE DES ACTIONS ET PRESTATIONS GARANTIES AUX BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE A L'HEBERGEMENT

Comme pour l'ensemble des résidents, l'établissement doit satisfaire aux normes minimales qualitatives et quantitatives d'équipement et de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées.

Cela porte sur :

- un hébergement à temps complet à titre permanent ou temporaire et fournissant, pour chaque résident, à minima, le socle des prestations prévu à l'annexe 2-3-1 du CASF et décrit à l'article 4 du titre 2 du présent CPOM « tarification à l'hébergement », ainsi que le blanchissage du linge des résidents ;
- la proposition et la dispensation de soins médicaux et paramédicaux adaptés ;
- une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire comprenant du temps de médecin coordonnateur ;
- la mise en œuvre et le suivi annuel d'un projet d'accompagnement personnalisé pour chaque résident ;
- l'élaboration d'un contrat de séjour pour chaque résident ;
- un environnement architectural adapté et apportant un environnement confortable, rassurant et stimulant, permettant une vie sociale et un accueil des familles. L'établissement doit également disposer d'un système fixe de rafraîchissement de l'air ;

- l'élaboration d'un plan détaillé sur les modalités d'organisation en cas de crise sanitaire ou climatique.

L'établissement garantit également les normes réglementaires de sécurité. Toutes les prescriptions des commissions de sécurité et du service de protection contre l'incendie doivent être strictement observées et doivent être portées à la connaissance du Président du Conseil départemental.

Il doit s'assurer contre tous les risques d'accident pouvant survenir aux personnes âgées qu'il accueille, d'accidents ou dommages qui pourraient être causés par ces personnes et dont l'établissement pourrait être tenu responsable par l'application des articles 1382 et 1384 du Code Civil.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADMISSION ET DE RESERVATION DES PLACES DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

4.1 – Admission à l'aide sociale

L'admission à l'aide sociale est soumise à des conditions d'attribution notamment de ressources prévues par le CASF et le RDAS de l'Indre.

Le dossier de demande d'admission à l'aide sociale, constitué des pièces justificatives dont la liste est communiquée par le Département, est déposé au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie du domicile de l'intéressé(e). Dès complétude, il est transmis au Président du Conseil départemental dans le mois suivant son dépôt.

Le dossier d'aide sociale comprend notamment la liste nominative et les adresses des personnes tenues à l'obligation alimentaire, fixée notamment au vu du livret de famille. Ces personnes sont invitées à fixer leur participation éventuelle aux dépenses susceptibles d'être engagées en faveur de leurs ascendants postulant à l'aide sociale.

Après instruction par les services du Département, le Président du Conseil départemental décide de l'admission ou non à l'aide sociale, et en cas d'admission, qui est alors prononcée pour une durée maximale de 5 ans, fixe également la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale.

Aucune somme ne peut être prélevée de la contribution du bénéficiaire de l'aide sociale sans l'autorisation du Département.

En cas de refus de l'aide sociale par le Président du Conseil Départemental, les frais avancés par le Département sont récupérés auprès du demandeur.

La décision est notifiée à l'intéressé(e) ou à son représentant légal et le cas échéant aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, en avisant ces dernières qu'elles sont tenues conjointement au remboursement de la somme non prise en charge par le Département.

En cas de désaccord sur l'obligation alimentaire, le Président du Conseil départemental peut saisir le juge des Affaires Familiales en lieu et place de la personne âgée pour fixer la contribution alimentaire.

L'établissement peut également exercer un recours auprès du Juge des Affaires Familiales, s'il y a lieu, contre les résidents ou contre leurs obligés alimentaires (art. L.314-12-1 du CASF ou L.6145-11 du Code de la Santé Publique).

La décision d'attribution de l'aide sociale prend effet à compter du jour d'entrée dans l'établissement si la demande a été déposée dans les deux mois (délai pouvant être prolongé de deux mois à titre exceptionnel). A défaut, elle prend effet à compter de la date de dépôt de la demande (article R. 131-2 CASF).

Les décisions en cours de validité peuvent faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation. Constitue notamment un changement de situation le fait pour le bénéficiaire de changer d'établissement. La décision d'aide sociale est alors effective à la date du changement de la situation.

La décision peut être également révisée avec répétition de l'indu, s'il apparaît que l'admission a été prise sur la base de déclarations incomplètes ou erronées.

Dans le cas d'une demande de renouvellement de la prise en charge des frais d'hébergement, la décision prend effet à la date d'expiration de la précédente prise en charge.

4.2. Rappels concernant la pré-admission à l'aide sociale

Pour toutes les personnes qui font une demande de prise en charge à l'aide sociale, l'établissement est tenu d'effectuer la récupération de 90 % des ressources de toute nature, ainsi que de l'allocation logement en totalité, dans l'attente de la décision relative à la prise en charge au titre de l'aide sociale. Le montant minimal des ressources du bénéficiaire laissées mensuellement à sa libre disposition ne peut être inférieur à 1 % du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (article R.232-34 du CASF) et/ou à 30 % du montant mensuel de l'allocation adulte handicapé (article D.344-34 et suivants du CASF).

Pendant cette période, il ne peut être réclamé à l'intéressé(e), à sa famille ou à quiconque un paiement complémentaire.

Si une caution est demandée à l'entrée en établissement, celle-ci ne peut excéder le montant du tarif mensuel d'hébergement qui reste effectivement à la charge de la personne hébergée (art. R.314-159 du CASF).

L'aide sociale ne prend en aucun cas en charge les éventuels frais de réservation pour la période précédant l'entrée en établissement (art. R.314-149 CASF).

4.3. Conditions de réservation et de mise à disposition des places pour les bénéficiaires de l'aide sociale

Dans le cadre de sa procédure d'admission, l'établissement doit donner la priorité aux bénéficiaires de l'aide sociale. En tout état de cause, l'établissement ne peut refuser l'admission d'une personne bénéficiaire de l'aide sociale sauf pour raisons médicales.

ARTICLE 5 : MODALITES DE COORDINATION AVEC LES SERVICES SOCIAUX ET SOUTIENS SOCIAUX AUX FINS DE FACILITER L'ADMISSION DES BENEFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE

L'établissement doit mettre en œuvre les partenariats nécessaires ainsi que les actions d'information, la documentation et les procédures coordonnées afin de faciliter l'admission des bénéficiaires à l'aide sociale. Ce dispositif devra être énoncé dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement. L'organisme gestionnaire tiendra régulièrement informés les services du Département de l'Indre des modifications qui pourront être apportées. Il transmettra également tous les conventionnements conclus dans le cadre de ce dispositif.

ARTICLE 6 : REGLES RELATIVES A LA TARIFICATION DES RESIDENTS PRIS EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE

La prestation d'aide sociale légale permet la prise en charge par le Département des frais d'hébergement de la personne âgée ne pouvant assumer ces coûts avec l'aide de leurs obligés alimentaires.

La participation financière du Département de l'Indre s'adresse uniquement aux bénéficiaires de l'aide sociale dont le domicile de secours est situé dans l'Indre.

6.1. Règles de calcul

Le montant de la prise en charge par le Département est calculé sur la base des tarifs journaliers hébergement et dépendance GIR 5-6 arrêtés par le Président du Conseil départemental.

Les modalités de calcul de la tarification applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale sont décrites à l'article 4 du titre 2 du CPOM pour la tarification de l'hébergement et à l'article 2 du titre 2 du CPOM pour la tarification de la dépendance.

6.2. Modalités de facturation des tarifs

Les tarifs sont payés à terme à échoir en application de l'article R.314-186 du CASF.

L'établissement est tenu d'informer le Conseil départemental de toute absence dans un délai maximum de 48 heures.

L'établissement, pour les personnes bénéficiaires de l'aide sociale, facture le jour d'entrée ainsi que chaque jour de présence, sous réserve des dispositions suivantes. Il ne facture pas le jour de sortie. Le jour du décès peut être facturé.

Absences pour hospitalisation : Lorsqu'une personne âgée hébergée est hospitalisée, il est procédé à une diminution du montant du forfait hospitalier sur le prix de journée hébergement de l'établissement au-delà de 72 heures d'absence. Cette minoration est déduite de la participation de l'aide sociale. Ce dispositif s'applique pendant une durée qui ne peut excéder 30 jours consécutifs d'hospitalisation pendant laquelle la place de la personne âgée est conservée par l'établissement. Au terme du délai de 30 jours, aucune facturation ne peut être adressée au Département de l'Indre et la personne âgée retrouve l'intégralité de ses ressources. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour hospitalisation (article R.314-178 du CASF).

Absences volontaires ou pour vacances : Pour les absences de courtes durées égales ou inférieures à 72 heures (samedis, dimanches, jours fériés, autres), le tarif hébergement est facturé lorsque le lever ou le coucher a lieu dans l'établissement. Toute personne âgée hébergée à titre permanent peut s'absenter temporairement pour des vacances dont la durée ne peut excéder 35 jours au cours d'une année civile. À son retour, la personne âgée retrouve sa place ou son logement dans l'établissement. Pendant son absence, l'établissement peut utiliser la chambre en dépannage. Le tarif dépendance n'est pas facturé au résident dès son premier jour d'absence pour convenances personnelles à condition qu'il ait informé préalablement l'établissement de cette absence dans les délais prévus dans son contrat de séjour (article R.314-178 du CASF).

6.3. Modalités d'encaissement

Pour les établissements accueillant des résidents à titre permanent : le Département encaisse le montant net des ressources du bénéficiaire, et des sommes dues au titre de l'obligation alimentaire, après déduction des charges autorisées et du montant minimum à laisser à disposition du bénéficiaire.

Pour les établissements accueillant des résidents à titre temporaire : le Président du Conseil départemental fixe la part à la charge de l'aide sociale dans la limite du plafond constitué par le tarif hébergement temporaire de l'établissement, multiplié par la durée du séjour dans la limite de 90 jours, renouvelable une fois par période de 12 mois, en tenant compte des ressources de la personne et de celles de ses obligés alimentaires, et de son droit éventuel à l'APA.

Dans le cadre d'un hébergement à titre temporaire, la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires est recouvrée directement par l'établissement. La prestation d'aide sociale est payée au bénéficiaire ou à l'établissement sous réserve de l'accord de la personne.

6.4. Modalités de revalorisation des montants

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance (notamment celui afférent au GIR 5-6) sont fixés et revalorisés selon les modalités prévues dans le CPOM aux articles 4 et 2 du titre 2 et au vu des documents budgétaires et comptables également visés dans ce contrat.

ARTICLE 7 : DUREE, CONCILIATION ET RENOUVELLEMENT DE LA CONVENTION

7.1 – Durée de la convention

La convention d'habilitation au titre de l'aide sociale est conclue pour une durée maximale de 5 ans (article L. 342-3-1 du CASF).

7.2 – Renouvellement ou prolongation de la convention

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engagent des négociations à l'initiative de l'établissement afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention peut être renouvelée ou prolongée, en parallèle des négociations pour le renouvellement du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

ARTICLE 8 : RETRAIT DE L'HABILITATION

L'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale peut être retirée pour l'un des motifs suivants (article L.313-9 du CASF) : évolution des objectifs et des besoins, méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention, disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus, charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement.

Si l'établissement ne prend les mesures nécessaires pour respecter les dispositions requises comme demandé par le Département, l'habilitation est alors retirée dans un délai de 6 mois pour tous les motifs évoqués, sauf pour celui du non-respect des objectifs et des besoins qui entraîne le retrait de l'habilitation dans un délai d'un an.

L'abrogation de l'arrêté portant habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est dûment notifiée à ce dernier et vaut résiliation de la présente convention d'habilitation.

ARTICLE 9 : CONTENTIEUX

Les contestations susceptibles de s'élever entre le Département de l'Indre et l'établissement au sujet de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention sont portées devant le Tribunal Administratif de Limoges, 2, cours Bugeaud – CS40410 - 87011 LIMOGES Cedex.

Fait en 3 exemplaires

à Châteauroux

le 31/03/22

Le représentant de l'organisme
gestionnaire
Le Directeur,

Le Président du Conseil départemental
de l'Indre

Monsieur Marc KUGELSTADT

Monsieur Marc FLEURET

4. Synthèse

4.1. 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'EHPAD du Centre Hospitalier de la Tour Blanche a conduit son évaluation interne de septembre 2011 à septembre 2012 à l'aide de l'outil VERONIQUE (Visualisation Evaluation Regroupant les Outils de Normalisation Interne de la Qualité pour les Usagers en Etablissements). Le déploiement de la démarche est passé par la mise en place d'un Comité de pilotage et de groupes de travail (un par site) pluridisciplinaires et comptant des représentants du Conseil de la Vie Sociale (résidents ou familles). Un plan d'amélioration pour la période 2013-2017 comptant vingt axes de progrès a été produit. Au jour de l'évaluation, cinq actions d'amélioration étaient réalisées.

Points forts

- Pluridisciplinarité des professionnels composant le Comité de pilotage et les groupes de travail mis en place
- Présence de représentants de résidents et des familles dans les groupes de travail
- Existence d'une Cellule qualité et prévention des risques en charge du suivi mensuel de l'avancement du plan d'amélioration

Points à améliorer

- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM peu investies, du fait notamment de l'utilisation en l'état du référentiel VERONIQUE
- Communication autour de la démarche à l'attention des résidents et des familles
- Création d'indicateurs et de tableaux de bord propres aux services d'hébergement, en lien avec le plan d'amélioration
- Rédaction d'un plan d'amélioration et d'un rapport d'évaluation conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM
- Maintien d'une dynamique d'amélioration continue par la définition d'actions d'amélioration à court, moyen et long termes



2. Les modalités de prise en compte des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles publiées par l'Anesm par l'ESSMS ;

Une meilleure appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM constitue un axe d'amélioration majeur pour l'EHPAD du Centre Hospitalier de la Tour Blanche.

Points à améliorer

- Appropriation des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles transversales et propres aux EHPAD (ex : « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service »)
- Clarification des rôles et responsabilités de chacun en matière de veille réglementaire, incluant le suivi des Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM

4.2. 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 du Centre Hospitalier de la Tour Blanche couvre la période 2010-2014. Son élaboration s'est appuyée sur un Comité de pilotage et cinq groupes de travail pluridisciplinaires (1 GT Projet social, 1 GT Soins infirmiers, 1 GT Services logistiques, techniques et économiques, 1 GT Médical et 1 GT Gestion). Par ailleurs, le site de Bel Air dispose d'un projet de service qui arrive à échéance. Ce document a été fourni de manière fortuite en cours d'évaluation externe et n'a pu de ce fait faire l'objet d'un examen approfondi.

Points forts

- Cohérence globale entre les objectifs mentionnés dans le projet d'établissement et les missions de l'EHPAD
- Constitution de groupes de travail pluridisciplinaires pour la rédaction du projet d'établissement

Points à améliorer

- Pas d'implication des résidents, des familles, des partenaires, des stagiaires, des bénévoles pour la rédaction du projet d'établissement
- Absence de description des modalités d'organisation et de fonctionnement de l'EDPAD et peu d'objectifs opérationnels pour les structures dans le projet d'établissement



- Mise en adéquation du contenu du projet d'établissement avec la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service »
- Analyse des caractéristiques, besoins et attentes des résidents à intégrer au projet d'établissement et à son suivi
- Organisation de la réévaluation annuelle du projet d'établissement à prévoir

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

L'EHPAD du Centre Hospitalier de la Tour Blanche accueille des personnes âgées de 60 ans et plus et ayant perdu tout ou partie de leur autonomie. Il se compose de trois services, d'une capacité allant de 30 à 86 lits : Les Reflets d'Argent (60 lits), Les Arcades (30 lits) et Bel Air (86 lits).

Points forts

- Equipe pluridisciplinaire pour chaque service, s'appuyant sur les services supports du Centre Hospitalier
- EHPAD bénéficiant des différents partenariats et réseaux mis en place au niveau du Centre Hospitalier
- Projet de réhabilitation des Reflets d'Argent

Points à améliorer

- Répartition des ressources humaines n'étant pas la plus opérante par rapport aux besoins de la population accueillie (ex à Bel Air : 4 soignants l'après-midi, faible temps d'intervention du Kinésithérapeute, absence de Psychomotricien ou d'Ergothérapeute)
- Absence de médecin coordonnateur

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

L'établissement a en son sein un panel de salariés représentatif des profils professionnels attendus dans ce type d'établissement (cadre de santé, infirmières, psychologues, animateurs, aides-soignants et ASH).

Point fort

- Panel de salariés représentatif des profils professionnels attendus dans ce type d'établissement



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'accueil des nouveaux agents fait l'objet de plusieurs actions complémentaires : entretien d'accueil avec le supérieur hiérarchique, réunions collectives d'accueil des nouveaux agents, visite de l'établissement, remise du « Livret d'accueil du personnel hospitalier ». Seul l'entretien d'accueil avec le supérieur hiérarchique est prévu par la procédure de recrutement.

Sur la partie formation, les souhaits de formation des professionnels sont évoqués lors de l'entretien annuel d'évaluation. Une synthèse est ensuite établie et sert de base à la constitution du plan de formation. Des formations sur les thèmes suivants ont notamment été organisées : Alzheimer, Bientraitance chez la personne âgée, Chutes chez la personne âgée, Soins et hygiène des personnes âgées, Toucher dans le soin. Des actions de formation au futur logiciel ARCADIS et à la gestion de la violence sont prévues au second semestre 2013. A noter cependant que le plan de formation 2013 n'était pas finalisé au jour de l'évaluation.

Points forts

- De nombreuses actions en faveur de l'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste
- Existence d'un livret d'accueil pour le personnel et de réunions collectives d'information
- Existence d'un plan de formation annuel globalement cohérent avec les objectifs d'accompagnement

Points à améliorer

- Formalisation partielle des modalités d'accompagnement des professionnels dans leur prise de poste
- Absence de remise du règlement de fonctionnement aux nouveaux agents
- Délai de finalisation du plan de formation

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 ;

Concernant l'usure professionnelle, il est opéré un suivi des accidents du travail en CHSCT et au COVIRIS. Il n'y a en revanche pas de suivi de l'absentéisme ou du turn-over. Le Centre Hospitalier de la Tour Blanche dispose d'un document unique, qui évoque des mesures relatives à l'usure professionnelle (exemples d'actions : achat de verticalisateurs, de lits à hauteur variable, formation à la gestion du stress, à la manutention...).



Concernant les dispositifs de gestion de crise, le Centre Hospitalier dispose d'un Plan Bleu et d'un Plan Blanc. Les effectifs minimum nécessaires par service en cas de grève ont été définis.

Points forts

- Mise en place d'un suivi des accidents de travail
- Intégration au document unique des risques liés à l'usure professionnelle et actions correctives et/ou préventives associées

Points à améliorer

- Absence de suivi de l'absentéisme et du turn-over
- Absence de groupe d'analyse des pratiques au sein de l'EHPAD

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 ;

L'analyse de l'autonomie des usagers est effectuée à l'entrée de l'utilisateur ainsi que tous les trois mois. Pour cela la grille AGGIR est complétée à l'aide des informations indiquées par l'équipe soignante et des IDE. Les cadres de santé se chargent ensuite de calculer le GIR Moyen Pondéré.

En lien avec la démarche d'évaluation interne, il convient de mettre en place un système de remontée d'informations (indicateurs) permettant de disposer d'informations pérennes par rapport à des objectifs définis et les regrouper dans un tableau de bord à des fins de pilotage de l'établissement.

Points à améliorer

- Informatisation de la gestion du GIR (à venir)
- Mise en place d'un système d'indicateurs et de tableaux de bord en lien avec la démarche d'évaluation interne

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

Au jour de l'évaluation, seul un quart des résidents dispose d'un projet personnalisé. Il n'existe pas de trame de projet personnalisé unique pour les trois sites. Les projets existants sont surtout basés sur un objectif de socialisation et d'animation, sans qu'ils s'articulent avec le projet d'animation. Par ailleurs, la vie quotidienne n'y est pas mentionnée.



Points à améliorer

- Mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident
- Mise en place d'une trame harmonisée pour les projets personnalisés pour les trois sites
- Articulation entre le projet d'animation des structures et les projets personnalisés
- Intégration des aspects relatifs à la vie quotidienne dans les projets personnalisés

4.3. 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'EHPAD du Centre Hospitalier de la Tour Blanche a noué de nombreuses relations partenariales sur son territoire d'implantation. Ces liens de coopération sont formalisés par des conventions. L'EHPAD bénéficie de l'impact d'un groupe hospitalier sur un bassin géographique et de son réseau régional et départemental.

Points forts

- EHPAD source d'emploi pour son environnement local
- Formalisation des liens de coopérations par des conventions

Points à améliorer

- Intégration dans les conventions des modalités de suivi et de coordination des partenariats
- Développement de coopérations avec d'autres institutions médico-sociales

11. La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'ESSMS ;

Etant donné que la rencontre de partenaires de l'établissement n'a pas été rendue possible, il est difficile pour l'équipe d'évaluation de se prononcer sur la perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'EHPAD. Il a été relevé lors de l'évaluation que le projet d'établissement n'avait pas fait l'objet d'une communication aux partenaires.

Point à améliorer

- Communication du projet d'établissement aux partenaires



12. Les modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures à l'ESSMS autour du projet de chaque personne ; informations relatives aux système(s) de circulation de l'information permettant d'articuler ces interventions ;

Au jour de l'évaluation, les projets personnalisés s'appuient essentiellement sur des ressources internes. Dans l'optique d'intégrer la possibilité du recours à des partenaires potentiels, il serait pertinent que les modalités de coordination et d'intégration des personnes extérieures à l'établissement autour du projet de chaque personne soient définies dans la procédure d'élaboration des projets à créer.

Point à améliorer

- Intégration des modalités de coordination et d'intégration des interventions des personnes extérieures au FAM dans la démarche du projet personnalisé

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

Les habitants du quartier participent à des animations au sein de l'établissement : brocante, marché de Noël, fête des voisins, échange avec école primaire.

La politique d'ouverture de la structure s'appuie également sur une association « L'amicale des résidents ». Cette association organise ponctuellement la vente sur les marchés de produits fabriqués par les résidents. Elle permet de récolter des fonds pour l'acquisition de mobiliers ou de matériels pour les activités.

Points forts

- Ouverture en lien avec les habitants du quartier
- Association « L'amicale des résidents »

Points à améliorer

- Aménagement plus convivial des lieux de rencontre au sein des structures
- Signalétiques aux abords de Bel Air peu marquées ne favorisant pas l'identification du site
- Graphisme des livrets d'accueil des services et identification de la localisation des structures dans ces documents.



4.4. **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 ;

Des outils (ex : recueil de données administratives, histoire de vie, habitudes de vie, projet formulé) sont existants, mais ils ne sont pas harmonisés entre les sites et sont adaptés uniquement aux personnes en capacité de répondre à un questionnaire.

Points à améliorer

- Harmonisation des outils permettant le recueil d'informations concernant l'utilisateur
- Mise en place de grille d'observation pour les personnes désorientées et incohérentes
- Développement d'une méthodologie associée à l'utilisation de ces outils

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.

Dans les faits, les résidents sont associés à l'élaboration de leur projet personnalisé. Les projets définitifs leur sont présentés. A Bel Air, le résident signe son projet personnalisé, il en reçoit une copie aux Arcades et aux Reflets d'Argent. En revanche, en l'absence de processus formellement établi, les résidents ne sont pas associés à l'actualisation de leur projet personnalisé

Points forts

- Implication dans des faits des résidents à l'élaboration de leur projet personnalisé
- Présentation des projets élaborés aux résidents

Points à améliorer

- Association des résidents à l'actualisation de leur projet personnalisé
- Mise en place de grille d'observation pour les personnes désorientées et incohérentes

16. Le rythme d'actualisation du projet personnalisé et adaptation de celui-ci à la situation (et à l'évolution des attentes et des besoins) des personnes accompagnées ;



Les projets personnalisés sont évalués par les référents au gré des évolutions du résident, sans modalités et organisation définie.

Points à améliorer

- Intégration à la procédure d'élaboration des projets personnalisés les modalités de leur actualisation
- Mise en place de réunions pluridisciplinaires à chaque réévaluation des projets personnalisés
- Mise en place d'un nouvel accord du résident sur son nouveau projet
- Mise en place d'un planning des réévaluations des projets personnalisés

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

Le livret d'accueil du Centre Hospitalier comporte un extrait de la loi du 4 mars 2002 relatif à l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux de la personne soignée. Cet extrait détaille les modalités permettant aux usagers d'accéder aux informations les concernant. Le règlement de fonctionnement de l'EHPAD fait également référence à ce droit en citant la loi du 4 mars 2002.

Point fort

- Extrait de la loi du 4 mars 2002 relatif à l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux de la personne soignée présent dans le livret d'accueil du Centre Hospitalier

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

Les différents entretiens menés à l'occasion de la présente évaluation externe démontrent une bonne perception de l'EHPAD et de ses missions par les usagers rencontrés. Il est ressorti, pour les résidents en capacité, une bonne compréhension quant à l'accompagnement mis en place. Cette compréhension pourrait être majorée par une diffusion du projet d'établissement aux résidents.

Point fort

- Bonne compréhension générale du rôle de l'EHPAD pour les résidents en capacité

Point à améliorer

- Diffusion du projet d'établissement aux résidents



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 ;

Il existe deux principales modalités de participation favorisant l'expression collective des usagers : le Conseil de la Vie Sociale et les enquêtes de satisfaction. Les demandes émises en CVS font l'objet d'un suivi par cette instance. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont analysés par le service qualité et la CRUQPC.

Points forts

- Existence d'un CVS globalement opérant
- Existence d'enquêtes de satisfaction régulières

Points à améliorer

- Mise en place de réunions d'information et d'expression ouvertes à l'ensemble des résidents
- Participation accrue des résidents aux commissions menus
- Pérennisation des commissions animation

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

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

Le respect de l'intimité est spécifié dans le règlement de fonctionnement. Sur le plan architectural, l'établissement dispose d'une majorité de chambres individuelles. Chaque chambre fermant à clé, les résidents peuvent recevoir la personne de leur choix en toute intimité.

Après temps d'observation sur les sites et entretiens avec les familles, il s'avère que le personnel ne s'adresse pas toujours aux résidents avec respect. Si le vouvoiement est de rigueur, il est arrivé à plusieurs reprises devant l'équipe d'évaluation, que les soignants emploient des mots inappropriés, voire vulgaires. Ce point constitue un axe de travail majeur pour l'établissement.

Points forts

- Droit à l'intimité mentionné dans le règlement de fonctionnement
- Chambres fermant à clé permettant aux résidents de recevoir la personne de leur choix en toute intimité



Points à améliorer

- Existence de chambres doubles aux Arcades
- Modalités de communication entre les membres du personnel et les 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 ;

Les événements indésirables sont signalés et traités selon des modalités définies. Les problématiques récurrentes sont traitées et analysées au COVIRIS. Il en est de même pour les plaintes et réclamations, qui remontent vers la CRUQPC.

La prévention et le traitement des situations de maltraitance ont fait l'objet d'une réflexion institutionnelle et de divers groupes de travail en 2010. Ces derniers ont permis la création d'une procédure relative à la maltraitance, d'un questionnaire visant à déterminer le niveau de connaissance sur le sujet ainsi qu'un formulaire type de déclaration.

Points forts

- Gestion des événements indésirables en lien avec le COVIRIS
- Gestion des plaintes en lien avec la CRUQPC
- Existence d'une procédure claire et d'un questionnaire relatifs à la maltraitance

Points à améliorer

- Remontée effective de l'ensemble des plaintes et réclamations à la CRUQPC
- Création de groupes de travail à périodicité régulière afin de sensibiliser les équipes à la problématique de la maltraitance
- Mise en place d'un groupe d'analyse de pratiques professionnelles, permettant d'aborder ce thème

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 ;

La douleur fait l'objet d'une évaluation systématique grâce à l'utilisation des échelles visuelles analogiques et de Algoplus. Pour cela, il existe un protocole d'évaluation à renseigner à l'entrée du résident et à actualiser dès lors qu'une douleur chronique ou passagère survient. La passation de ces échelles est bien maîtrisée par les IDE en poste. De



même, parmi les effectifs sont désignés des « référents douleur » qui participent à la vie institutionnelle du CLUD et qui relayent les informations auprès de professionnels sur les établissements. Des formations en rapport avec la douleur sont prévues dans le plan de formation et par le biais du CLUD. La traçabilité de la douleur est assurée par l'utilisation d'une fiche présente dans le dossier de soins.

Un réel travail sur l'incontinence a été mené en 2010 dans le cadre des évaluations des pratiques professionnelles. En effet, à l'entrée d'un usager, un recueil de donnée est effectué concernant la prise en charge de l'incontinence. En fonction du recueil, un calendrier mictionnel existe et est utilisé au sein des services par les équipes soignantes. Il est à noter qu'il existe des référents incontinence.

La constipation a une incidence sur la qualité de vie des résidents. A cet effet, le suivi des selles fait l'objet d'une évaluation journalière par les IDE en place. Un tableau de suivi met en exergue de façon précise les différentes périodes avec et sans selles, ce qui permet un ajustement thérapeutique en cas de constipation.

Les fausses routes font l'objet de protocole individualisé. Les repas des résidents sont préparés par la cuisine du centre hospitalier qui suit les différents régimes et textures des résidents. Un comité d'alimentation et une diététicienne assurent la confection des menus. Par ailleurs, une commission restauration est existante. Lorsqu'une situation particulière est rencontrée (risque identifié), le cadre de santé contacte directement la diététicienne qui modifie les menus du résident en question. Une grande partie des prescriptions médicales n'est pas existante pour les régimes actuellement en place et restent à l'appréciation du cadre en poste. La clarté des informations disponibles dans les offices quant aux régimes et textures des résidents mérite d'être travaillée.

Il existe un protocole précis de gestion des chutes ainsi qu'une fiche de déclaration de chute qui est remplie par un membre de l'équipe soignante. L'aménagement des espaces intérieurs permet le déplacement des personnes à mobilité réduite, notamment des fauteuils roulants avec de larges couloirs... Néanmoins, il est à noter que les espaces sont souvent encombrés par du matériel médical (balance, lèves personnes, verticalisateurs, fauteuils, déambulateur). Par ailleurs, le temps alloué par service pour l'intervention d'un kinésithérapeute et d'une éducatrice spécialisée semble juste. Par ailleurs, l'absence d'un psychomotricien ou d'un ergothérapeute ne favorise pas la conduite d'ateliers de prévention des chutes et de mobilisations psychomotrices.

La prévention des escarres est efficace. Un protocole précis existe : il prévoit une évaluation à l'entrée du résident ainsi qu'à chaque dégradation de son état de santé. L'échelle de Norton est connue de tous et renseignée dans tous les dossiers médicaux. Une feuille de changement de position est remplie lors de la survenue d'escarres. Un recours efficace aux IDE spécialisés du centre de réadaptation existe en cas de difficulté d'accompagnement



d'une escarre. Par ailleurs, la dotation en petit et gros matériel est plus que satisfaisante car elle est réévaluée annuellement et en cas de besoin.

L'agitation et les troubles du comportement sont pris en charge de façon pluridisciplinaire par l'intervention du psychiatre et de la psychologue. Les usagers en présentant font l'objet d'une prescription médicale de traitement à délivrer en cas de besoin. Des ordonnances de « si besoin » sont existantes.

L'accueil et l'accompagnement de personnes âgées présentant une dépendance physique et/ou cognitive est difficile par les professionnels en place. Les formations actuellement dispensées améliorent leurs compétences et leurs prises en charge. Elles sont proposées par le service formation de l'hôpital. Néanmoins, au vu des différents échanges, il apparaît intéressant que des groupes d'analyse de pratiques professionnels soient mis en place. Actuellement un psychologue intervient sur différents sites. Les modalités de fonctionnement en place indiquent que l'espace est peu investi.

Il serait judicieux que des échanges interservices soient constitués et que les thèmes d'échanges abordés soient multiples : la bientraitance, la gestion de la fin de vie, la vie intime, la gestion des troubles du comportement et plus simplement des « cas cliniques » présentant un accompagnement difficile.

La mise en place de cette dynamique pourrait être portée par un groupe de volontaires identifiés et qui pourrait animer les échanges de cette réunion. Par ailleurs, le bon accueil réservé aux formations « humanités » pourrait être complété par une formation sur la validation (théorisation permettant l'accompagnement émotionnel de N. Feil).

Points forts

- Evaluation systématique de la douleur
- Partenariat efficient avec le CLUD
- Existence et utilisation d'un calendrier mictionnel
- Accompagnement de la constipation de qualité au sein des services
- Gestion des escarres de qualité

Points à améliorer

- Réévaluation plus fréquente à faire quant au suivi du calendrier mictionnel
- Politique de prévention des chutes à développer et à associer à des ateliers préventifs
- Identification des régimes et textures dans les offices permettant une distribution fiable des repas
- Mise en place de groupes d'analyse de pratiques professionnelles.

Annexe 7

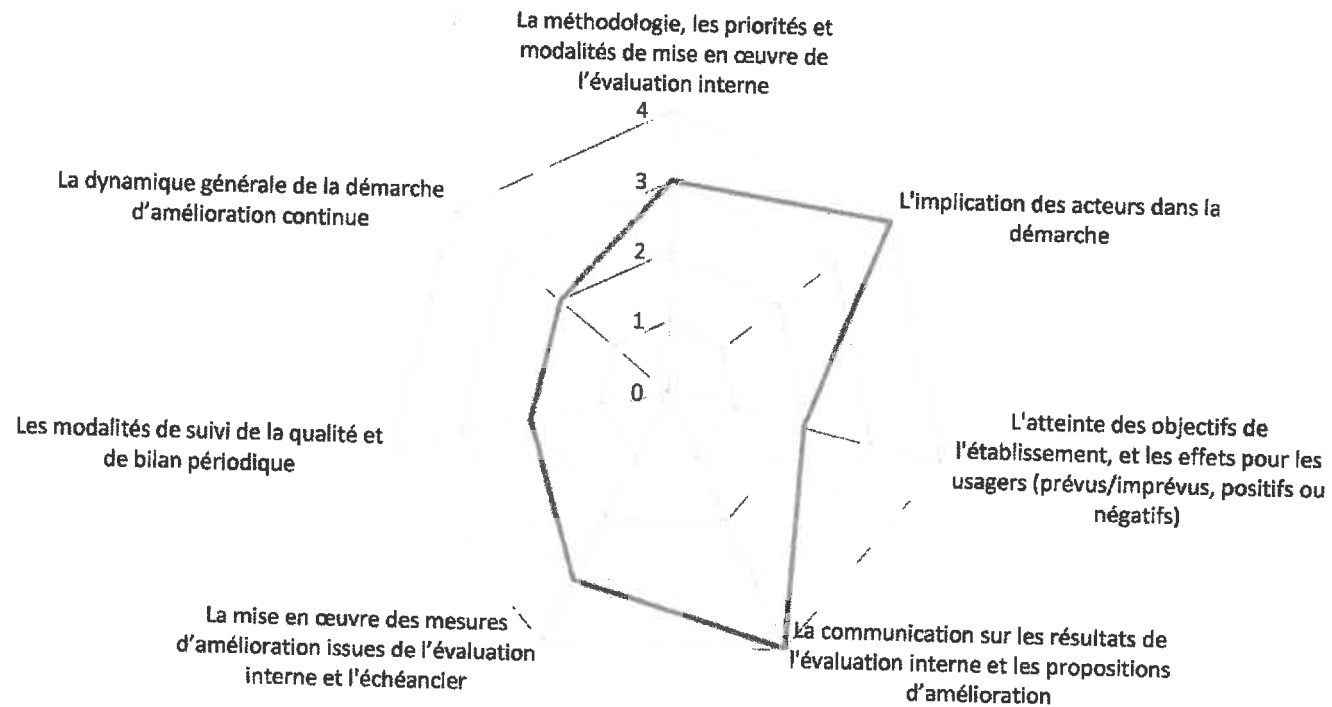
PARTIE 5 – SYNTHÈSE (SELON LE MODÈLE ANESM)

Domaine 1 : INTRODUCTION

1-1 L'évaluation interne mise en œuvre par l'établissement :

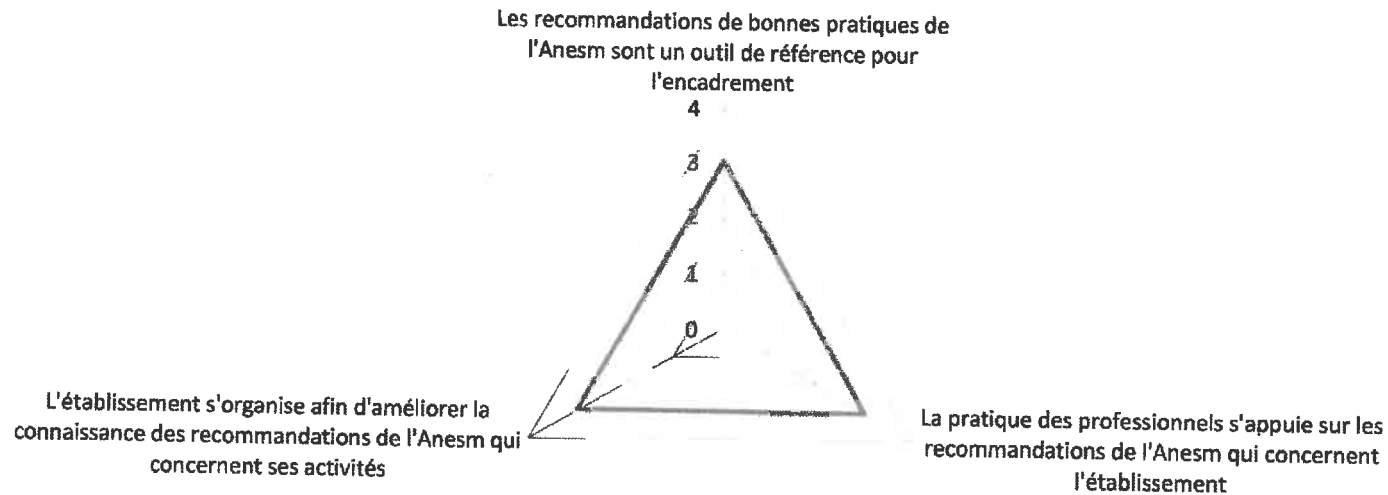
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
1-1-1	La méthodologie, les priorités et modalités de mise en œuvre de l'évaluation interne	3	La méthode utilisée pour l'évaluation interne est décrite en page 12 du rapport d'évaluation.	Le référentiel – service devra inclure dans l'avenir le questionnement de l'organisation choisie et pratiquée par le conseil d'administration.
1-1-2	L'implication des acteurs dans la démarche	4	L'ensemble du personnel permanent de l'Ehpad a été impliqué dans la démarche d'évaluation, ainsi que des représentants du conseil d'administration et du CVS.	
1-1-3	L'atteinte des objectifs de l'établissement, et les effets pour les usagers (prévus/imprévus, positifs ou négatifs)	2	Le système de transmission informatisé enregistre les effets imprévus du service rendu qui sont constatés par les personnels.	L'écriture du projet d'établissement, la maîtrise de la détection des erreurs et faits indésirables, la mise en place des projets personnalisés doivent être planifiées de manière plus claire sur le plan des actions d'amélioration du service.
1-1-4	La communication sur les résultats de l'évaluation interne et les propositions d'amélioration	4	La communication des résultats de l'évaluation interne est facilitée par le recours au système informatisé « transmissions »	
1-1-5	La mise en œuvre des mesures d'amélioration issues de l'évaluation interne et l'échéancier	3	Un plan échéancier des actions d'amélioration a été prévu.	Le plan d'action devra reprendre l'ensemble des actions d'amélioration qui ont été prévues, en les regroupant si nécessaire à la cohérence de l'action. Le suivi et la mise à jour du plan doivent être prévus et assurés. Le degré d'urgence des mesures à mettre en place pourrait être apprécié suivant des critères clarifiés.
1-1-6	Les modalités de suivi de la qualité et de bilan périodique	2	Une animatrice qualité a été désignée.	Pour le suivi de la qualité un outil unique devra être choisi, ce pourrait être le plan des actions d'amélioration, s'il est tenu à jour et s'il comporte aussi les objectifs suivis par la direction.

<p>1-1-7 La dynamique générale de la démarche d'amélioration continue</p>	<p>2 Il existe un système informatisé de transmission des informations qui aujourd'hui enregistre aussi les constats de dysfonctionnements et les actions correctives.</p>	<p>L'organisation qualité mise en objectif doit être décrite, les détections d'erreurs et dysfonctionnements, ainsi que les actions correctives pourraient dès à présent faire l'objet d'un suivi identifiable, différencié de l'ensemble des observations consignées dans les « transmissions ». Cette amélioration est d'autant plus nécessaire que la période est caractérisée par des évolutions nombreuses et rapides.</p>
---	--	---



1-2 La prise en compte des recommandations de l'Anesm par l'établissement

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
1-2-1	Les recommandations de bonnes pratiques de l'Anesm sont un outil de référence pour l'encadrement	3	Un recueil documentaire des recommandations de bonnes pratiques a été constitué.	
1-2-2	La pratique des professionnels s'appuie sur les recommandations de l'Anesm qui concernent l'établissement	3	Le référentiel service et le recueil documentaire à disposition des personnels sont orientés vers les recommandations s'appliquant plus particulièrement aux Ehpad.	
1-2-3	L'établissement s'organise afin d'améliorer la connaissance des recommandations de l'Anesm qui concernent ses activités	3	Des formations ont eu lieu ces dernières années concernant les recommandations de bonnes pratiques.	La formation de l'ensemble du personnel aux bonnes pratiques préconisées par l'Anesm devra être vérifiée, de nouvelles actions de formation devront être prévues.



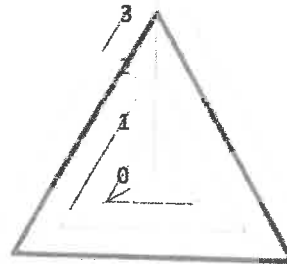
Domaine 2 : - LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET SA MISE EN OEUVRE

2-1 Le PE définit son objectif central en cohérence avec les missions imparties, et le décline en objectifs opérationnels

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-1-1	Le PE est établi, actualisé et valide ; il a été élaboré de manière collective et participative	3	L'écriture du projet d'établissement est prévue , elle fait l'objet d'une planification sur le plan des actions d'amélioration .En l'attente du projet écrit , le rapport d'évaluation interne a été prévu pour fédérer les personnels autour des objectifs du service .	L'analyse de la population (dépendance et pathologie) doit être actualisée avant d'entreprendre la réécriture du projet.
2-1-2	Le PE énonce clairement l'objectif central de l'établissement ; celui-ci est pertinent au regard des missions imparties	3	En l'absence de projet d'établissement écrit, le rapport d'évaluation interne a donné à la nouvelle direction l'opportunité d'écrire les objectifs centraux et opérationnels de l'établissement.	
2-1-3	L'objectif central de l'établissement se décline en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions	3	L'objectif central est décliné en objectifs opérationnels dans le plan d'action du rapport d'évaluation interne.	En l'absence de projet de service écrit , le plan d'action devra présenter l'ensemble des objectifs choisis d'une manière plus cohérente , en regroupant les actions prévues qui procède d'un même projet et en leur donnant un calendrier qui favorise leur réussite.

Le PE est établi, actualisé et valide ; il a été élaboré de manière collective et participative

4

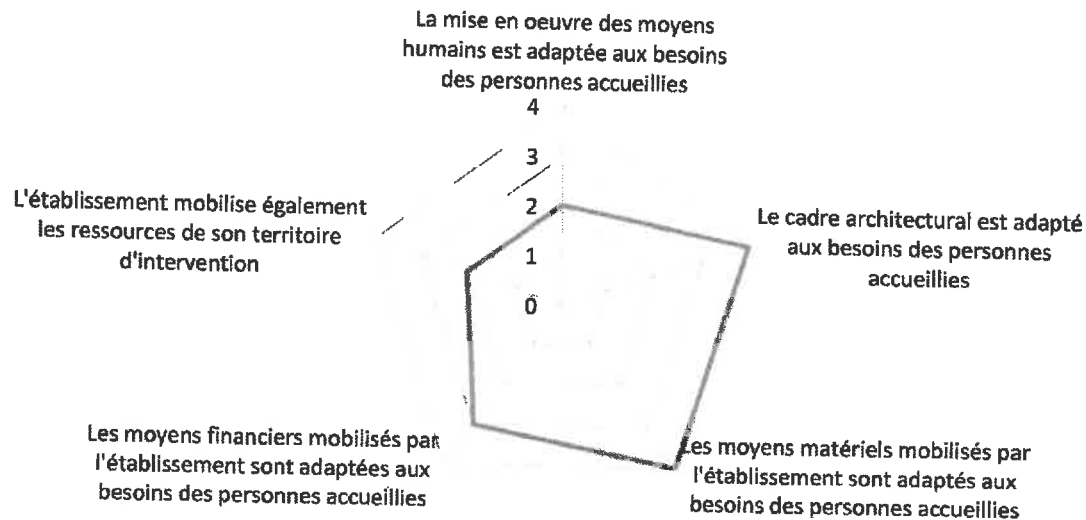


L'objectif central de l'établissement se décline en objectifs opérationnels cohérents et adaptés aux missions

Le PE énonce clairement l'objectif central de l'établissement ; celui-ci est pertinent au regard des missions imparties

2-2 Les ressources mobilisées par l'établissement permettent de mettre en oeuvre son projet.

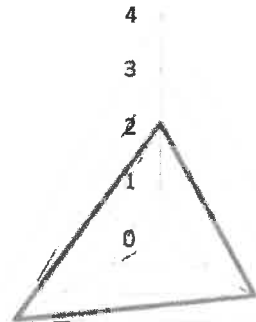
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-2-1	La mise en oeuvre des moyens humains est adaptée aux besoins des personnes accueillies	2	L'établissement bénéficie d'une dotation en personnel médecins et infirmières qui est d'environ le double de ce qui est habituellement accordé pour un établissement similaire.	Le projet de soin est à écrire, le planning du médecin coordonnateur doit permettre les temps de liaison avec les personnels et le développement de la fonction pédagogique auprès des personnels. L'intervention des infirmières dans les soins les toilettes et la supervision du nursing est à confirmer, pour atténuer le déséquilibre entre les équipes infirmières et aides soignant.
2-2-2	Le cadre architectural est adapté aux besoins des personnes accueillies	4	L'architecture est récente, elle a été particulièrement bien étudiée et conçue.	Les animations du service Pasa pourrait être prévues dans les locaux neufs.
2-2-3	Les moyens matériels mobilisés par l'établissement sont adaptés aux besoins des personnes accueillies	4	Les moyens matériels mobilisés sont adaptés au besoin des résidents	
2-2-4	Les moyens financiers mobilisés par l'établissement sont adaptés aux besoins des personnes accueillies	3	Les adaptations réalisées lors des derniers remaniements budgétaires, ont pour conséquences le maintien du service en continu, qui répond mieux au besoin des résidents.	Quelques administrateurs pourraient être chargés du suivi du projet d'établissement afin que la politique de la direction et les modalités opérationnelles choisies pour le service soient mieux connues du conseil.
2-2-5	L'établissement mobilise également les ressources de son territoire d'intervention	2		La mobilisation des ressources du territoire devra être envisagée avec le développement des partenariats



2-3 Le profil des professionnels et leurs compétences sont adaptés aux besoins de la population accompagnée

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-3-1	Les besoins d'accompagnement de la population accueillie sont identifiés dans le PE	2	La grille AGGIR est utilisée pour évaluer le degré de dépendance et le besoin d'accompagnement des personnes accueillies.	
2-3-2	L'établissement a défini des profils de recrutement correspondant aux besoins des personnes	2		Des fiches de poste sont à rédiger, contrôler et valider, pour que des profils de recrutement puissent être établis.
2-3-3	L'établissement met en oeuvre une pratique de recrutement permettant de choisir les personnes compétentes	3		La procédure d'embauche est à écrire, une méthode ou des critères applicables devront être précisés.

Les besoins d'accompagnement de la population accueillie sont identifiés dans le PE

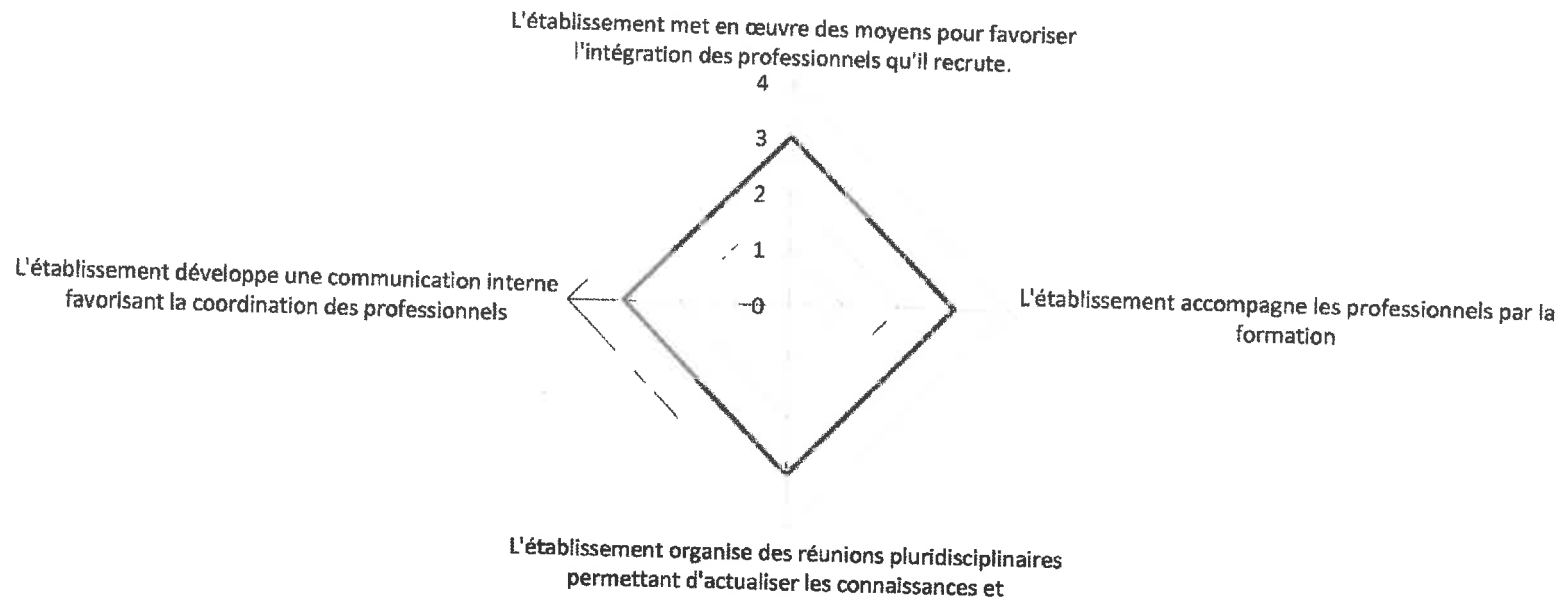


L'établissement met en oeuvre une pratique de recrutement permettant de choisir les personnes compétentes

L'établissement a défini des profils de recrutement correspondant aux besoins des personnes

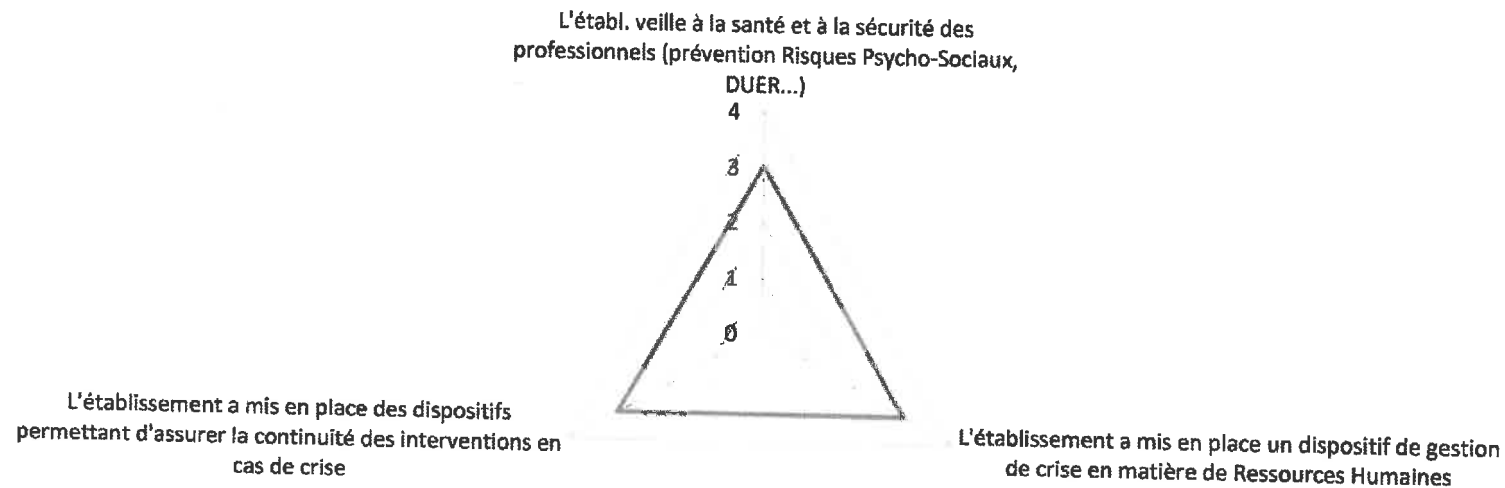
2-4 L'établ. s'organise pour adapter les professionnels à leur fonction et améliorer leurs compétences

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-4-1	L'établissement met en œuvre des moyens pour favoriser l'intégration des professionnels qu'il recrute.	3	Le travail en doublure et le rôle prévu de personnels tuteurs font partie de la pratique du service. Les entretiens annuels d'évaluation sont pratiqués et peuvent faire l'objet de contrats de progrès qui marquent la recherche d'adaptation à la fonction.	Une procédure générale "ressources humaines « devra intégrer dans les modalités d'embauche, la pratique de travail en doublure et le rôle de tuteur pour lequel les modalités de formation internes – externes sont à prévoir. L'organigramme devra être vérifié et modifié, sa compréhension par les personnels devra être vérifiée.
2-4-2	L'établissement accompagne les professionnels par la formation	3	Un plan de formation existe.	L'entretien annuel, individuel, destiné à l'évaluation est à systématiser.
2-4-3	L'établissement organise des réunions pluridisciplinaires permettant d'actualiser les connaissances et compétences	3	Deux types de réunions pluridisciplinaires sont en place.	Préciser la responsabilité pour l'animation de la réunion de soin, vérifier sa tenue mensuelle.
2-4-4	L'établissement développe une communication interne favorisant la coordination des professionnels	3	Un système de transmission des informations, organise la communication interne.	Le projet d'établissement devra prévoir l'écriture de la politique choisie pour la communication interne et la coordination des professionnels, et les moyens de la vérification de son efficacité.



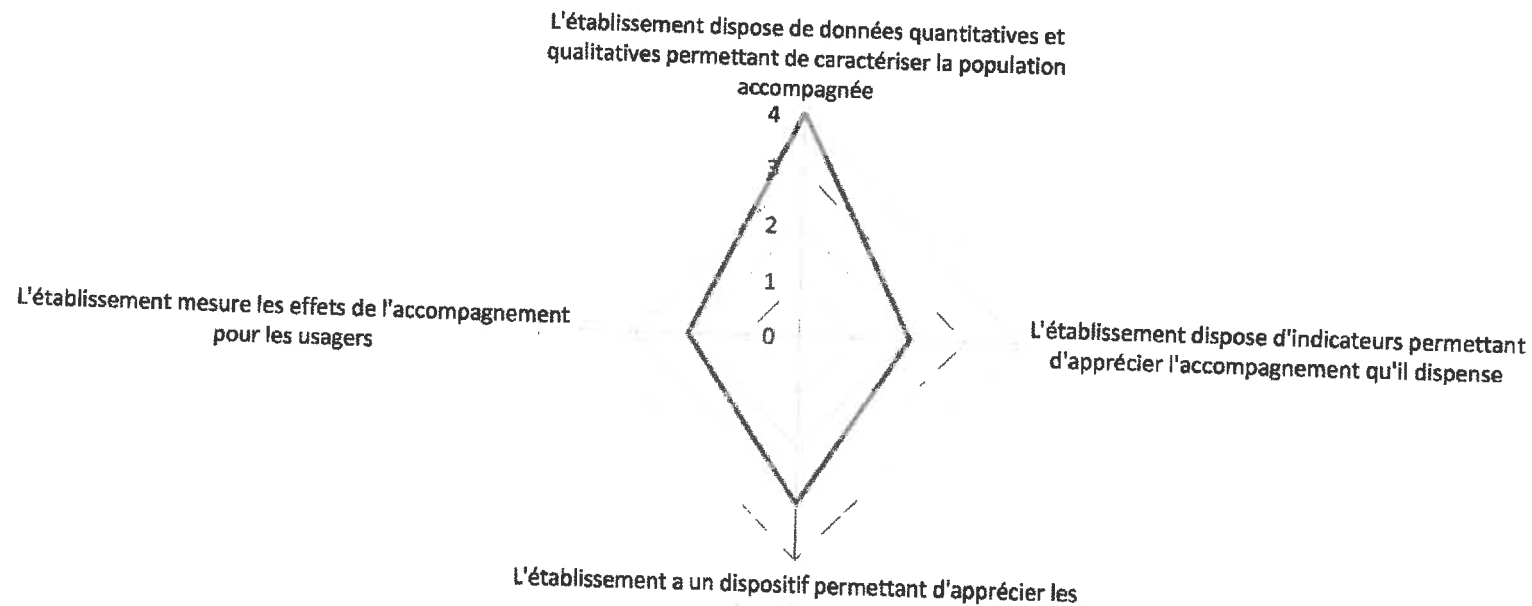
2-5 L'établ s'organise pour prévenir les risques professionnels et met en place des dispositifs de gestion de crise

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-5-1	L'établ. veille à la santé et à la sécurité des professionnels (prévention Risques Psycho-Sociaux, DUER...)	3	Le document DUER est établi depuis 2013.	Le document réglementaire destiné à l'identification des risques et à la prévention, devra faire l'objet d'un suivi, les risques liés à la pratique de la relation d'aide seront à analyser.
2-5-2	L'établissement a mis en place un dispositif de gestion de crise en matière de Ressources Humaines	3	Un dispositif de gestion de crise en matière de ressources humaines existe. La pratique de fonctionnement d'une cellule de crise existe.	Le fonctionnement de la cellule de crise doit être clarifié. Le rôle des administrateurs participant devra être précisé.
2-5-3	L'établissement a mis en place des dispositifs permettant d'assurer la continuité des interventions en cas de crise	3		L'astreinte à permanence de la direction doit être prévue assumée par plusieurs personnels cadres.



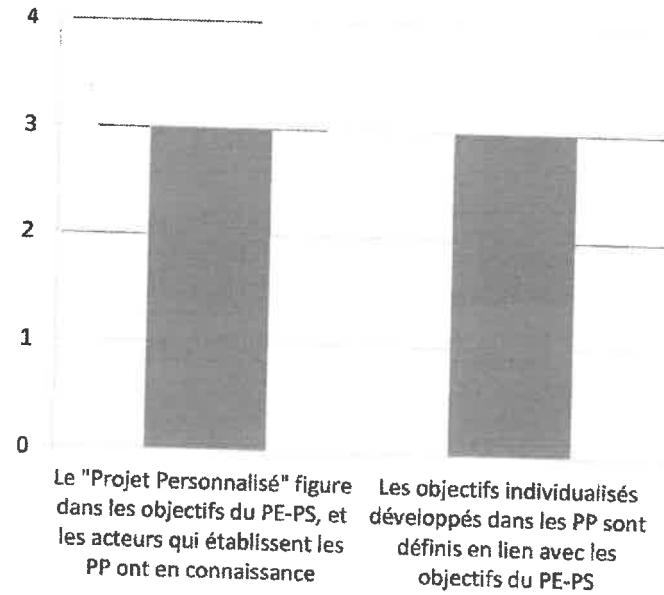
2-6 L'établ dispose de données permettant de caractériser la population et d'apprécier les ressources qu'il mobilise

Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-6-1 L'établissement dispose de données quantitatives et qualitatives permettant de caractériser la population accompagnée	4	Les évaluations des degrés de pathologie et de dépendance sont effectuées, certains indicateurs permettant de caractériser la population accompagnée, font l'objet d'un suivi.	
2-6-2 L'établissement dispose d'indicateurs permettant d'apprécier l'accompagnement qu'il dispense	2		Le choix d'indicateurs caractérisant la qualité de l'accompagnement réalisé devra être fait, le choix d'une méthode d'évaluation des compétences sociales des résidents pourrait faciliter cette opération.
2-6-3 L'établissement a un dispositif permettant d'apprécier les ressources humaines qu'il mobilise	3		
2-6-4 L'établissement mesure les effets de l'accompagnement pour les usagers	2	Le service a la capacité d'alerter et de corriger les effets indésirables occasionnés par l'accompagnement réalisé.	Une méthode devra guider les observations des personnels afin qu'une mesure et une analyse des effets de l'accompagnement soit rendue possible.



2-7 Les objectifs du PE-PS se déclinent, au niveau des usagers, en Projets Personnalisés

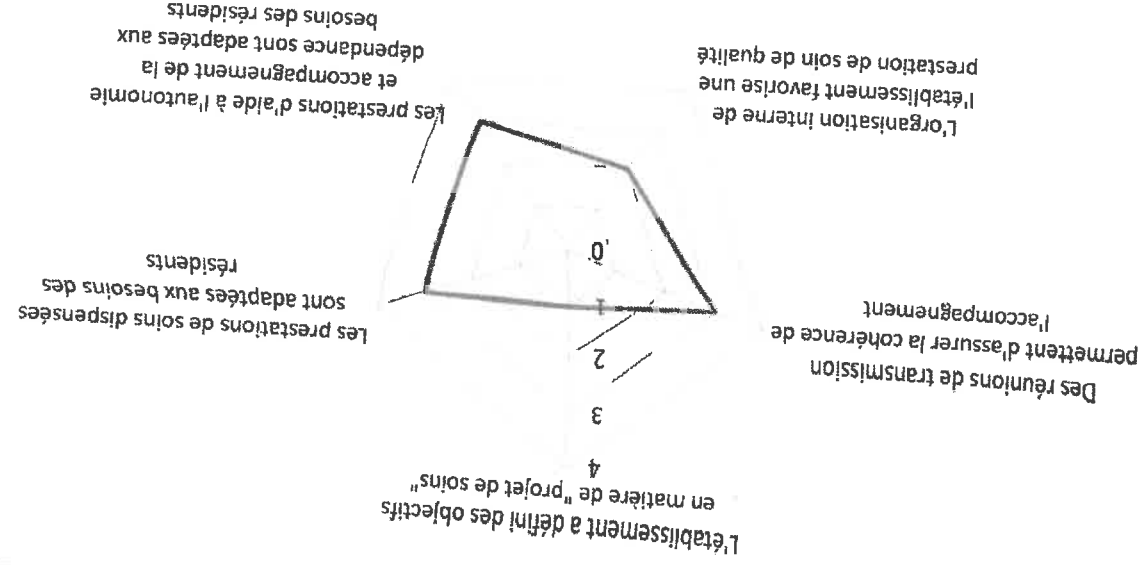
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-7-1	Le "Projet Personnalisé" figure dans les objectifs du PE-PS, et les acteurs qui établissent les PP ont en connaissance	3		
2-7-2	Les objectifs individualisés développés dans les PP sont définis en lien avec les objectifs du PE-PS	3	Les objectifs individualisés sont en lien avec les objectifs du service.	



2-8 L'établissement développe une organisation pertinente des soins aux résidents

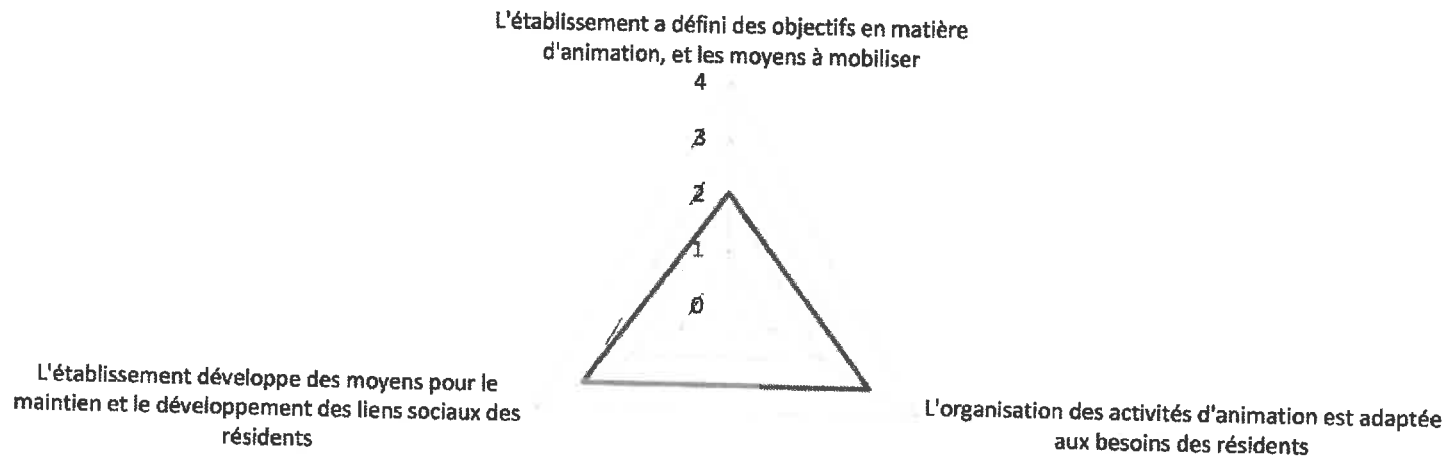
Questions évaluatives		Eval.	Points forts	
2-8-1	L'établissement a défini des objectifs en matière de "projet de soins"	1		
2-8-2	Les prestations de soins dispensées sont adaptées aux besoins des résidents	3	L'intervention d'un médecin spécialisé permet que des soins adaptés soient dispensés aux personnes présentant des troubles du comportement.	
2-8-3	Les prestations d'aide à l'autonomie et accompagnent de la dépendance sont adaptées aux besoins des résidents	3		
2-8-4	L'organisation interne de l'établissement favorise une prestation de soin de qualité	2		
2-8-5	Des réunions de transmission permettent d'assurer la cohérence de l'accompagnement	3	La cohérence de l'accompagnement est assurée au moyen d'une réunion quotidienne de transmission, et ajustement des pratiques.	Le projet de révision de la fonction de médecin coordonnateur, devra intégrer la présence du médecin dans la réunion de transmission et son rôle de pédagogue à cette occasion.

Points à améliorer
La fonction de médecin coordonnateur paraît devoir être réétudiée.



2-9 L'établissement développe une organisation pertinente des activités sociales

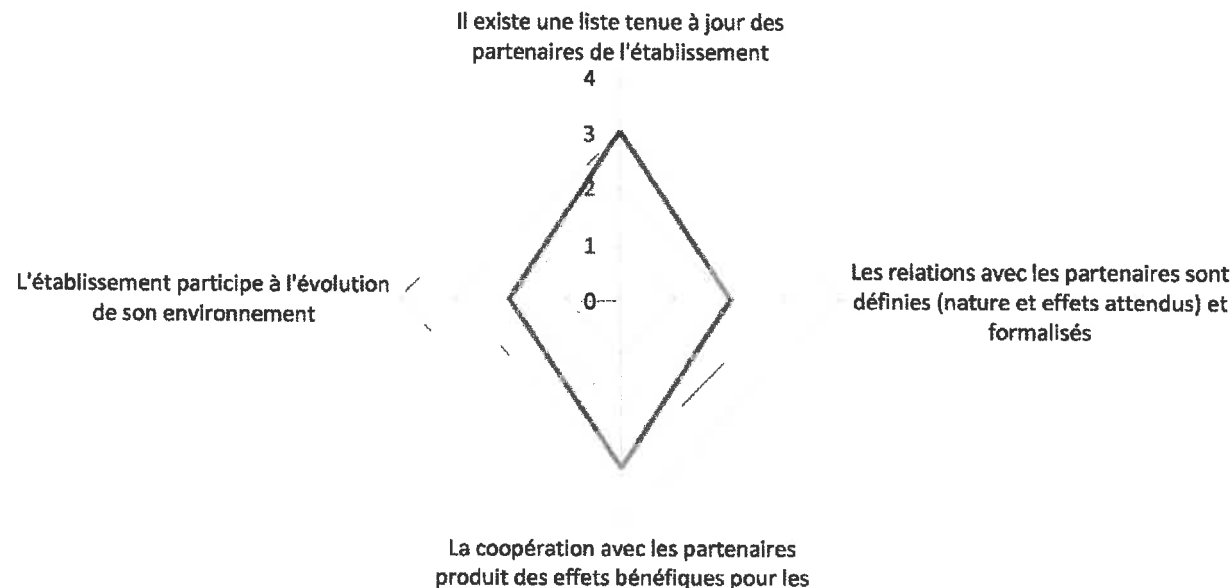
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
2-9-1	L'établissement a défini des objectifs en matière d'animation, et les moyens à mobiliser	2		Le projet d'animation, devra être précédé de l'annonce par la direction des orientations qui sont recherchées pour cette activité.
2-9-2	L'organisation des activités d'animation est adaptée aux besoins des résidents	3	Une modalité a été prévue pour que l'adaptation des animations aux besoins des usagers puisse exister.	
2-9-3	L'établissement développe des moyens pour le maintien et le développement des liens sociaux des résidents	3		La recherche du maintien des liens devra être clarifiée, et ses moyens précisés dans le projet d'animation.



Domaine 3 : - L'OUVERTURE DE L'ETABLISSEMENT SUR SON ENVIRONNEMENT

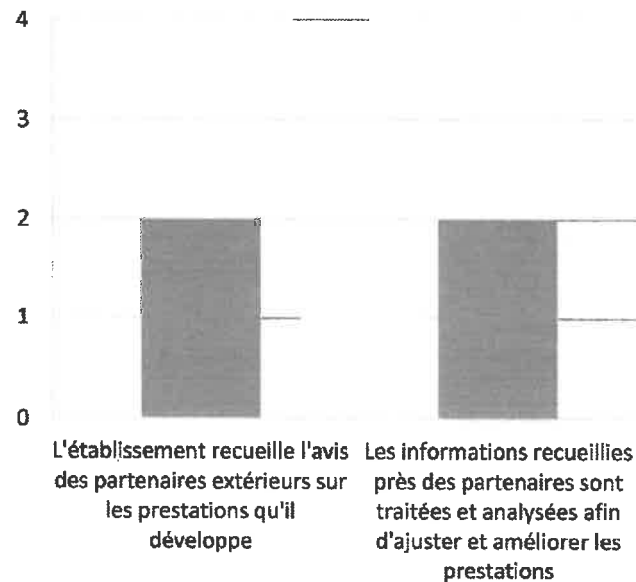
3-1 L'établissement a mis en place des partenariats (externes, et/ou internes)

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
3-1-1	Il existe une liste tenue à jour des partenaires de l'établissement	3		Une liste des partenariats est à écrire, pour chacun des partenariats, une personne référente à désigner .Les nouveaux partenariats recherchés doivent apparaître sur la liste.
3-1-2	Les relations avec les partenaires sont définies (nature et effets attendus) et formalisés	2		La liste des partenariats et des personnes référentes, devra préciser, l'objectif à atteindre, les effets attendus.
3-1-3	La coopération avec les partenaires produit des effets bénéfiques pour les usagers	3		Le suivi des partenariats devra inclure des observations ou mesures régulières permettant l'évaluation des effets sur la vie des usagers.
3-1-4	L'établissement participe à l'évolution de son environnement	2	L'établissement prévoit des enquêtes de satisfaction régulières en direction de ses partenaires, lui permettant à terme, d'évaluer sa participation à l'évolution de son environnement.	La régularité et la périodicité des enquêtes de satisfaction prévues, devront être vérifiées.



3-2 La perception des partenaires à l'égard du rôle et des missions de l'établissement est positive

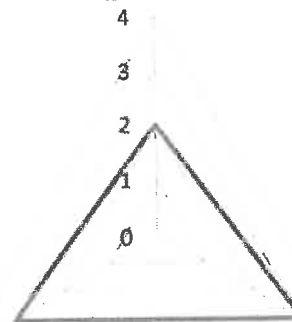
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
3-2-1	L'établissement recueille l'avis des partenaires extérieurs sur les prestations qu'il développe	2		La manière d'informer les partenaires, et de les intéresser à une enquête de satisfaction devra faire l'objet d'un groupe de travail
3-2-2	Les informations recueillies près des partenaires sont traitées et analysées afin d'ajuster et améliorer les prestations	2		Les enquêtes de satisfaction, et la désignation d'une personne référente pour chacun des partenariats permettra l'analyse des résultats et les actions d'ajustement des partenariats.



3-3 Les interventions des partenaires s'intègrent aux projets personnalisés

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
3-3-1	Les interventions des personnes extérieures se coordonnent et s'articulent avec celles de l'établissement	2		Il est urgent de pallier à l'absence de projet de soin qui a des conséquences sur l'absence de coordination suffisante des actes médicaux concourant au projet de soin personnalisé du résident.
3-3-2	Les interventions des partenaires s'organisent autour du projet de la personne accompagnée	3		Le rôle de personnel référent du projet personnalisé est à écrire, en complément de la procédure d'élaboration du projet.
3-3-3	Le partage d'informations est organisé dans le respect des droits des personnes accompagnées	3	Le système informatisé permettant le partage d'informations prévoit des accès sélectifs permettant le respect du secret professionnel.	Une vérification du système de transmission quant au respect des principes du secret professionnel serait à prévoir. Le recueil documentaire et le plan de formation devront tenir compte de la nécessité de s'assurer de la bonne connaissance par les personnels des principes du secret professionnel.

Les interventions des personnes extérieures se coordonnent et s'articulent avec celles de l'établissement

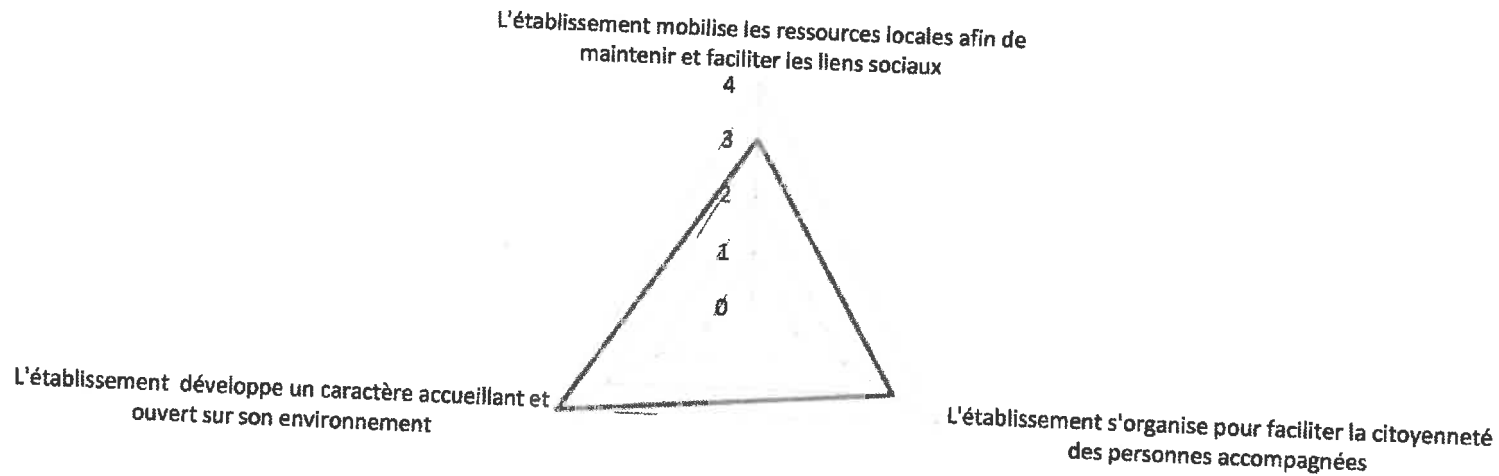


Le partage d'informations est organisé dans le respect des droits des personnes accompagnées

Les interventions des partenaires s'organisent autour du projet de la personne accompagnée

3-4 L'établ mobilise les ressources du territoire pour promouvoir l'intégration sociale et citoyenne des usagers

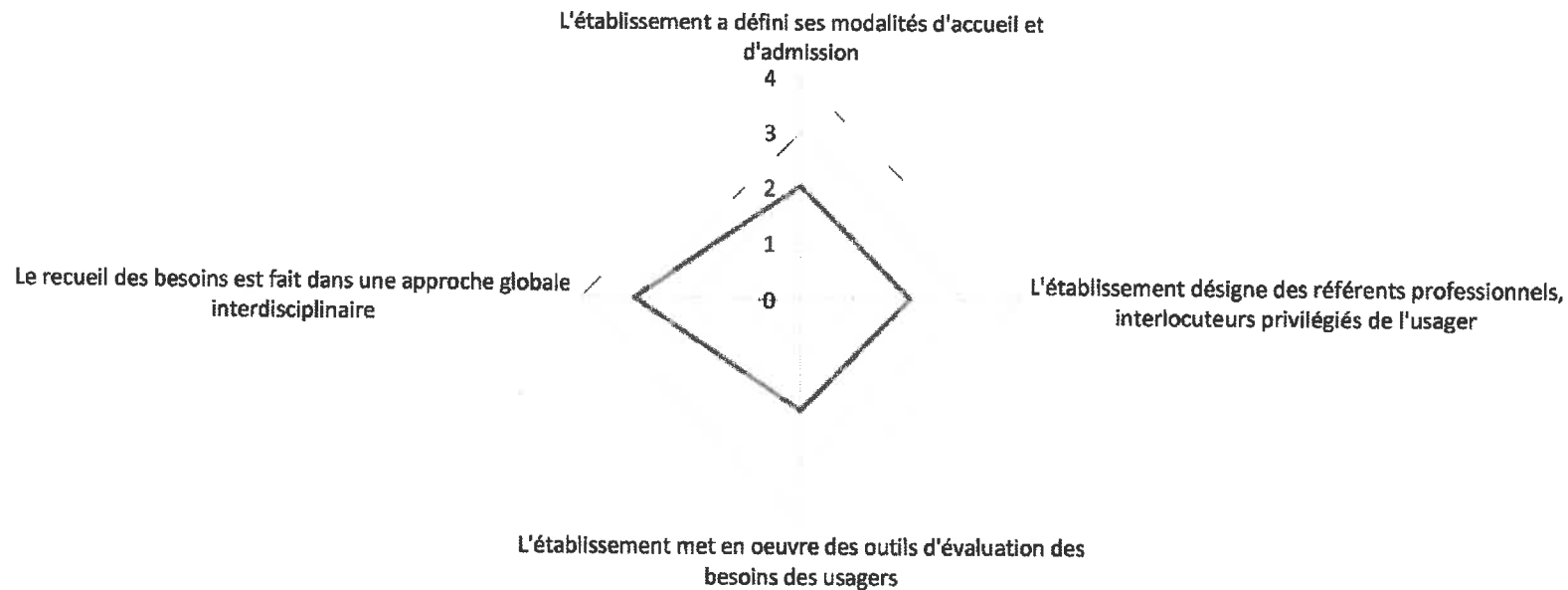
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
3-4-1	L'établissement mobilise les ressources locales afin de maintenir et faciliter les liens sociaux	3		
3-4-2	L'établissement s'organise pour faciliter la citoyenneté des personnes accompagnées	3	L'expression du droit de vote est facilitée.	
3-4-3	L'établissement développe un caractère accueillant et ouvert sur son environnement	4	L'établissement sait attirer vers lui les associations locales	



Domaine 4 : - LA PERSONNALISATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

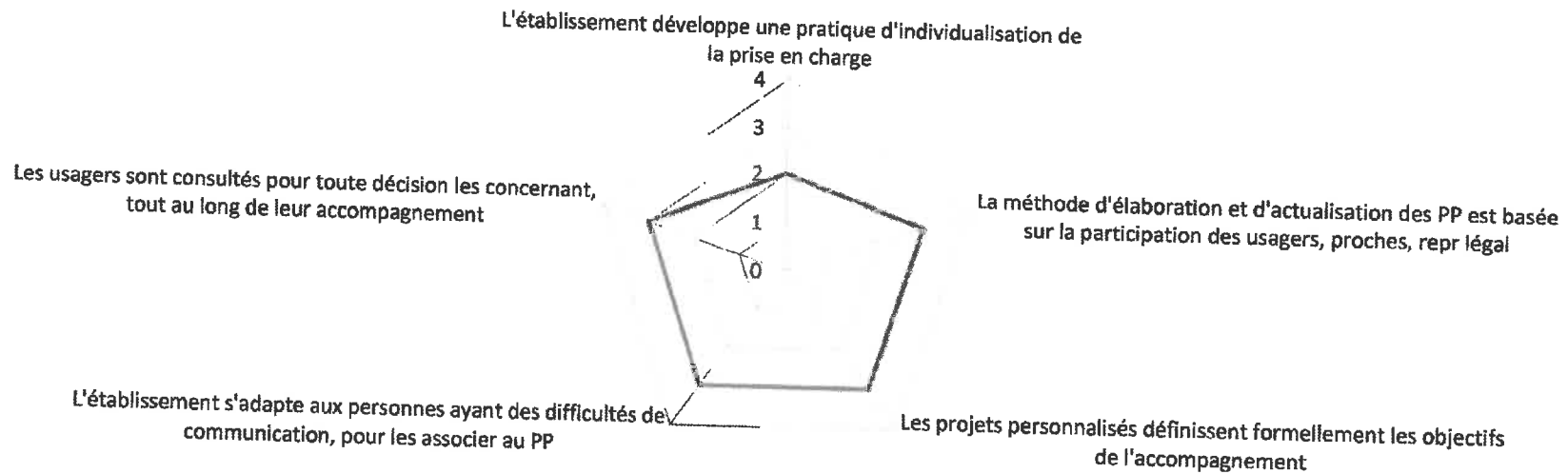
4-1 L'établ recueille et évalue les besoins des usagers qu'il accueille

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
4-1-1	L'établissement a défini ses modalités d'accueil et d'admission	2	Une procédure d'usage existe pour l'admission.	La procédure d'admission est à rédiger .La pertinence de l'usage qui a été pratiqué est à vérifier à cette occasion.
4-1-2	L'établissement désigne des référents professionnels, interlocuteurs privilégiés de l'utilisateur	2		Le rôle du référent du projet personnalisé est à clarifier.
4-1-3	L'établissement met en oeuvre des outils d'évaluation des besoins des usagers	2		Prévoir dans le rôle du référent, la méthode à appliquer pour exercer une vigilance concernant l'évolution des besoins des résidents.
4-1-4	Le recueil des besoins est fait dans une approche globale interdisciplinaire	3	Deux réunions pluridisciplinaires sont prévues pour le recueil des besoins des résidents.	Si la réunion de transmission est confirmée comme moyen pour la mesure des besoins des résidents, son caractère pluridisciplinaire devra être complété par la présence du médecin coordonnateur.



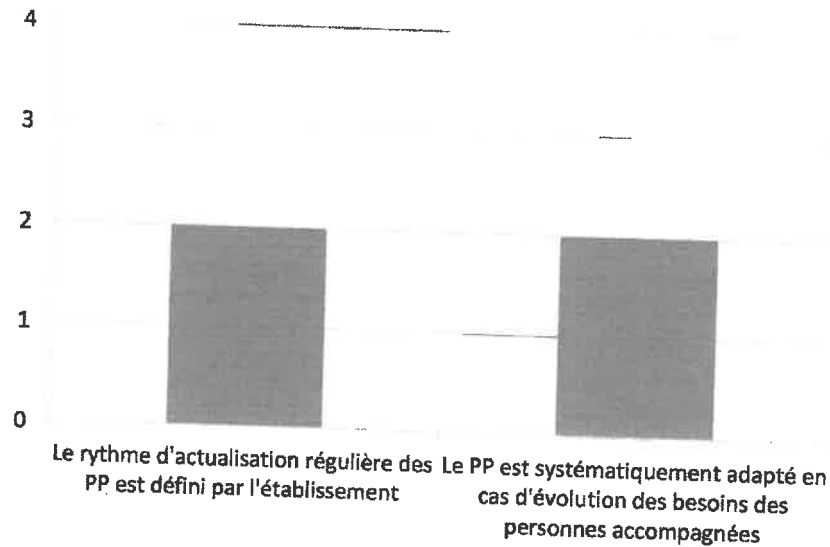
4-2 Les usagers (et/ou Repr.légal) participent à l'élaboration et à l'actualisation de leur P.P.

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
4-2-1	L'établissement développe une pratique d'individualisation de la prise en charge	2		
4-2-2	La méthode d'élaboration et d'actualisation des PP est basée sur la participation des usagers, proches, repr légal	3	La participation de l'utilisateur à l'élaboration de son projet est une pratique du service.	La procédure d'élaboration des projets personnalisés doit prévoir une participation du résident plus formalisée.
4-2-3	Les projets personnalisés définissent formellement les objectifs de l'accompagnement	3		Les compétences sociales du résident sont à évaluer et à prendre en compte pour le choix des objectifs d'accompagnement.
4-2-4	L'établissement s'adapte aux personnes ayant des difficultés de communication, pour les associer au PP	3		L'établissement pourrait répertorier les outils et méthodes en usage dans le service et celles dont l'acquisition ferait progresser la pratique d'accompagnement.
4-2-5	Les usagers sont consultés pour toute décision les concernant, tout au long de leur accompagnement	3		La consultation du résident pour les décisions le concernant doit être étudiée au moment où le service écrit sa procédure d'élaboration du projet personnalisé. La vérification de cette consultation doit être prévue



4-3 Les PP sont actualisés périodiquement, afin de les adapter à l'évolution des situations

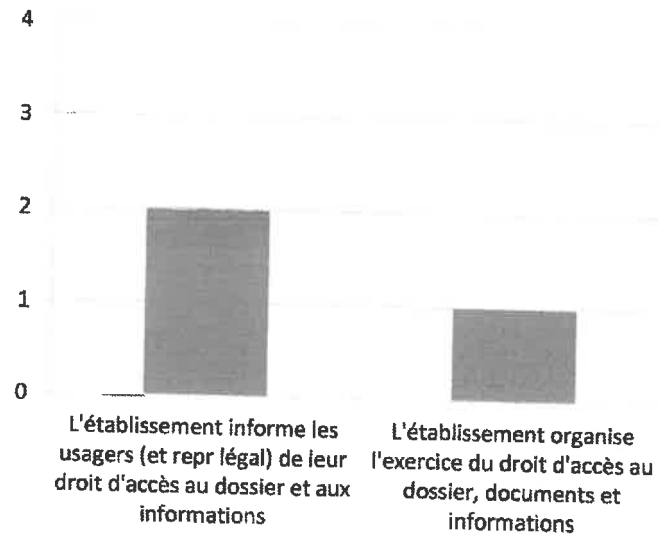
Questions évaluatives		Eval.	Points forts	Points à améliorer
4-3-1	Le rythme d'actualisation régulière des PP est défini par l'établissement	2		
4-3-2	Le PP est systématiquement adapté en cas d'évolution des besoins des personnes accompagnées	2	Une réunion existe qui prévoit l'actualisation du projet personnalisé.	Pour répondre à l'évolution des besoins des personnes la vigilance sera prévue dans le rôle du référent qui va être écrit .la méthode à employer pour cela devra être précisée.



Domaine 5 : - L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES USAGERS

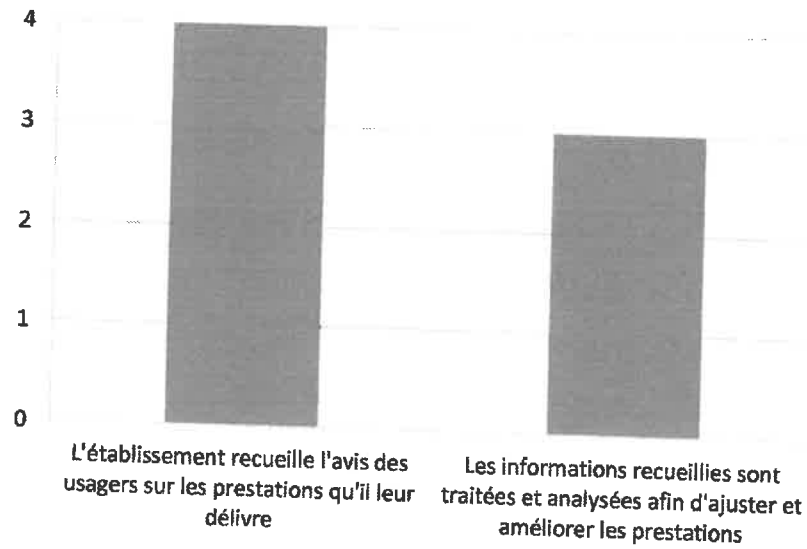
5-1 Les usagers (leur Repr.légal) ont accès aux informations les concernant

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
5-1-1	L'établissement informe les usagers (et repr légal) de leur droit d'accès au dossier et aux informations	2	L'information de l'utilisateur sur le droit d'accès au dossier le concernant fait l'objet d'une prévision.	Les documents sont à réviser pour y inclure le droit d'accès au dossier du résident, en particulier dans le contrat de séjour.
5-1-2	L'établissement organise l'exercice du droit d'accès au dossier, documents et informations	1		Les modalités d'accompagnement pour l'accès du résident à son dossier sont à prévoir .Elles devront permettre l'exercice du secret professionnel.



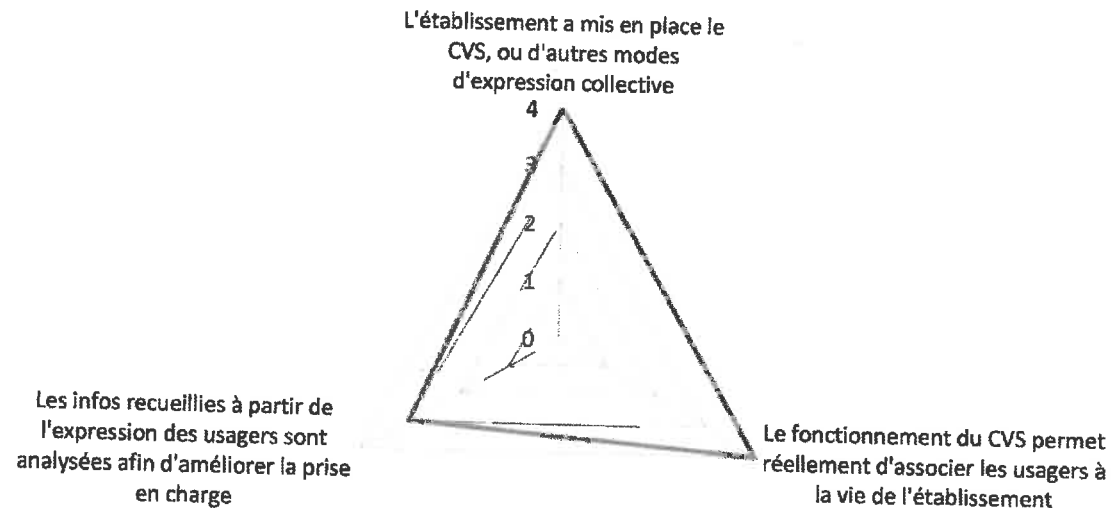
5-2 L'établ. prend en compte la perception qu'ont les usagers de son rôle et de ses missions

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
5-2-1	L'établissement recueille l'avis des usagers sur les prestations qu'il leur délivre	4	L'avis des usagers sur les prestations qui leur sont destinées est recueilli .Il s'agit d'une pratique vérifiée.	
5-2-2	Les informations recueillies sont traitées et analysées afin d'ajuster et améliorer les prestations	3		



5-3 L'établ. met en place des moyens d'expression collective des usagers, afin d'améliorer l'accompagnement

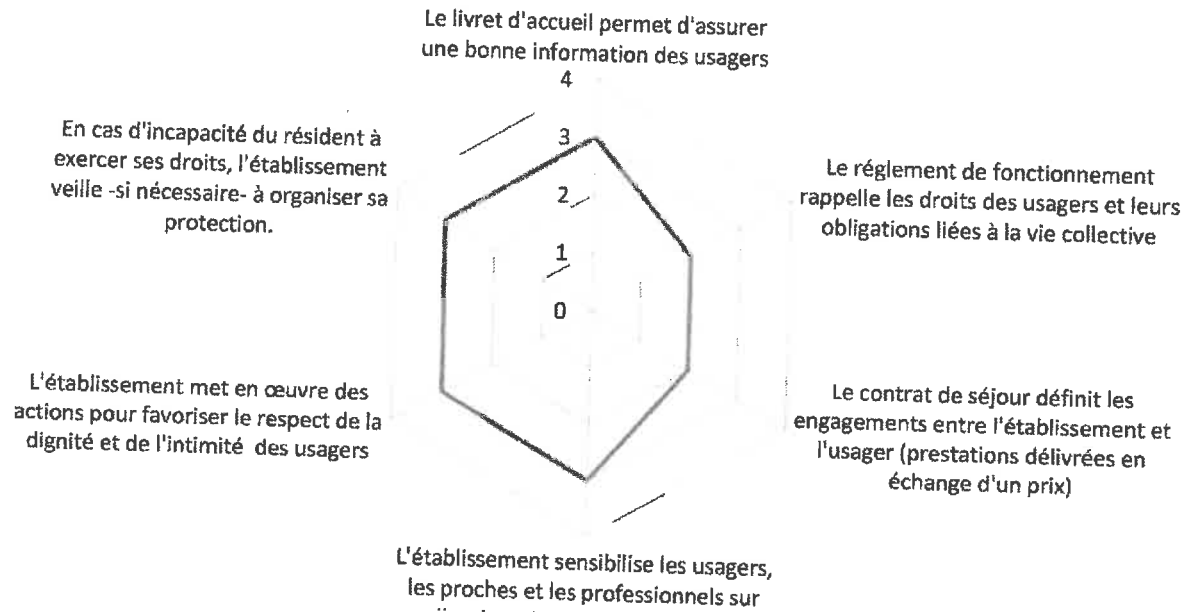
	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
5-3-1	L'établissement a mis en place le CVS, ou d'autres modes d'expression collective	4	Le CVS est une instance mise en place, dont le fonctionnement est vérifié.	
5-3-2	Le fonctionnement du CVS permet réellement d'associer les usagers à la vie de l'établissement	4	L'ordre du jour du CVS reprenant les propositions collectées par la boîte à idées, et la représentation du CVS au conseil d'administration permettent de vérifier une réelle association des usagers à la vie de l'établissement.	
5-3-3	Les infos recueillies à partir de l'expression des usagers sont analysées afin d'améliorer la prise en charge	3		



Domaine 6 : - LA GARANTIE DES DROITS, LA POLITIQUE DE PREVENTION ET DE GESTION DES RISQUES

6-1 L'établ. s'organise pour mettre en œuvre le respect des droits, la dignité et le droit à l'intimité

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
6-1-1	Le livret d'accueil permet d'assurer une bonne information des usagers	3		Le livret d'accueil pourrait être actualisé pour les éléments périmés dans le projet d'animation .Un personnel pourrait être mandaté pour cela, une périodicité de révision pourrait être déterminée. Les conditions de validation du document pourraient être rendues apparentes.
6-1-2	Le règlement de fonctionnement rappelle les droits des usagers et leurs obligations liées à la vie collective	2		Le règlement de fonctionnement doit être révisé pour actualiser son contenu, mais aussi pour y inclure certains droits des usagers, et en faire une annexe du contrat de séjour si nécessaire.
6-1-3	Le contrat de séjour définit les engagements entre l'établissement et l'usager (prestations délivrées en échange d'un prix)	2		Le caractère bilatéral du contrat de séjour doit être réexaminé, la présentation des engagements du service faite, la validation du document affichée.
6-1-4	L'établissement sensibilise les usagers, les proches et les professionnels sur l'accès et le recours aux droits	3	La charte des droits et libertés de la personne accueillie est le document de référence utilisé pour informer les usagers sur l'accès et le recours au droits.	La compréhension des usagers de leurs droits et des modalités d'accès à ces droits devra être vérifiée.
6-1-5	L'établissement met en œuvre des actions pour favoriser le respect de la dignité et de l'intimité des usagers	3	Le service a mis au point des organisations et usages, basés sur des principes éthiques, favorisant le respect de la dignité et de l'intimité des personnes.	Les principes de respect du secret professionnel qui constituent des usages éthiques du service pourraient faire l'objet d'un recensement et d'une transcription dans le projet d'établissement.
6-1-6	En cas d'incapacité du résident à exercer ses droits, l'établissement veille -si nécessaire- à organiser sa protection.	3	L'établissement a prévu l'organisation d'une vigilance concernant les situations à risque justifiant l'étude d'une mesure de protection.	La vigilance exercée par la psychologue , concernant les situations familiales ou sociales présentant des risques et justifiant la recherche d'une mesure de protection , est une pratique qui pourrait être clarifiée dans la fiche de poste , la fiche de fonction , et qui pourrait donner lieu à un engagement de service écrit dans le règlement de fonctionnement et dans le projet d'établissement .C'est également un élément à répertorier dans le système de prévention des risques.

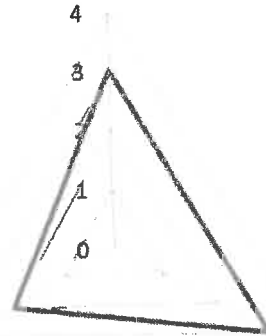


6-2 L'établ. s'organise pour traiter les événements indésirables (dont la maltraitance) et améliorer l'accompagnement

Questions évaluatives		Eval.	Points forts	Points à améliorer
6-2-1	L'établ. organise le recueil des événements indésirables (dysfonctionnements, incidents, situations de crise...)	3		La procédure en projet devra prévoir, sur le support informatisé choisi, un réel « registre de signalements interne et externe » : numérotation des signalements, inéfaçabilité, mention des explications de la décision de direction conduisant au traitement interne ou externe des faits signalés, traçabilité du traitement correctif. Le fait que le document informatisé est choisi comme étant le document officiel ou de référence devra être précisé dans la description de l'organisation qualité. (équivalent du manuel qualité)
6-2-2	En cas d'événement indésirable, l'établissement met en place les mesures correctives	3	Des actions correctives existent dont on peut trouver trace dans le système de transmissions informatisé.	La procédure prévue pour les signalements internes devra inclure les modalités de suivi des actions correctives.

6-2-3	L'établissement assure un traitement spécifique des situations de maltraitance	2	L'établissement connaît l'exigence de traitement spécifique des situations de maltraitance, et affirme le réaliser. Une procédure est en cours de rédaction et de validation pour aider à la systématisation de cette pratique.	Le système de signalement interne qui est prévu, devra constituer un réel registre des signalements interne et externe, la décision de signalement externe explicitée, pourra permettre d'identifier le traitement spécifique réservé aux faits de maltraitance. L'effort de formation des personnels devra être repris concernant la bientraitance, son cadre juridique, et la manière de qualifier les faits observés.
-------	--	---	---	--

L'établ. organise le recueil des événements indésirables (dysfonctionnements, incidents, situations de crise...)

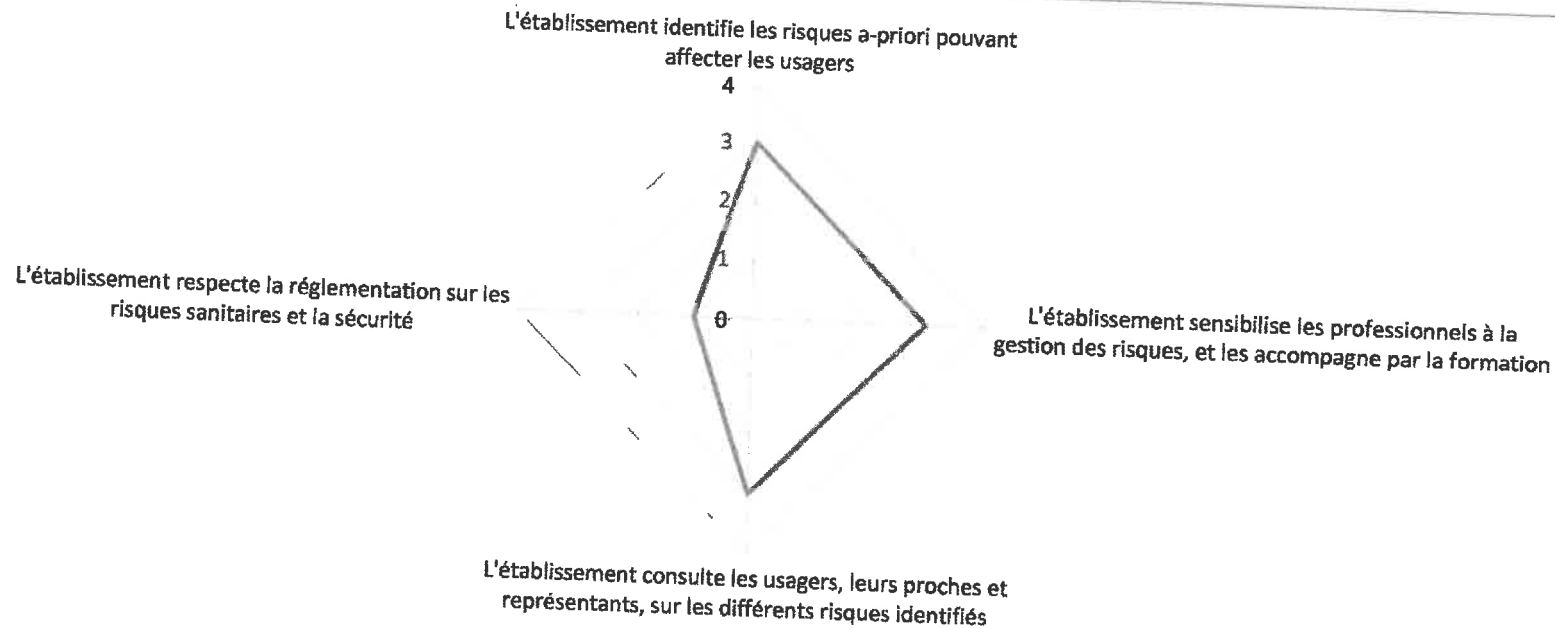


L'établissement assure un traitement spécifique des situations de maltraitance

En cas d'évènement indésirable, l'établissement met en place les mesures correctives

6-3 L'établ. met en place une gestion préventive des risques (identification des risques, mesures d'organisation...)

	Questions évaluatives	Eval.	Points forts	Points à améliorer
6-3-1	L'établissement identifie les risques a-priori pouvant affecter les usagers	3	Les risques principaux sont identifiés et font l'objet de protocoles de prévention.	
6-3-2	L'établissement sensibilise les professionnels à la gestion des risques, et les accompagne par la formation	3	Il existe en interne l'organisation d'apports formatifs concernant la prévention des risques liés à la relation d'aide	La prévision du système de prévention des risques telle qu'elle apparait dans le plan d'amélioration ne facilitera pas la mise en place du système, si elle ne constitue pas un sous chapitre identifié « système de prévention des risques » dont le caractère complet pourrait être vérifié.
6-3-3	L'établissement consulte les usagers, leurs proches et représentants, sur les différents risques identifiés	3	Un personnel est désigné pour la consultation des usagers sur les risques qu'ils identifient.	Le rôle de consultation des usagers sur les risques qu'ils identifient, rôle confié à la psychologue, doit être identifié comme élément du système de prévention des risques, il doit être précisé quant à sa fréquence et à la systématisation.
6-3-4	L'établissement respecte la réglementation sur les risques sanitaires et la sécurité	1		Prévoir la mission de veille réglementaire sanitaire dans la fonction du médecin coordonnateur
Propositions / Préconisations				





Annexe n° 9 : FICHE ACTION

CPOM



EHPAD du Centre Hospitalier d'ISSOUDUN

AVENUE JEAN BONNEFONT - CS 70190 - 36 105 ISSOUDUN CEDEX
Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

Fiche Action N°1.1

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement

Personne Référente :	Médecin coordonnateur/cadres de santé	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	Outils de la loi 2002-2 ; projet de soins ; projet personnalisé ; projet d'animation ; projet d'établissement Nécessité de poursuivre et de maintenir la généralisation du projet personnalisé d'accompagnement Elaborer un projet de vie spécifique pour la prise en charge des personnes désorientées ou atteintes de la maladie d'Alzheimer		
Description de l'action	<p>Le recueil d'informations pour élaborer le PAP : le référent recueille en collaboration avec l'équipe tout ce qui est observé par les différents acteurs et par lui-même et, avec l'aide d'une infirmière référente, il élabore une synthèse qui servira de base au projet qui devra être soumis au résident lui-même pour approbation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparation de la réunion PAP : la synthèse est présentée en équipe pluridisciplinaire en vue d'élaborer les bases du projet personnalisé. - Réunion PAP : une fois le projet finalisé par le référent, il est présenté au résident ou à son représentant légal et l'avis du résident est pris pour rédiger le PAP « définitif » - Contractualisation du PAP référent-résident : une fois les ajustements faits, le PAP est soumis au résident pour approbation par signature. Cette étape doit être réalisée dans les 2 mois qui suivent l'admission. - Intégration des proches : si le résident le souhaite, cette étape peut être suivie d'une présentation aux proches en présence de l'intéressé pour information - Mise en œuvre du PAP : les objectifs fixés dans le PAP sont déclinés en actions concrètes qui sont connues et suivies de tous les acteurs qui transitent autour du résident + les actions sont planifiées et réalisées - Suivi du PAP : le référent s'assure que les objectifs et actions fixés dans le PAP sont respectés, il vérifie le niveau de satisfaction du résident et interpelle l'équipe pluridisciplinaire en cas de difficulté - Evaluation et réévaluation du PAP : au moins une fois par an ou en cas de changement important, le PAP est revu et réajusté le cas échéant 		
Identification des acteurs à mobiliser	Le résident (ou son représentant légal) Tous les professionnels engagés dans la fonction de référent Le médecin coordonnateur, les autres professionnels (ergothérapeute, psychologue, animatrices...), le cadre.		
Moyens nécessaires	<p>Chaque EHPAD accueille entre 84 et 90 résidents, mais avec le turn-over, on peut facilement avoir une centaine de résidents sur un an en liste active. Si on veut élaborer un PAP par an par résident, il faut dans chaque EHPAD au moins faire 3 présentations de PAP par semaine. Ce qui en terme humain nécessite qu'une fois par semaine, 3 référents + 1 IDE + 1 médecin coordonnateur + 1 cadre se réunissent pour finaliser et présenter 2 PAP. Chaque présentation peut être de 1 heure 10', d'où 3 heures 30' par semaine de réunion PAP.</p> <p>Par ailleurs, chaque référent s'occupe de 3 résidents, il lui faut 1 jour par résident pour l'élaboration. D'où environ 33 jours agents par an pour l'élaboration. Pour les IDE, il est nécessaire de prévoir ½ journée par semaine dédiée au PAP, soit 26 jours IDE dédiés au PAP. Ce temps est équivalent pour le médecin coordonnateur et le cadre.</p> <p>La formalisation du PAP finalisé peut être attribuée à un agent administratif qui serait détaché 1 journée par semaine. Le logiciel de soins doit permettre la saisie du PAP et la génération des actions à mettre en place et de leur traçabilité dans le plan de soins individualisé.</p> <p>La mise en œuvre du PAP nécessite des moyens en aides-soignants suffisants, c'est à dire avec un ratio de 1 AS pour 8 résidents sur les plages horaires du matin et du soir.</p> <p>Pour réaliser certains PAP, il sera nécessaire d'avoir un véhicule permettant de transporter les personnes en fauteuil roulant.</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p> <p>La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>		

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		MI-parcours
Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident	6 %	0		
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	1 %			
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)	réalisation fiche action			
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	27 %			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La mise en place de cette fiche action nécessite de pouvoir compter sur des effectifs en nombre suffisant permettant de dégager du temps nécessaire au recueil d'information, à l'élaboration du projet individualisé, à des temps de rencontre en équipe pluridisciplinaire, à la présentation du projet au résident et au temps de suivi du PAP. L'ensemble des professionnels est formé à la méthodologie du PAP.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°1 .2				
Axe 1				
Expression et participation individuelle et collective des résidents				
1-2 Favoriser la formulation des directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance				
Personne Référente :	Médecin coordonnateur/cadres de santé	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 19 : - anticiper les situations de crise et d'urgence ; - favoriser l'expression des choix de la personne.			
	Modalités : - faire connaître à tous, les différents dispositifs et leurs caractéristiques ; - réaliser des supports d'information claires et accessibles à tous pour informer le public des droits de protection et de représentation apportées par la loi ASV ; - former le personnel des ESMS...			
Description de l'action	Lorsque la personne est admise, dès la constitution du dossier d'entrée, il doit lui être remis le formulaire de désignation de la personne de confiance et le support prévu pour exprimer ses directives anticipées. Ces aspects sont d'ailleurs abordés dans le règlement de fonctionnement. Dès l'entrée en structure, ces documents seront demandés, voire expliqués et accompagnés si besoin. Le remplissage ou non de ces documents non obligatoires seront tracés dans le dossier du résident. Utilisation de pictogrammes adaptés à la compréhension de chacun.			
Identification des acteurs à mobiliser	L'agent administratif en charge de constituer le dossier avec la famille dès que l'admission est prononcée. L'infirmière et l'agent référents dans le mois qui suit l'entrée. L'encadrement au moment des PAP.			
Moyens nécessaires	Documents de directives anticipées/pictogrammes adaptés à la compréhension du résident. Le document de désignation de la personne de confiance en vigueur dans l'établissement. Le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement actualisés.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2022	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux de résidents ayant formulé des directives anticipées	29%		
	Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance	90%		
	Taux de résidents informés qu'ils peuvent formuler des directives anticipées et/ou désigner une personne de confiance	100,00%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Il doit être rechercher l'avis du résident concernant le choix de la personne de confiance et de ses volontés concernant l'accompagnement de sa fin de vie, mais cela reste au choix du résident, non de sa famille. L'essentiel n'est pas de tendre vers un objectif quantitatif mais bien de respecter le choix éthique de la personne.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action Etablissement N° 1.3			
Axe 1			
Expression et participation individuelle et collective des résidents			
1-3 Amélioration du fonctionnement des animations			
Personne Référente :	Médecin coordonnateur / Cadres de santé des EHPAD / Animatrices	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Les EHPAD du CHTB disposent de 2 animatrices qui interviennent sur les 2 EHPAD pour proposer des activités, ateliers et animations au sein des EHPAD mais également des sorties et des collaborations.</p> <p>Un transfert de compétences en direction des agents d'accompagnement et de soins est organisé mais leur disponibilité, trop rare pour assurer les animations du quotidien, ne permet pas une optimisation de la fonction animation.</p> <p>Les animatrices rencontrent par ailleurs plusieurs difficultés relatives aux locaux disponibles (sur Bel Air), à l'obsolescence ou l'absence de matériel, en particulier en matière de transport.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recommandations Anesm/HAS : Qualité de vie en EHPAD (volet 3) – La vie sociale des résidents en EHPAD - Recommandations générales de la DGCS relatives aux animations FLASH en EHPAD - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Loi n°2015-776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement 		
Description de l'action	<p>Il s'agit d'abord de rédiger un projet d'animation ambitieux où les grands axes devront être portés sur le déploiement et la pérennisation des activités existantes, la mise en place d'organisations permettant leur multiplication par le biais du transfert de compétences aux agents, et l'intensification de l'ouverture de l'EHPAD vers l'extérieur.</p> <p>Une politique de renouvellement et d'acquisition de nouveaux matériels doit être mise en place afin de proposer des prestations simples, adaptées et de qualité aux résidents. Parmi les priorités identifiées, il y a l'achat d'un véhicule de transport adapté, la création d'une terrasse d'extérieur sur l'EHPAD de Bel Air ou encore l'achat de matériel d'agréments pour assurer l'organisation et la réalisation de ces activités (en lien avec fiche action établissement n°6-2)</p> <p>Cette nouvelle dynamique se caractérise également par la poursuite et l'intensification des relations avec des partenaires « hors les murs » afin de proposer un éventail élargi et partenarial d'activités (notamment l'aspect intergénérationnel).</p> <p>Le déploiement et la multiplication des temps d'animation sont également liés à la disponibilité du personnel quotidien, en dehors des temps d'intervention et de présence des animatrices (en lien avec fiche action établissement n°5-3).</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD du CHTB</p> <p>Représentants du CVS, usagers et résidents</p> <p>Organismes tutélaires/ familles</p> <p>Bénévoles</p> <p>Partenaires extérieurs (organismes et associations culturels et d'activités, éducation nationale, collectivités, maison des seniors, ...)</p>		
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent</p> <p>Moyens spécifiques pour les investissements importants (restructurations, véhicule, ...).</p> <p>Locaux et matériel adaptés</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>		
	Date de début :	01/01/2022	Date de fin : 31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours
	Fin d'Action		
	Nombre d'activités individuelles/collectives par an	154 journées activités groupes + animatrices (541 en groupe et 420 en individuel) + activités journalières sur secteur 1 (tovertafel...)	
	Nombre de nouvelles activités	1 chorale + 2 (tablettes + mobile)	
	Formalisation des partenariats (conventions)	La préé + VMEH + ALAVI + bibliothèque + divers bénévoles (suite COVID)	
	Nombre de personnels formés / détachés pour l'organisation des activités	2 permanents + 12 détachés occasionnellement	
	Effectivité des projets mis en place	voir questionnaires de satisfaction + journal "au fil des saisons"	
	Questionnaire de satisfaction avec question sur les activités (personnels et usagers)	oui	
Points de vigilance	Financements pour les besoins humains et matériels		
Bonnes pratiques à promouvoir			
Commentaires sur le Constat de résultat			



Annexe n° 9 : FICHE ACTION

CPOM



EHPAD du Centre Hospitalier d'ISSOUDUN

AVENUE JEAN BONNEFONT - CS 70190 - 36 105 ISSOUDUN CEDEX

Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

Fiche Action N°2.1

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification

Personne Référente :	Direction	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	<p>Efficiace de gestion / polique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire</p> <p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...</p> <p>Veiller à la qualité des prestations offertes : accompagner la mise en conformité des ESMS aux cahiers des charges publiés depuis décembre 2015.</p>			
Description de l'action	<p>Réduire le compte des remboursements de charges indirectes en favorisant l'imputation directe.</p> <p>Fiabiliser les clefs de répartitions à mettre en place</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Services économiques et Financiers - Comité de direction</p> <p>ARS et Département (pour validation des clefs de répartitions)</p>			
Moyens nécessaires	<p>Temps agents</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p>			
	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Données tableau de bord ANAP complétées à 100%	99 %		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Les études et analyses demandent un temps agent important et les Moyens humains actuels sont faibles. Attention à la QVT</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°2.2

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports

Personne Référente :	Direction	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Efficacité de gestion / politique achats ; gouvernance ; gestion de l'immobilière/locaux ; réponse aux besoins du territoire			
	<p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...</p> <p>Formaliser davantage voire diversifier les coopérations inter établissements et/ou services.</p>			
Description de l'action	<p>Poursuivre la dynamique de coopération déjà en place entre établissements de Santé GHT, GCS (segments achats, informatiques...) sur les fonctions supports (services techniques, formations...).</p> <p>Instaurer une réflexion commune et élargie aux ESMS (exemple CSPCP) afin d'identifier les pistes d'améliorations techniques et économiques</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	Responsables des services supports des différents établissements			
Moyens nécessaires	<p>Temps agents pour un état des lieux et pour les temps d'échange</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de protocole/ convention de coopération interétablissements			
	Nombre de nouvelles conventions			
	Nombre d'établissements partenaires			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Les échanges dans le cadre des coopérations attendues, les études et analyses demandent un temps agent important et les Moyens humains actuels sont faibles. Attention à la QVT			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°2.3

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-3 formaliser davantage voire diversifier les coopérations ou mutualisation inter établissements et/ou services

Personne Référente :	Direction	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	<p>objectif fiche action 31 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rationaliser et maîtriser les dépenses - adapter les organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires <p>Les EHPAD du CHTB sont des acteurs reconnus de la prise en charge gériatrique sur le bassin de vie et disposent déjà d'un certain nombre de partenariats établis (ADMR, LIPPI, CLIC, MAIA, Abbaye de la Prée, le laboratoire d'analyse, HAD, EADSP, GHT, VMEH, ALAVI, ...).</p> <p>Il est toutefois nécessaire de formaliser l'ensemble de ces partenariats, parfois inexistantes ou disposant d'une convention obsolète afin de favoriser les liens avec l'ensemble des partenaires.</p> <p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accompagner les établissements dans leur recherche d'optimisation des coûts - s'inscrire dans des systèmes de partage et d'échanges (échanges de moyens techniques, de services). la mutualisation devient un moyen de garantir le développement ou le maintien d'activités tout en optimisant les coûts - aider au recrutement de personnel via la mutualisation - échange de compétences <ul style="list-style-type: none"> - Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Loi n°2015-776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement - Besoins identifiés par l'établissement 			
Description de l'action	<p>Faire une analyse des dépenses au cours des dernières années et identifier les pistes d'économies possibles en lien avec le GHT. Réaliser un schéma directeur immobilier du Centre Hospitalier (optimiser l'occupation des bâtiments et planifier les futurs travaux). L'échange de compétence est mis en avant dans la fiche 2.2</p> <p>Il s'agit d'actualiser ou de formaliser de nombreuses conventions de coopérations avec les partenaires actuels. L'objectif est également d'établir de nouveaux conventionnements avec l'éducation nationale et d'autres partenaires comme l'équipe mobile gériatrique ou psychiatrique. Cela se matérialisera également par la mise en place de supervision des pratiques entre le CH G.SAND et le CHTB. Tout en maintenant les partenariats existants, cela consistera également à faire vivre l'ensemble des partenariats ou à la renforcer comme par exemple avec les petits frères des pauvres pour les séjours vacances. Ces partenariats seront également à développer avec les acteurs culturels locaux ainsi qu'avec les autres EHPAD et foyers de vie du bassin de vie.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Services supports - Comité de direction ARS et Département (dans le cadre du schéma directeur immobilier) Personnels des EHPAD Partenaires institutionnels, associatifs et culturels Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical)</p>			
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agents Financement de l'AMO dans le cadre du schéma directeur immobilier</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p>			
	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de conventions révisées	En cours du recensement		
	Nombre de nouvelles conventions/nouveaux partenariats	En cours du recensement		
	Nombre de partenariats instaurés	En cours du recensement		
	Nombre annuel de nouveaux partenariats	En cours du recensement		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				



Annexe n° 9 : FICHE ACTION

CPOM



EHPAD du Centre Hospitalier d'ISSOUDUN

AVENUE JEAN BONNEFONT - CS 70190 - 36 105 ISSOUDUN CEDEX
Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

Fiche Action N°3.1

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD et les équipes de soins palliatifs

Personne Référente :	Direction /médecin coordonnateur/cadres de santé	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI		
	objectif PRS n° 11 optimiser le parours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie		
Description de l'action	Signature d'une convention entre Les EHPAD et l'HAD KORIAN des trois provinces en 2020 + convention existante avec l'EADSP 36 + EHPAD rattachés au CH d'ISSOUDUN où il existe un CLUD et des lits identifiés soins palliatifs avec un médecin référent en soins palliatifs qui intervient auprès des EHPAD. Maintien du résident en fin de vie et/ou en soins palliatifs et/ou avec des soins complexes dans son lieu de vie avec intervention des acteurs cités précédemment. Possibilité d'une admission directe en Médecine sans passage par les urgences. Faire connaître les conditions d'intervention de l'HAD. Former l'ensemble des personnels à l'évaluation de la douleur, aux grilles Pallia10 et Pallia10 géronto. Sensibilisation aux soins palliatifs. CODESPA: formation EADSP.		
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin référent soins palliatifs du CHTB, médecin coordonnateur des EHPAD, médecin traitant du résident, équipe de l'HAD, membres de l'EADSP 36, équipes pluridisciplinaires des 2 EHPAD		
Moyens nécessaires	Temps de concertation pour les acteurs concernés pour chaque prise en charge + temps d'échanges sur des thématiques communes (éthique, fin de vie, douleur...), une salle de réunion dans chaque EHPAD, des moyens de communication fiables et sécurisés, du temps de secrétariat pour les compte-rendus et/ou les mises en place des organisations (RDV téléphoniques, réservation de salle, suivi des conventions individuelles). Temps de formations et de remplacements. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués. La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.		

Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle		Fin d'Action
Existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	GHT		
Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an	4	2 %	
Nombre d'interventions de l'HAD / an	120		
Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	Oui		
Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	100 %		
convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)	EADSP + EMPA + CMP ISSOUDUN (convention avec CH G. SAND) + HAD + service support Soins palliatifs (médecine polyvalente)		
nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP	0	0 %	
nombre d'intervention de l'EADSP	3		
Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur	0		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La douleur (formation, évaluation, traçabilité). Les grilles pallia 10. Les conditions d'intervention de l'HAD. A savoir: le service support soins palliatifs a été sollicité une douzaine de fois pour les 2 EHPAD.		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action N°3.2

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-2 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé

Personne Référente :	Direction / médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022	
constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'utilisateur et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 29 développer l'usage de outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé 31 développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients			
Description de l'action	Utilisation de COVOTEM pour des demandes de téléconsultations. Mise en place d'une messagerie sécurisée.			
Identification des acteurs à mobiliser	Utilisateurs de l'espace de collaboration de Covotem et/ou de la messagerie sécurisée, informaticiens.			
Moyens nécessaires	Ordinateur équipé de l'application Covotem et en partage entre le praticien (spécialiste) et les EHPAD. Messagerie sécurisée permettant d'échanger des documents du domaine médical. Formation à l'utilisation de la E-santé. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM. Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	compatibilité du logiciel soin avec le DMP	Oui		
	taux de résidents avec un DMP	0 %		
	si télémédecine : nombre de télé-expertise et/ ou téléconsultations réalisées / an	0		
	Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an % de résidents admis par via trajectoire	0		
	% de résidents admis par via trajectoire	6 entrées		
	Existence d'une messagerie sécurisée	Oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Vérification auprès de la CNIL de la conformité des outils de communication utilisés.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°3.3

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-3 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique et réduire le taux de passage aux urgences en s'inscrivant notamment dans un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée

Personne Référente :	Direction / médecin coordonnateur	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement ; contribution aux parcours ; développement des SI			
	objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les Personnes Agées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie			
Description de l'action	Maintien du partenariat avec le service de médecine gériatrique du CHTB pour organiser les entrées directes et éviter les passages aux urgences. S'appuyer sur la convention de liaison psychiatrique signée en 2021. Travailler en collaboration pour disposer d'un financement pour une équipe d'IDE de nuit mutualisée.			
Identification des acteurs à mobiliser	ARS / Conseil Départemental / CHS Georges SAND / établissements du GHT 36 / équipe mobile psychiatrique 36			
Moyens nécessaires	Temps de travail agents / protocoles d'hospitalisation			
	Les moyens sollicités relatifs à la section soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par le forfait global soins. Les moyens sollicités relatifs à la section dépendance doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par le forfait global dépendance.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Coopération inter établissement	GHT		
	Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences	0 %		
	Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE	0		
	Nombre d'interventions de l'IDE	0		
	Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit	0		
	Convention avec un service de gérontopsy	NSP		
	Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Stabilité de l'équipe médicale dans les services de médecine / Sécurisation des protocoles existants			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 3.4

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-4 Mieux communiquer auprès du grand public sur les prestations des ESMS

Personne Référente :	Direction / service communication	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	<p>objectif fiche action 14 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire connaître au grand public les prestations offertes par les différents types d'ESMS du Département ; - permettre d'apporter aux futurs usagers et résidents toutes les informations nécessaires et explicites sur les prestations offertes au sein de chaque ESMS. 			
	<p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - application de la réglementation sur le socle des prestations ; - diffuser de manière précise et claire l'organisation et le fonctionnement des ESMS, le contenu des prestations, les coûts, le reste à charge ; - utilisation des différents supports à disposition: livret d'accueil, contrat de séjour, site internet, site seniors36. 			
Description de l'action	Perenniser les moyens de communication actuels : site de l'hôpital, Facebook, Bip TV, livret d'accueil, presse locale			
Identification des acteurs à mobiliser	Personnels du CHTB / service communication / presse			
Moyens nécessaires	Financements (site internet, ...)			
	Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Existence d'un site internet. Si oui, nombre de connexions annuelles	Oui		
	Nombre de livrets d'accueil transmis.	A chaque entrée		
	Nombre de communications presse par an			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Plan de communication / financements			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 3.5

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-5 Mieux ancrer la vie des établissements dans la société civile

Personne Référente :	Direction / cadres de santé / service communication	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Objectif fiche action 15 : - permettre à la personne âgée dépendantes accueillie en établissement de conserver un lien social ; - développer la communication ; - faciliter les relations résident/famille/établissement.			
	Modalités : - veiller à la mise en place et au fonctionnement du CVS; - proposer d'autres modes de participation ; - inciter les bénévoles à suivre des formations ; - faire vivre la charte du bénévolat ; - inciter les établissements à organiser des réunions d'information régulière en direction des familles.			
Description de l'action	<ol style="list-style-type: none"> Voir les deux fiches actions "animation" travaillées en groupe; Achat de tablettes et de clés 4G pour le maintien des relations familles-résidents; Pérenniser et développer les journaux internes permettant l'expression des usagers; Pérenniser le fonctionnement du CVS et mettre à jour son règlement intérieur; Pérenniser l'action des bénévoles; Reprendre les réunions d'information pour les familles, qui étaient planifiées pour 2020 (arrêt cause COVID). Associer les usagers dans les différents groupes de travail et instances afin de relayer les besoins et les attentes de la population, des résidents ouvrir l'établissement sur l'extérieur par des animations, des évènements... 			
Identification des acteurs à mobiliser	Equipe pluridisciplinaire, résidents, familles, membres du CVS, bénévoles et usagers			
Moyens nécessaires	<p>Salle de réunion dans chaque EHPAD permettant d'accueillir au moins 35 personnes, temps agent dédié aux réunions (préparation, réalisation et rangement), temps de secrétariat (convocations, compte-rendus), tablettes, clés 4G voir 5G, chaises, ordinateur portable, vidéoprojecteur, micro et haut parleur, abonnement à la SACEM, téléviseur à grand écran, voir moyens nécessaires dans fiches actions citées. Nécessaire d'impression et de reprographie.</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p> <p>La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.</p> <p>Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de réunions réalisées avec l'ensemble des résidents			
	Nombre de réunions réalisées avec les familles			
	Nombre d'entretiens individuels réalisés (hors PVI)			
	Nombre d'évènements hors murs/avec les acteurs de la cité			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Formation des bénévoles sur les règles de discrétion professionnelle ; SACEM ; droit à l'image			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 3.6

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-6 Mieux faire connaître et organiser le recours à l'hébergement temporaire

Personne Référente :	Médecin coordonnateur / Direction / cadres de santé / service communication	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	<p>Objectifs fiche action 22 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - permettre un projet durable de maintien à domicile en soulageant ponctuellement les aidants naturels ; - préparer à une entrée en établissement d'hébergement permanent. <p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inciter les établissements à offrir une prestation de qualité ; - définir avec les établissements des modalités d'admission en hébergement temporaire qui permettent leur mobilisation facile et rapide voire même en urgence ; - mettre à disposition des acteurs locaux du maintien à domicile et des familles des informations actualisées sur les capacités disponibles d'accueil ; - obtenir une médicalisation des lits à un niveau identique à celui des lits d'hébergement permanent ; - identifier clairement les lits d'hébergement temporaire au sein de l'établissement et les réserver exclusivement à cet accueil en adaptant les règles de comptabilisation de ces lits dans les budgets ; - respecter les durées maximales de séjour ; - assurer une communication suffisante sur l'existence et le fonctionnement de ce type d'accueil. 			
Description de l'action	Communication sur le fonctionnement de l'hébergement temporaire non médicalisé existant à Bel Air auprès des services du CHTB et des médecins libéraux d'Issoudun. Assurer un lien et une information auprès des services de médecine et de soins de suite du CHTB et des établissements du GHT pour promouvoir ces lits. Travail en collaboration avec les autorités sanitaires et de tarification pour participer à l'information de la population. Utilisation des moyens de communication du CHTB.			
Identification des acteurs à mobiliser	Services de médecine et de soins de suite du CHTB / Service de communication du CHTB / Etablissements du GHT / ARS et Conseil Départemental			
Moyens nécessaires	<p>Temps agent</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPQM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de personnes accueillies en hébergement temporaire			
	Durée moyenne de séjour en hébergement temporaire			
	Liste des motifs d'admission en hébergement temporaire			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 3.7

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-7 Consolider la couverture départementale en accueil de jour

Personne Référente :	Direction / service communication / coordonnateur AJ	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 30 : - permettre un projet durable de maintien à domicile ; - préparer à une entrée en EHPAD.			
	Modalités : - développer la capacité d'AJ en créant quelques places au sein des étab. dans le cadre du projet de service, des unités spécifiques ; - favoriser la fréquentation du service, en acceptant un fonctionnement plus souple possible ; - inciter les étab. à mettre en place une organisation des transports adaptées aux besoins des personnes à accueilli ; - assurer une information sur l'existence et le fonctionnement du service auprès d'un large public de façon régulière ; - organiser des journées "portes ouvertes"			
Description de l'action	Renforcer l'attractivité de l'Accueil de Jour au moyen des outils de communication du CHTB. Travailler à l'identification et au financement d'un mode de transport adapté pour faciliter l'accès des usagers au dispositif.			
Identification des acteurs à mobiliser	Financeurs publics et privés pour les moyens de transport / service communication du CHTB / relais presse			
Moyens nécessaires	Temps de travail agent / financements spécifiques			
	Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de personnes suivies en accueil de jour au cours de l'année			
	Nombre de journées « portes ouvertes » réalisées			
	Nombre de réunions d'information réalisées sur le territoire			
	Nombre de contacts avec les collectivités locales, les professionnels de santé...			
	Nombre de partenariats et de conventions avec les SAAD			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Démographie médicale (adressage) / financement du moyen de transport			
Commentaires sur le Constat de résultat				



Annexe n° 9 : FICHE ACTION

CPOM



EHPAD du Centre Hospitalier d'ISSOUDUN

AVENUE JEAN BONNEFONT - CS 70190 - 36 105 ISSOUDUN CEDEX
Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

Fiche Action N° 4.1

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de Maladies Neuro-Dégénératives (MND) ou de troubles du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident

Personne Référente :	Médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail		
	objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie développer le recours à l'évaluation gériatrique en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télé-médecine, consultations avancées, développer le recours à l'expertise géronto-psychiatrique, favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif.....		
Description de l'action	MMS, test de l'horloge, à l'admission avec réévaluation annuelle, NPI/ES selon les cas. Convention avec équipe mobile de gériatrie en cours. Formations en interne prévues avec outil Mobicall Alzheimer et théorie de la Validation de Naomie FEIL. Proposer une formation diplômante aux soignants. Ateliers mémoires. Voir fiche PASA.		
Identification des acteurs à mobiliser	Equipe pluridisciplinaire des EHPAD, équipe mobile gériatrique départementale,		
Moyens nécessaires	<p>2 Ordinateurs + 2 vidéoprojecteurs ; plan de formation; temps dédié à la formation ; temps de psychologue ; organisme préparant à un diplôme de niveau universitaire sur les troubles cognitifs ; accord des autorités pour le PASA inter-EHPAD ; personnel formé et en nombre pour animer les ateliers mémoires ; Voir Fiche n° 4.1 bis</p> <p>Les moyens sollicités relatifs à la section dépendance doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par le forfait global dépendance. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués. La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM. Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>		

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de résidents en atelier mémoire par an	46		
	Nombre d'ASG en ETP	1,7 au total		
	Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	2 au total		
	Nombre d'agents formés aux approches non médicamenteuses			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Mettre en place des Indicateurs de suivi ci-dessus + Nb d'interventions de l'équipe mobile + Nb de professionnels avec une formation diplômante en pathologies de type Alzheimer et apparentées + Nb de formations en interne, dans le but de promouvoir de bonne pratique de repérage, de prise en soins et d'accompagnement.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action Etablissement N° 4.1 bis			
Axe 4			
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes			
4-1 bis Reconnaissance et labellisation du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés			
Personne Référente :	Direction / Médecin coordonnateur / cadres de santé des EHPAD	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Dans le cadre de la reconstruction de l'EHPAD des Reflets d'Argent, l'établissement avait prévu un espace permettant d'accueillir un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés.</p> <p>Cette activité a été mise en place dès que l'aile prévue à cet effet a été construite, soit depuis près de 3 ans maintenant. A moyens constants, du personnel formé (ASG) a été détaché sur cette activité auprès de résidents identifiés et dont l'état de santé nécessite une prise en charge spécialisée.</p> <p>Cette activité est réalisée à raison de 2 jours par semaine avec 2 soignants formés et détachés de l'effectif de l'EHPAD. La file active des résidents est importante, elle est établie conjointement par l'ergothérapeute, le psychologue et le médecin coordonnateur. Une procédure d'admission, de suivi et de sortie existe.</p> <p>Il demeure que cette activité n'est pas autorisée et fonctionne donc à moyens constants ce qui pose deux écueils : d'une part, la difficulté à faire fonctionner correctement et de manière pérenne ce dispositif, d'autre part, les résidents de l'EHPAD Bel Air en sont exclus.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure 26 du PMND (2014-2019) - Recommandations Anesm/HAS : L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activités et de soins adaptés - Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement – Direction Générale de l'Action Sociale - Décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale 		
Description de l'action	<p>La reconnaissance et la labellisation du PASA au sein de nos EHPAD permettra d'ouvrir le PASA 5 jours par semaine avec les moyens humains alloués spécifiquement pour assurer cette activité. A savoir notamment un temps d'ergothérapeute, de psychologue, de psychomotricien et de médecin.</p> <p>De cette manière, l'ensemble des résidents de l'EHPAD pourront avoir accès à cette structure y compris ceux de l'EHPAD de Bel Air. Il sera nécessaire, à cet effet, d'assurer la liaison de transport des résidents entre les deux établissements, le PASA étant situé sur le site de l'EHPAD des Reflets d'Argent.</p> <p>Un complément d'équipement des locaux sera nécessaire pour assurer une prise en charge optimale au travers d'un mobilier adapté pour les pièces réservées à cette activité.</p> <p>Des moyens nécessaires à la réalisation des activités pourront également faire l'objet d'acquisition, c'est le cas en particulier de ceux relatifs à des ateliers culinaires, jardinage, de travail de mémoire ou encore adaptés à la praxie. Une à plusieurs tablettes de type Facitab pourraient également être achetées.</p> <p>Enfin, une attention particulière sera portée à la relation et au travail d'intégration avec les familles pour garantir le maintien du lien social.</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	ARS / Conseil Départemental / Personnels du CHTB		
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent Financement spécifique à l'activité Locaux adaptés</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p> <p>La création et l'ouverture d'un PASA sont soumis à un appel à projet ou candidature et à la validation par les autorités.</p>		

	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Nombre de journées réalisées par an	55 (Journées dédiées à un temps PASA qui actuellement n'est pas officialisé)		
	Nombre de résidents admis par an	24 (PASA qui actuellement n'est pas officialisé)		
	Nombre de professionnels qui interviennent	A moyens constants		
	Effectivité de la labellisation	Néant		
	Questionnaire de satisfaction spécifique à l'activité (personnels et usagers)	Néant		
	Nombres de tablettes mises en service	Néant		
	Statistiques d'utilisation des tablettes	Néant		
	Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Financement de l'activité.		
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action Etablissement N° 4.1 ter				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-1 ter labellisation d'un secteur Alzheimer par EHPAD				
Personne Référente :	Direction / Médecin coordonnateur / cadres de santé		Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>La population accueillie dans les EHPAD du CHTB est de plus en plus concernée par les troubles cognitifs de type Alzheimer ou apparenté. Par ailleurs, la liste d'attente des admissions en EHPAD est composée majoritairement de résidents nécessitant un secteur sécurisé.</p> <p>Dans ce contexte, en complément de l'ouverture de l'Unité d'Hébergement Renforcée et d'une activité de PASA, l'existence de secteurs labellisés Alzheimer serait nécessaire pour permettre l'accueil de ces résidents dans des conditions optimales de sécurité.</p> <p>Des secteurs identifiés, construits dans cette perspective à l'époque de la construction de l'EHPAD de Bel Air notamment, nécessiteraient dans cette perspective quelques ajustements.</p> <p>- Mesures du PMND (2014-2019) - Recommandations Anesm/HAS : L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Rapport de mission – 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie – Prs JEANDEL et GUERIN – Juin 2021</p>			
Description de l'action	<p>Il s'agit de créer 2 locaux spécifiquement dédiés, chacun dans un des EHPAD du centre hospitalier, labellisés Alzheimer, un secteur de 19 lits sur l'EHPAD de Bel Air et un secteur de 14 lits sur celui des Reflets d'Argent.</p> <p>Sur Bel Air, il s'agirait de l'accueil des résidents les plus autonomes et sur les Reflets d'Argent des résidents déments déambulant nécessitant une sécurisation plus importante.</p> <p>Il est nécessaire d'engager la montée en charge du plan de formation afin de garantir le niveau de connaissance suffisant des professionnels.</p> <p>Il sera nécessaire de garantir la présence de personnel supplémentaire sur l'EHPAD de Bel Air.</p> <p>Il sera enfin impératif d'acquérir des équipements spécifiques (lits Alzheimer, matériels pour activités, mobilier, outil TOVERTAFEL ...) et d'assurer les aménagements opportuns pour chaque secteur.</p> <p>Dans cette perspective, des aménagements notamment par le service de restauration, dans le cadre d'une activité de « manger-main » peuvent être envisagés.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD Service de restauration Services économiques et logistiques Représentants du CVS, usagers et résidents Organismes tutélaires/ familles</p>			
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent Financements pour les moyens humains, la formation et les aspects techniques</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p> <p>Sous réserve de la possibilité architecturale.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre d'agents formés	Non concerné (pas de secteur labellisé reconnu)		
	Nombre de places par secteur	Non concerné (pas de secteur labellisé reconnu)		
	Nombre d'admissions	Non concerné (pas de secteur labellisé reconnu)		
	Nombre de jours d'hébergement	Non concerné (pas de secteur labellisé reconnu)		
	Effectivité de la labellisation	Objectif CPOM		
Questionnaire de satisfaction spécifique à l'activité (personnels et usagers)	néant			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Financement des aménagements et du personnel : moyens alloués/CPOM			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N° 4.2

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-2 Améliorer la prévention de la dénutrition, l'alimentation, la restauration, la nutrition et les soins bucco-dentaires

Personne Référente :	Médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>Le centre hospitalier dispose d'un Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN) au sein duquel les EHPAD sont intégrés.</p> <p>Il existe une politique nutritionnelle qui s'appuie notamment sur le travail de deux diététiciennes qui composent le plan alimentaire selon les recommandations du GERMRCN. Une évaluation régulière du risque de dénutrition est réalisée.</p> <p>Sur le plan de la restauration, la méthode HACCP est mise en place dans le cadre d'une cuisine qui fonctionne en liaison froide avec l'option cuisine en basse température mise en œuvre depuis 2019.</p> <p>Il est possible de proposer 3 textures différentes aux résidents et d'organiser des repas extérieurs (piques niques, à emporter...).</p> <p>Il faut souligner que l'établissement respecte les dispositions de la loi EGAlim (circuits courts, déchets, ...).</p> <p>Toutefois, plusieurs limites apparaissent parmi lesquelles celles relatives à la confection de certains plats (pâtisseries, hâchés, mixés), le risque de dénutrition lié au gaspillage en lien avec un grammage trop important.</p> <p>Il est également difficile de respecter les goûts/non goûts, il n'existe pas de « manger mains », et les postes d'hôtellerie sont souvent insuffisamment qualifiés.</p> <p>Les locaux de la cuisine sont, par ailleurs, devenus obsolètes.</p>		
Description de l'action	<p>objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention</p> <p>objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie</p> <p>Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...)</p> <p>développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Loi n°2015-776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement - Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées - Rapport de mission – 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie – Prs JEANDEL et GUERIN – Juin 2021 		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD</p> <p>Service de restauration</p> <p>Services économiques et logistiques</p> <p>Représentants du CVS, usagers et résidents</p> <p>Organismes tutélaire/ familles</p> <p>Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical)</p> <p>Organismes de formation</p>		

<p>Moyens nécessaires</p>	<p>Temps de travail agent Financements pour les moyens matériels et humains</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p> <p>La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM. Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>																																																											
<p>Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre</p>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="320 640 798 685">Date de début : 01/01/2022</td> <td colspan="2" data-bbox="798 640 1509 685">Date de fin : 31/12/2026</td> </tr> <tr> <th data-bbox="320 685 798 730">Objectif Indicateur de suivi</th> <th data-bbox="798 685 1034 730">Situation Actuelle</th> <th data-bbox="1034 685 1270 730">Mi-parcours</th> <th data-bbox="1270 685 1509 730">Fin d'Action</th> </tr> <tr> <td data-bbox="320 730 798 786">Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition</td> <td data-bbox="798 730 1034 786">oui</td> <td data-bbox="1034 730 1270 786"></td> <td data-bbox="1270 730 1509 786"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 786 798 831">Surveillance de la courbe de poids</td> <td data-bbox="798 786 1034 831">oui</td> <td data-bbox="1034 786 1270 831"></td> <td data-bbox="1270 786 1509 831"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 831 798 875">Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments</td> <td data-bbox="798 831 1034 875">41 %</td> <td data-bbox="1034 831 1270 875"></td> <td data-bbox="1270 831 1509 875"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 875 798 931">Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration</td> <td data-bbox="798 875 1034 931">voir résultats questionnaires transmis</td> <td data-bbox="1034 875 1270 931"></td> <td data-bbox="1270 875 1509 931"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 931 798 987">Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)</td> <td data-bbox="798 931 1034 987">non</td> <td data-bbox="1034 931 1270 987"></td> <td data-bbox="1270 931 1509 987"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 987 798 1088">Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire</td> <td data-bbox="798 987 1034 1088">plusieurs résidents, de leur initiative, ont un suivi buccodentaire en extérieur</td> <td data-bbox="1034 987 1270 1088"></td> <td data-bbox="1270 987 1509 1088"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1088 798 1133">Nombre de repas témoins réalisés par les personnels</td> <td data-bbox="798 1088 1034 1133">aucun</td> <td data-bbox="1034 1088 1270 1133"></td> <td data-bbox="1270 1088 1509 1133"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1133 798 1178">Nombre de protocoles et de procédures mis en place en lien avec l'alimentation/restauration</td> <td data-bbox="798 1133 1034 1178">27</td> <td data-bbox="1034 1133 1270 1178"></td> <td data-bbox="1270 1133 1509 1178"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1178 798 1234">Nombre repas spécifiques organisés (manger mains, repas à thème, ...)</td> <td data-bbox="798 1178 1034 1234">120</td> <td data-bbox="1034 1178 1270 1234"></td> <td data-bbox="1270 1178 1509 1234"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1234 798 1290">Nombre de formations relatives à l'alimentation/la nutrition réalisées</td> <td data-bbox="798 1234 1034 1290">aucune</td> <td data-bbox="1034 1234 1270 1290"></td> <td data-bbox="1270 1234 1509 1290"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1290 798 1335">Questionnaire de satisfaction usagers/familles</td> <td data-bbox="798 1290 1034 1335">oui</td> <td data-bbox="1034 1290 1270 1335"></td> <td data-bbox="1270 1290 1509 1335"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="320 1335 798 1368">Nombre de fiches de signalement réalisées en lien avec la restauration</td> <td data-bbox="798 1335 1034 1368">17</td> <td data-bbox="1034 1335 1270 1368"></td> <td data-bbox="1270 1335 1509 1368"></td> </tr> </table>				Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026		Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action	Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	oui			Surveillance de la courbe de poids	oui			Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	41 %			Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	voir résultats questionnaires transmis			Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	non			Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	plusieurs résidents, de leur initiative, ont un suivi buccodentaire en extérieur			Nombre de repas témoins réalisés par les personnels	aucun			Nombre de protocoles et de procédures mis en place en lien avec l'alimentation/restauration	27			Nombre repas spécifiques organisés (manger mains, repas à thème, ...)	120			Nombre de formations relatives à l'alimentation/la nutrition réalisées	aucune			Questionnaire de satisfaction usagers/familles	oui			Nombre de fiches de signalement réalisées en lien avec la restauration	17		
Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026																																																										
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action																																																									
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	oui																																																											
Surveillance de la courbe de poids	oui																																																											
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	41 %																																																											
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	voir résultats questionnaires transmis																																																											
Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	non																																																											
Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	plusieurs résidents, de leur initiative, ont un suivi buccodentaire en extérieur																																																											
Nombre de repas témoins réalisés par les personnels	aucun																																																											
Nombre de protocoles et de procédures mis en place en lien avec l'alimentation/restauration	27																																																											
Nombre repas spécifiques organisés (manger mains, repas à thème, ...)	120																																																											
Nombre de formations relatives à l'alimentation/la nutrition réalisées	aucune																																																											
Questionnaire de satisfaction usagers/familles	oui																																																											
Nombre de fiches de signalement réalisées en lien avec la restauration	17																																																											
<p>Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir</p>	<p>Surveillance des indicateurs déjà présents et à venir. Financement de la restructuration et des équipements A noter l'état préoccupant de la cuisine centrale.</p>																																																											
<p>Commentaires sur le Constat de résultat</p>	<p>A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint</p>																																																											

Fiche Action Etablissement N° 4.3

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-3 Poursuivre la politique de dépistage et de prévention dont la prise en charge des chutes

Personne Référente :	Direction / Médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>L'établissement réalise des bilans d'autonomie à l'entrée et en tant que de besoin avec un ergothérapeute et une évaluation gériatrique est réalisée par le médecin coordonnateur ainsi que le médecin traitant sur les Reflets d'Argent. Il y a également un bilan psychologique.</p> <p>Il existe un suivi régulier des risques de dénutrition, d'escarre, de fausse route, de déshydratation, de constipation, de la douleur, ...</p> <p>Les EHPAD organisent des séances d'activité physique adaptée et des ateliers mémoires.</p> <p>Les équipes organisent des temps de travail sur la contention et il existe également des procédures de fiche de signalement d'évènements indésirables et comités de retour d'expérience.</p> <p>Il y a toutefois un problème de suivi par les médecins libéraux en particulier sur Bel Air en raison de la démographie médicale défaillante.</p> <p>L'architecture des chambres est peu adaptée sur la partie Arcades (chambres doubles, espaces WC douche exigus, chauffage limite, ...) , les climatisations sont parfois défectueuses, et les détecteurs de lumière automatique sont à revoir sur l'EHPAD de Bel Air.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandations ANESM / HAS : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée - Projet de loi Grand âge - objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie <p>Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques de chute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport de mission – 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie – Prs JEANDEL et GUERIN – Juin 2021 		
Description de l'action	<p>Il s'agit de proposer, sur le plan du suivi et de l'accompagnement, de réaliser une fiche projet pour chaque résident sur la base du bilan d'entrée, et de mettre en place une procédure de prévention des chutes. Sur ce dernier point, un travail en collaboration avec l'équipe MPR chargée de l'éducation thérapeutique du patient « prévention des chutes » sera mis en place.</p> <p>Il sera proposé de dépister systématiquement le risque suicidaire et de prévenir la déshydratation été comme hiver.</p> <p>En amont de l'entrée en institution, il sera opportun de proposer des visites de préadmission au domicile.</p> <p>Sur le plan de la prise en charge paramédicale et médicale, il est proposé d'augmenter le temps de médecin salarié dédié à la prise en charge des résidents et de revoir les ratios d'effectifs pour améliorer les prises en charge et organiser ce travail de prévention (en lien avec fiche action n°14).</p> <p>Sur le plan architectural, il est nécessaire de réaliser des travaux de restructurations/reconstructions sur les bâtiments des Arcades et de Bel Air pour améliorer l'isolation thermique notamment. Il s'agit, à cet effet d'y installer des rails de transfert ainsi qu'un chemin de lumière avec des détecteurs pour prévenir les chutes.</p> <p>Formaliser la procédure de prévention des chutes. Sensibiliser régulièrement les équipes sur le sujet. Informer les nouveaux arrivants.</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD</p> <p>Représentants du CVS, usagers et résidents</p> <p>Organismes tutélaires/ familles</p> <p>Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical)</p> <p>Equipe soignante,</p> <p>Cadres,</p> <p>Médecin coordonnateur,</p> <p>ergothérapeute,</p> <p>kinésithérapeute,</p> <p>APA,</p> <p>psychomotricien.</p>		

Moyens nécessaires	<p>Temps dédiés d'analyses de pratiques. Bilan ergo + kiné à chaque entrée. Temps dédié d'activités de prévention des chutes avec professionnel de sport adapté. Aménagement des espaces de circulation avec éclairages à détection. Créations des parcours santé sénior adaptés. Temps de psychomotricien. Temps de travail agent Financement des équipements et des personnels Matériel adapté (rails de transfert, ...)</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués. La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM. Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours	Fin d'Action
	Nombre de protocoles/procédures	En cours		
	Questionnaire de satisfaction avec question sur adaptation des mesures sur cette thématique	NON		
	Protocole de prévention de chutes	oui		
	Nombre de chutes prises en charge	439		
	Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	2 %		
	Nombre de chuteurs à répétition	29		
	Protocole de contention	Oui		
	Taux de résidents avec contention prescrite	39 %		
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	64			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Financement des différentes mesures Nécessité d'une EPP			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.4

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication et sécuriser le circuit du médicament

Personne Référente :	Médecin coordonnateur / cadres de santé / PUI	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	<p>objectif PRS n° 24 réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments</p> <p>objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur</p> <p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie</p> <p>Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse</p>			
Description de l'action	Travail en étroite collaboration avec la pharmacie à usage intérieur du CHTB et diffusion des protocoles de sécurisation du circuit du médicament et des recommandations de bonnes pratiques.			
Identification des acteurs à mobiliser	Pharmacie à usage intérieur du CHTB / équipes médicales et paramédicales des EHPAD			
Moyens nécessaires	<p>Logiciel informatique de prescription / temps de travail agent (médical et paramédical)</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDEHPAD)	9 en novembre 2021		
	Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDEHPAD)			
	Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés	0 %	0 %	
	Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)	OUI		
	Présence d'un protocole circuit du médicament	OUI		
	L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	OUI		
	Nombre d'écarts	Les audits sont faits pour le sanitaire et le médico-social, il n'est pas possible de faire une distinction.		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	indicateurs ci-dessus + sensibilisation régulière aux risques d'erreur médicamenteuse en lien avec les interruptions de tâches et la routine + diffusion et explication des documents avec émargement et test de l'appropriation à distance et de façon régulière.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.5

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-5 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe

Personne Référente :	Médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins Axe F du Schéma départemental - L'adaptation du règlement départemental d'aide sociale			
Description de l'action	Promouvoir la vaccination contre la grippe auprès des résidents comme des soignants			
Identification des acteurs à mobiliser	PUF et médecine du travail, médecin co. Cadres, Direction			
Moyens nécessaires	Notes d'info, temps dédié à la sensibilisation, organisation humaine			
	Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	MI-parcours	Fin d'Action
	Taux de résidents vaccinés contre la grippe	89 %		
	Taux de personnel vaccinés contre la grippe	23 %		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.6

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-6 Déclarer et analyser les événements indésirables

Personne Référente :	Direction, Qualitiennes, Cadres	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail			
	objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables endéveloppant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins			
Description de l'action	Promouvoir la déclaration d'évènements indésirables Sensibiliser le personnel à cette procédure			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction, Qualitiennes, Cadres			
Moyens nécessaires	logiciel informatique de déclaration des FSEI Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	Oui		
	Protocole de déclaration des EIG	Oui		
	Nombre d'EIG déclarés	En cours de recensement		
	Nombre de RETEX formalisés	En cours de recensement		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir				
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.7

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-7 Mettre à jour les documents relatifs à la loi n°2002-2 et veiller au respect des procédures d'admission en EHPAD

Personne Référente :	Direction / médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Les documents relatifs à la loi n°2002-2 existent au sein des EHPAD du CHTB, toutefois ils sont relativement obsolètes et nécessitent d'être mis à jour. Concernant le projet d'accompagnement personnalisé, les staffs pluridisciplinaires sont instaurés, il existe des référents, les recueils sont effectués et les plans de soins régulièrement mis à jour. Il est cependant difficile, à ce jour, d'achever l'ensemble des PAP, de les mettre à jour et de finaliser les synthèses.</p> <p>Objectifs fiche action 20 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formaliser la procédure d'admission au sein des EHPAD (recherche de consentement, délai de rétractation, personne de confiance, modalités de transfert des résidents) ; - informer le grand public des droits et obligations des résidents en EHPAD. <p>- Loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Loi n°2015-776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement</p> <p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - information et formation des professionnels sanitaires et sociaux de l'accompagnement des personnes âgées ; - mise à jour des différents documents au sein des EHPAD; - utilisation des outils existants (dossier d'admission Cerfa, déclaration de la personne de confiance...) et protocolisation dans le strict respect du cadre juridique de l'utilisation des outils numériques de fluidification des "parcours" via trajectoire 		
Description de l'action	<p>Il s'agit de mettre en place un groupe de travail composé des cadres de santé des EHPAD, du médecin coordonnateur et de l'équipe de Direction pour reprendre l'ensemble des documents concernés au regard de la réglementation. Pour le livret d'accueil, ce groupe de travail sera élargi à plusieurs catégories de professionnels volontaires représentant ceux qui travaillent au sein des EHPAD. Ce travail est mené pour le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil. Concernant les PAP, il faut dédier du temps pour les professionnels afin de les finaliser et d'en assurer le suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure d'admission en EHPAD formalisée ; - Procédure de recherche de consentement faite ; - Fiche de consentement faite avant l'entrée. - Réactualisation en cours du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour. - Commission d'admission pluridisciplinaire régulière en partenariat avec les acteurs de la filière du CHTB. 		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD Représentants du CVS, usagers et résidents Organismes tutélaires/ familles Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical) Bureau des Admissions cadres médecin coordonnateur assistants sociaux du CHTB</p>		
Moyens nécessaires	<p>Temps dédié aux commissions d'admission, temps agent des admissions, des cadres de santé, des assistants sociaux, du médecin coordonnateur. Salle disponible. Logiciel trajectoire.</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>		

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Conformité avec la réglementation en vigueur	non		
	Validation de la part des instances (CVS, CTE, Directoire)	non		
	Nombre de documents transmis par an			
	Questionnaire de satisfaction avec question sur adaptation des documents	non		
	Nombre de commissions d'admission	10		
	Nombre de demandes d'admissions traité	196		
	Nombre d'entrées en Ehpad	36		
	Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Assurer une veille réglementaire régulière Fiche de consentement systématique. Complétude des dossiers.		
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 4.8

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-8 Prévenir et lutter contre la maltraitance en ESMS - Développer et renforcer la culture bientraitance de l'établissement

Personne Référente :	Direction / médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Objectifs fiche action 28 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - veiller à la bientraitance ; - sensibiliser les professionnels à la prévention de la maltraitance ; - insister sur l'importance de l'accompagnement et de la relation humaine dans l'accueil des personnes. <p>Des cycles réguliers de formation à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance sont organisés au sein de nos EHPAD. Il existe des outils et protocoles de bonnes pratiques, des référents sont identifiés (qualité,) sur un EHPAD et de nombreuses réflexions sont menées sur les pratiques soignantes.</p> <p>Une dynamique d'évaluation et de prise en charge de la douleur existe ainsi que celle relative à la désignation de la personne de confiance et aux directives anticipées.</p> <p>Toutefois, des axes d'amélioration sont identifiés, d'une part, afin de généraliser certaines pratiques sur l'ensemble des EHPAD et d'autre part, par la mise en place de nouvelles mesures de prévention et de renforcement de la bientraitance.</p> <p>Il faut souligner, à cet effet, la présence limitée du nombre de personnels au sein des EHPAD et l'inadaptation de certains matériels, rendant parfois difficile la bonne application de l'ensemble des mesures nécessaires de manière optimale.</p> <p>Modalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accompagner les personnels en mettant en place des formations, en veillant à maintenir en adéquation leur tâche et leur qualification ; - veiller à ce que les CPOM et les projets d'établissement et de service contiennent cette dimension qualitative de l'accompagnement et de la prise en charge ; - évaluer régulièrement les établissements en leur demandant les actions mises en place pour améliorer la qualité de la prise en charge ; - vérifier que le droit des résidents et des usagers sont bien respectés. - Décret n°2016-1813 - Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des établissements médico-sociaux - Articles 434.1, 434.3 et 223.6 du code pénal - Circulaire du 20 février 2021 et recommandations Anesm/HAS 		
Description de l'action	<p>Accompagner dans la douceur la personne tout au long de l'après-midi jusqu'au coucher ; généralisation sur les 2 EHPAD de la fonction d'aide-soignante qualité (poster); actualiser la formation bientraitance pour les nouveaux arrivants. Assurer une proportion suffisante d'aides-soignants auprès des résidents. Analyse de pratique professionnelle en Inter-EHPAD.</p> <p>Il s'agit d'abord de poursuivre l'inscription dans le plan pluriannuel de formation d'une formation spécifique relative à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance.</p> <p>Il convient également de mettre en place des temps de paroles et d'échanges plus nombreux entre les personnels. A terme, la mise en place de réunions d'analyse des pratiques, en présence d'un psychologue extérieur dédié à cette activité, permettrait de faciliter l'expression des agents et l'adaptation des comportements.</p> <p>Cela doit également se traduire par la généralisation des pratiques sur l'ensemble des EHPAD (mise en place de référents, de protocoles et procédures communs, ...).</p> <p>Ces protocoles et procédures doivent, pour pouvoir être adaptées et efficaces, bénéficier de l'acquisition de matériels spécifiques (chariots douches, ...) et du recrutement de personnels supplémentaires en particulier sur l'EHPAD de Bel Air pour garantir la mise en place de l'ensemble des mesures identifiées (en lien avec fiche action n°14).</p> <p>La mise en place d'un comité éthique et de bientraitance paraît opportun au sein de l'établissement.</p> <p>Dans ce cadre, il est envisagé de déployer un projet de type Mobiquil pour proposer une charte, des outils et des indicateurs permettant un suivi de la démarche dans nos EHPAD.</p> <p>Enfin, la restructuration du bâtiment des Arcades permettra de favoriser la mise en place de chambres à un lit, favorisant la promotion de la bientraitance et le respect des bonnes pratiques.</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Equipe pluridisciplinaire</p> <p>Personnels des EHPAD</p> <p>Service de restauration</p> <p>Services économiques et logistiques</p> <p>Représentants du CVS, usagers et résidents</p> <p>Organismes tutélaires/ familles</p> <p>Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical)</p> <p>Organismes de formation</p>		

Moyens nécessaires	<p>Agents dédiés à l'accompagnement des personnes l'après-midi en renfort des équipes en place à hauteur d'un agent par secteur 7j/7. (aide aux couchers). Formation continue à la bientraitance avec moyens de remplacements. Ratio AS suffisants Cf. projet d'établissement et préconisations plan grand âge ,SEGUR de la santé. Temps de travail agent Temps dédié à l'analyse de pratique avec supervision Financements pour les moyens humains, la formation et les aspects techniques – acquisitions de matériels</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués. La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués. Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM. Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de salariés formés à la bientraitance au cours de l'année	0 en 2020, 28 en 2019, 21 en 2018		
	Nombre de réunions d'information sur la bientraitance	0 en 2020, 8 en 2021		
	Rythme des réunions du comité bientraitance	pas de comité bientraitance		
	Nombre de formations mises en place et d'agents formés	1 formation par structure sur trois jours/tous les agents (2018 BA et 2019 RA)		
	Nombre de protocoles et de procédures mis en place			
	Nombre de nouveaux matériels acquis			
	Effectivité de la généralisation des pratiques			
	Questionnaire de satisfaction spécifique à l'activité (personnels et usagers)			
Nombre de fiches de signalement réalisées				
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Indicateurs ci-dessus + évaluation de la satisfaction des résidents Financement des aménagements et du personnel</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action Etablissement N° 4.9

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4.9 Proposer des prises en soins innovantes

Personne Référente :	Direction / Médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	<p>Les EHPAD du CHTB disposent de plusieurs prises en soins innovantes parmi lesquelles des interventions de réflexologie plantaire, de yogathérapie, de fasciathérapie, de zoothérapie, ...</p> <p>Les établissements disposent par ailleurs de l'accès à une baignoire thérapeutique avec ultrasons et d'une salle bien-être.</p> <p>Plusieurs aménagements pourraient toutefois venir compléter ces dispositifs et la mise en place d'un personnel dédié permettrait de favoriser ces prises en soins.</p> <p>- Besoins identifiés par l'établissement</p>			
Description de l'action	<p>Il s'agit de renforcer les prises en charges innovantes réalisées actuellement au sein de ces établissements et d'en développer de nouvelles.</p> <p>A cet effet, il serait proposé aux professionnels des formations diplômantes/qualifiantes pour réaliser de nouvelles prises en charge comme l'hypnose ou la socio-esthétique.</p> <p>L'objectif est également d'équiper la salle Snoezelen actuellement dépourvue d'équipement.</p> <p>Ce sera également de proposer une prise en soins d'aromathérapie en s'appuyant sur les formations suivies par le médecin coordonnateur des EHPAD.</p> <p>De nouvelles techniques de prises en soins innovantes seront encouragées au fur et à mesure des opportunités qui se présenteront.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD</p> <p>Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical)</p> <p>Représentants du CVS, usagers et résidents</p> <p>Organismes tutélaires/ familles</p>			
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent</p> <p>Moyens de financement de ces restructurations</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>			
	Date de début :	01/01/2022	Date de fin :	31/12/2026
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de formations suivies	réflexologie/fascia thérapie/ aromathérapie		
	Nombre de résidents pris en soins par thérapeutique innovante	reflexologie: 26, fasciathérapie: 12; aromathérapie: 6		
	Nombre de prises en soins innovantes	reflexologie: 104, fasciathérapie: 36, aromathérapie: 6		
	Questionnaire de satisfaction des professionnels	0		
	Questionnaire de satisfaction auprès des usagers et familles	Spécificité non notifiée dans le questionnaire de satisfaction		
	Indicateurs spécifiques de suivi de ces thérapeutiques (iatrogénie médicamenteuse, ...)	Transmissions écrites avec rédaction des résultats obtenus (DSI)		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Sources de financement</p> <p>Délais de réalisation</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				



Annexe n° 9 : FICHE ACTION

CPOM



EHPAD du Centre Hospitalier d'ISSOUDUN

AVENUE JEAN BONNEFONT - CS 70190 - 36 105 ISSOUDUN CEDEX
Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

Fiche Action N° 5.1

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-1 Optimiser l'organisation et le développement des ressources humaines :

- Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail
- Favoriser l'adaptation des pratiques pour améliorer en continu la qualité des accompagnements
- Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences

Personne Référente :	Direction / responsable des RH	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences de professionnels ; maîtrise des risques ; continuité de l'accompagnement ; sécurisation du circuit du médicament ; politique de prévention ; bientraitance ; soins palliatifs et fin de vie ; amélioration de la qualité de vie au travail</p> <p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques</p> <p>objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie : structurer et développer les dispositifs de formation</p>		
Description de l'action	<p>Adaptation du plan de formation aux besoins identifiés lors des entretiens annuels.</p> <p>Mise en adéquation avec les objectifs institutionnels afin de développer les compétences professionnelles et sécuriser la prise en charge des résidents.</p> <p>Poursuivre la mise en place de la QVT</p> <p>Formaliser l'accueil des nouveaux agents et des stagiaires (livret d'accueil...)</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	Ressources humaines, DSI, cadres de santé de proximité, service formation.		
Moyens nécessaires	<p>Progiciel ANFH (Gestform)</p> <p>Temps agent</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les demandes formulées pour la formation doivent être financées dans le respect des budgets formation et/ou des dispositifs nationaux et régionaux. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les formations inscrites dans le CPOM.</p> <p>Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.</p>		

	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux d'absentéisme	11,54 %		
	Taux d'absentéisme courte durée	6,16 %		
	Taux d'accident du travail	0,99 %		
	Taux d'ETP vacants au 31/12	2,00 %		
	Taux de rotation des personnels	3,81 %		
	Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	1,78 %		
	Ratio d'encadrement global	0,639		
	Nombre de points GIR par AS			
	Ratio d'encadrement AS/ASH	0,528		
	Ratio d'encadrement IDE	0,066		
	Taux de remplacement du personnel			
	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers			
	Plan de formation : O/N	Oui		
	Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS	6		
	Organisation comprenant un pool de remplacement	Non		
	Nombre de formations qualifiantes			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Indicateurs ci-dessus			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N° 5.2

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-2 Accompagner les ESMS dans l'adaptation de leur politique de ressources humaines

Personne Référente :	Direction / responsable des RH	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 27 : - aider les ESMS dans leur politique de gestion des ressources humaines ; - mise en place d'une politique de recrutement, d'analyse de l'absentéisme...			
	Modalités : - formation du personnel ; - mise en place de bilans sociaux et analyse de ces documents ; - élaboration de différents tableaux de bord.			
Description de l'action	Mise en place d'un tableau de bord des effectifs rémunérés par rapport à l'effectif autorisé et analyse des écarts. Mise en place d'un suivi de l'absentéisme. Poursuivre les formations qualifiantes et diplômantes			
Identification des acteurs à mobiliser	Ressources humaines. RH. DSI			
Moyens nécessaires	Progiciel RH pour extraction des données et temps agent pour analyse des données Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Les demandes d'acquisition de matériel et d'aménagement doivent être étudiées et validées dans le cadre d'un PPI ou dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM. Des crédits complémentaires sur la dotation soins peuvent être sollicités pour les matériels relevant du soin et en lien avec une action inscrite dans le CPOM.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Suivi mensuel et annuel			
	Taux d'absentéisme			
	Nombre de mensualités de remplacement			
	Nombre de formations qualifiantes et diplômantes accordées			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Adéquation des dotations en personnel			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action Etablissement N° 5.3			
Axe 5			
Ressources Humaines			
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail			
5-3 Adapter les ressources humaines aux besoins des EHPAD			
Personne Référente :	Direction / Médecin coordonnateur / cadres de santé	Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Les EHPAD du CHTB sont distincts l'un de l'autre d'environ 2 kms, ce qui a inévitablement des conséquences sur l'organisation des ressources humaines médicales et non médicales.</p> <p>Il faut donc mettre en place un fonctionnement « autonome » pour chacun des établissements selon une répartition des ressources humaines adaptées au plus près de la réalité des usagers pris en charges (GMP, PMP). Les personnels « mutualisés » (ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin coordonnateur, animateur, ...) doivent être répartis entre chaque structure.</p> <p>Sur le plan des ressources humaines non médicales, les EHPAD rencontrent de réelles difficultés quant à la prise en charge des résidents au regard des ratios de personnels dédiés, en particulier sur les postes d'aides-soignants qui sont insuffisants. Les ratios moyens le matin font état sur chaque EHPAD d'un personnel pour 10 résidents. L'après-midi, en fonction des EHPAD et secteurs, ce ratio peut être porté à 1 agent pour 15, voire 1 pour 19 sur un secteur de Bel Air.</p> <p>L'entretien des locaux est également impacté compte tenu des ratios personnels/surfaces à entretenir.</p> <p>Du point de vue de la ressource humaine médicale, les EHPAD font face à la crise de la démographie médicale, plus prégnante encore, sur le bassin de vie d'ISSOUDUN. Le nombre de médecins libéraux est extrêmement limité désormais et ceux qui demeurent présents, faute de temps disponibles, refusent pour certains d'intervenir sur les EHPAD du centre hospitalier. Cela provoque un défaut de continuité de prise en soins des résidents.</p> <p>- Projet de loi Grand âge - Rapport de mission – 25 recommandations pour une prise en soins adaptée des patients et des résidents afin que nos établissements demeurent des lieux de vie – Prs JEANDEL et GUERIN – Juin 2021</p>		
Description de l'action	<p>Il s'agit d'adapter les ressources humaines médicales et non médicales aux réalités de territoire d'une part, ainsi qu'à la nécessaire qualité et sécurité des soins prodigués, d'autre part, ce qui se caractérise par :</p> <p>Assurer la garantie de ratios de prises en soins qui s'apparentent à 1 personnel soignant (aide-soignant) pour 8 résidents en journée.</p> <p>Cela permettra à la fois d'assurer une prise en soins de qualité auprès des résidents et de garantir un redéploiement des ASH sur des fonctions d'entretien des locaux et d'hôtellerie, indispensables au bon fonctionnement des établissements.</p> <p>L'intérêt résidera également dans la disponibilité des personnels pour suivre des formations en lien avec la prise en charge des résidents, et facilitera également leur détachement sur des activités en adéquation avec un lieu de vie pour accompagner et prendre en soins les résidents (activités/animations, projets d'accompagnements personnalisés, ...).</p> <p>Sur le plan de la prise en charge médicale, il est impératif que le médecin coordonnateur puisse se consacrer à ses missions, redéfinies récemment, et qu'une prise en charge continue et régulière puisse être mise en œuvre au sein des deux EHPAD afin de pallier les difficultés relatives à la médecine de ville.</p> <p>L'augmentation du temps de médecin prescripteur salarié (0,3 à 0,5 ETP) permettrait de répondre à cette problématique et semble désormais impérative.</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD Représentants du CVS, usagers et résidents Organismes tutélaires/ familles Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical) Conseil Départemental ARS</p>		
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent Moyens financiers</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Il est rappelé que les autorités de tarification ne fixent plus un tableau des effectifs lors de la mise en place du CPOM. Dans ces conditions, l'établissement dispose d'une liberté de gestion de ses personnels dans le respect des moyens alloués.</p> <p>La contractualisation du CPOM engendre une liberté de gestion et d'affectation des moyens pour le gestionnaire dans le respect des moyens alloués.</p>		

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2022		Date de fin : 31/12/2026	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de personnels recrutés			
	Tableau de bord RH (taux de turnover, taux d'absentéisme, taux de personnel de remplacement, nombre d'accidents de service, ...)			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Moyens financiers adaptés aux besoins en recrutement de personnels			
Commentaires sur le Constat de résultat				



Annexe n° 9 : FICHE ACTION

CPOM



EHPAD du Centre Hospitalier d'ISSOUDUN

AVENUE JEAN BONNEFONT - CS 70190 - 36 105 ISSOUDUN CEDEX
Téléphone : 02 54 03 55 36 Email : latourblanche@ch-issoudun.fr

Fiche Action N° 6.1

Axe 6

objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)

6-1 Poursuivre l'adaptation et la modernisation des établissements existants

Personne Référente :	Direction / responsable service gestion du patrimoine	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	Objectifs fiche action 29 : - mettre aux normes de sécurité et de confort les établissements existants ; - offrir à la population accueillie des locaux permettant de leur assurer une prise en charge en adéquation avec leurs besoins évolutifs.			
	Modalités : - poursuivre l'effort de restructuration et d'adaptation du bâti ; - retenir les projets de restructuration intégrant les réponses aux besoins des PAD et plus particulièrement dépendantes psychiques.			
Description de l'action	<p>Reflets: réhabilitation du bâtiment ancien des Arcades (1992) + accessibilité des terrasses + Pergola bioclimatique extérieur salle à manger à l'étage. Bel Air: une partie du bâtiment date des années 70 : dans le cadre des rénovations énergétiques des bâtiments, isolation thermique extérieure (murs et toiture) à prévoir, changement des huisseries, installation de volets électriques sur l'ensemble des parties vitrées + climatisation de l'ensemble du bâtiment (puits canadiens?) + mise aux normes des appels sonnettes (actuellement bip obsolètes) + remplacements des éclairages actuels par des leds + détection de mouvement pour éclairage + accessibilité des terrasses + Sas d'entrée à aménager avec portes automatiques + 2ème porte automatique d'accès au parc + chemin piétonnier avec matériaux adaptés à la marche et aux fauteuils roulants, corrélés à un parcours santé sénior + pergola bioclimatique devant l'entrée principale + pergola bioclimatique dans le parc en protection solaire au dessus de la terrasse bois prévue en 2021 + réflexion à mener sur panneaux photovoltaïques sur la surface du toit (idem Reflets) + système de récupération d'eau de pluie pour arrosage du parc avec système automatique. Dans le cadre de la mise en place de la fibre à Issoudun, faire bénéficier la totalité des résidents d'un accès pour TV, téléphone et internet dans chaque chambre.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	Services économiques et techniques, entreprises spécialisées Services utilisateurs Comité de direction, Instances Autorités de tarification			
Moyens nécessaires	liés aux études de faisabilité et au schéma directeur évoqué dans l'axe 2 Financement Les investissements ne pourront être intégrés dans le PPI qu'après la transmission d'un dossier, d'un examen détaillé de leur impact et d'une validation par les autorités de tarification.			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :	
	Objectif indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Respect du calendrier (calendrier à définir en collaboration avec les autorités de tarification)			
	Questionnaire de satisfaction des professionnels			
	Questionnaire de satisfaction auprès des usagers et familles			
	Diminution quantifiée des problématiques relatives aux locaux/espaces (moins de fiches de signalement, ...)			

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>La transmission d'un dossier détaillé ne peut se faire qu'après avoir validé un scénario.</p> <p>En effet, plusieurs scénarii sont possibles, une étude approfondie de chacune des possibilités n'est pas envisageable à court terme et repousserait à long terme la réalisation des opérations.</p> <p>Un choix entre restructuration ou rénovation doit être fait en amont des PTD.</p> <p>L'idée étant de se faire accompagner via une mission d'étude de faisabilité avec proposition de scénarii (nombre à définir) - Pour réalisation d'un état des lieux, identification des besoins et attendus et valider un scénario avec les autorités de tarification.</p> <p>Le scénario retenu viendra modifier le PPI en cours de CPOM</p> <p>La question de l'USLD déjà évoquée, devra être prise en compte dans cette étude. Les orientations et attendus des autorités de tarification sont nécessaires pour la poursuite du projet d'étude.</p> <p>Les opérations de travaux nécessitent un investissement important de tous les acteurs (des utilisateurs, de la direction, des financeurs et services travaux). Il ne s'agit donc pas de faire une étude rapide, mais d'avancer dans une dynamique structurée et concertée.</p>
Commentaires sur le Constat de résultat	

Fiche Action Etablissement N° 6.2

Axe 6
objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)

6-2 Restructurer l'EHPAD de Bel Air

Personne Référente :	Direction / responsable service gestion du patrimoine	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	<p>L'EHPAD de Bel Air, excentré en centre-ville, comprend un bâtiment initial de 1970 et une extension de 2005. L'accessibilité générale du bâtiment est précaire et non conformes aux nouvelles normes. Les chambres sont exigües et les espaces communs sont inadaptés à l'accueil de l'ensemble des résidents. Il existe des problèmes d'isolation et le parc extérieur n'est pas aménagé pour accueillir des personnes à mobilité réduite.</p> <p>Un certain nombre d'équipements est par ailleurs obsolète (climatisation, appel sonnettes, ...).</p> <p>Il existe une problématique conséquente de gestion de l'accès au réseau informatique/internet ainsi qu'à la téléphonie qui nécessiterait des travaux importants.</p>			
	- Etat des bâtiments et usage de la structure			
Description de l'action	<p>Afin de répondre à ces problématiques, il conviendrait de réaliser des travaux d'aménagement du bâtiment : isolation, réaménagement des surfaces intérieures, réfection des chambres, pose de rails de transfert, travaux de mise aux normes d'accessibilité, modification des appels-sonnettes, aménagement du sous-sol...</p> <p>Sur le plan architectural et aménagement des espaces, l'objectif sera de réaliser des travaux labellisés Haute Qualité Environnementale pour optimiser les coûts d'entretien et d'énergie par la suite.</p> <p>Par ailleurs, il faudrait également aménager les extérieurs, pour faciliter l'accès et la sortie des résidents et familles ainsi que pour permettre la déambulation et la balade dans le parc de l'EHPAD.</p> <p>Il s'agirait également d'entreprendre les travaux nécessaires à la mise en place d'un réseau informatique/internet et téléphonie adapté à la structure. Cela permettrait notamment aux résidents de disposer de ces fonctionnalités individuellement et au personnel de travailler dans de meilleures conditions avec les outils informatiques.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD Partenaires institutionnels (ARS, Conseil Départemental) Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical) AMO et entreprises</p>			
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent Moyens de financement de ces restructurations</p> <p>Les investissements ne pourront être intégrés dans le PPI qu'après la transmission d'un dossier, d'un examen détaillé de leur impact et d'une validation par les autorités de tarification.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Effectivité des travaux			
	Questionnaire de satisfaction des professionnels			
	Questionnaire de satisfaction auprès des usagers et familles			
	Diminution quantifiée des problématiques relatives aux locaux/espaces (moins de fiches de signalement, ...)			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Sources de financement Délais de réalisation</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action Etablissement N° 6.3

Axe 6
objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)

6-3 Restructurer le bâtiment Les Arcades

Personne Référente :	Direction / responsable service gestion du patrimoine	Date de création	01/01/2022	
Constat du diagnostic	<p>Le bâtiment Les Arcades de l'EHPAD des Reflets d'Argent a été érigé dans les années 70 et n'est donc plus adapté ni aux normes. Il abrite 30 places dont 10 chambres doubles ce qui se matérialise par un bâtiment obsolète, des chambres exigües et non conformes aux nouvelles normes. Cela entraîne de nombreuses difficultés de prises en soins et d'accompagnement des résidents, ainsi qu'en matière d'entretien des locaux.</p> <p>- Etat des bâtiments et usage de la structure</p>			
Description de l'action	<p>Afin de répondre à ces problématiques, il conviendrait de réaliser une réhabilitation générale des locaux afin notamment de les rendre conformes aux normes de sécurité et d'accueils d'usagers dans le cadre d'un établissement médico-social. Cela permettra de standardiser le recours à des chambres seules de taille suffisante et équipées de salles de bain et WC adaptés et de les équiper de rails de transfert.</p> <p>Plusieurs aménagements relatifs à l'aménagement général de la structure seront réalisés dans le même temps (climatisation, revêtements de sol, salle de rafraîchissement, terrasses et verrière, ...).</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD Partenaires institutionnels (ARS, Conseil Départemental) Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical) AMO et entreprises</p>			
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent Moyens de financement de ces restructurations</p> <p>Les investissements ne pourront être intégrés dans le PPI qu'après la transmission d'un dossier, d'un examen détaillé de leur impact et d'une validation par les autorités de tarification.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Effectivité des travaux			
	Questionnaire de satisfaction des professionnels			
	Questionnaire de satisfaction auprès des usagers et familles			
	Diminution quantifiée des problématiques relatives aux locaux/espaces (moins de fiches de signalement, ...)			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Sources de financement Délais de réalisation</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action Etablissement N° 6.4			
Axe 6			
objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)			
6-4 Créer un espace de calme-retrait et apaisement au sein de l'UHR			
Personne Référente :	Direction / Médecin coordonnateur / cadres de santé		Date de création
			01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>L'UHR qui va ouvrir à compter du mois de janvier 2022 compte 14 chambres dont seules 12 seront ouvertes au titre de cette activité. Au sein des EHPAD, on rencontre – compte tenu des pathologies Alzheimer et apparenté – une diversité de « comportements problèmes » dont les situations ne peuvent être toujours correctement gérées compte tenu de l'organisation et des moyens à disposition.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recommandations ANESM / HAS sur les comportements problèmes et sur les espaces de calme-retrait et d'apaisement - Charte des droits et libertés de la personne accueillie - Article L.311-3 du code de l'action sociale et des familles 		
Description de l'action	<p>Identifier les pratiques et les modalités organisationnelles qui permettent de prévenir et gérer les situations problèmes et les formaliser. Identifier les stratégies à mettre en œuvre et les différentes possibilités d'accompagnement dans un espace sécurisé. Il s'agira de créer un véritable espace de calme-retrait et apaisement au sein d'une chambre à l'extrémité de l'unité d'hébergement renforcé, ce qui permettra une surveillance adaptée de jour comme de nuit. Par ailleurs, le personnel sera formé ce qui facilitera et sécurisera la prise en charge. L'ensemble du personnel des EHPAD sera sensibilisé à ce dispositif et des protocoles et procédures seront spécifiquement mises en œuvre.</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD Représentants du CVS, usagers et résidents Organismes tutélaires/ familles Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical)</p>		
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins. Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les investissements ne pourront être intégrés dans le PPI qu'après la transmission d'un dossier, d'un examen détaillé de leur impact et d'une validation par les autorités de tarification.</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Fin d'Action		
	Effectivité de ce dispositif		
	Nombre de résidents identifiés dans le cadre de ce dispositif par an		
	Nombre de situations apaisées dans ce cadre / Nombre d'échecs		
	Questionnaire de satisfaction avec question sur l'usage de cette chambre pour les résidents concernés et du côté des professionnels (satisfaction en terme de qualité de vie et de qualité de travail)		
Nombre de signalements consécutivement à un passage en chambre de calme-retrait.			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Respect des recommandations de l'ANESM/HAS Compréhension et participation de l'ensemble des acteurs (résidents/familles/professionnels)</p>		
Commentaires sur le Constat de résultat			

Fiche Action Etablissement N° 6.5				
Axe 6				
objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)				
6-5 - Créer un jardin thérapeutique				
Personne Référente :	Direction / Médecin coordonnateur / cadres de santé / responsable gestion du patrimoine		Date de création	01/01/2022
Constat du diagnostic	<p>Les EHPAD du CHTB disposent d'espaces extérieurs (jardin, patio, ...) qui ne sont toutefois pas aménagés spécifiquement pour favoriser la stimulation des personnes âgées accueillies en leur sein.</p> <p>- Besoins identifiés par le projet de service</p>			
Description de l'action	<p>Il s'agit de proposer la création d'un jardin/parcours thérapeutique au sein d'un des EHPAD et qui sera mutualisé. Cela consiste à créer un lieu d'agrément, constituant un environnement stimulant et pouvant également servir d'outil thérapeutique, en complément de l'offre de soins plus conventionnelle.</p> <p>Parmi les objectifs opérationnels, on peut relever ceux de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lutter contre la perte de repères - Apaiser et favoriser l'ouverture vers l'extérieur - Favoriser l'activité physique au travers de la déambulation notamment - Stimuler les sens <p>Ce jardin sera composé d'espaces de repos (banc, ...), de plantes de type aromatiques, majoritairement, et il faudra veiller à ce que des modules soient situés à hauteur des personnes âgées pour leur en favoriser l'accès.</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Personnels des EHPAD Représentants du CVS, usagers et résidents Organismes tutélaires/ familles Direction et personnel d'encadrement (médical et non médical) Société spécialisée</p>			
Moyens nécessaires	<p>Temps de travail agent Moyens financiers Espace disponible</p> <p>Les moyens sollicités relatifs aux sections dépendance et soins doivent être financés dans le respect des enveloppes allouées (articles R.314-159 et R.314-172 et du CASF). Les articles R.314-166 et R.314-176 du CASF précisent les charges couvertes par les forfaits globaux dépendance et soins</p> <p>Les moyens demandés et relatifs à la section tarifaire hébergement feront l'objet d'une discussion dans le cadre de la rencontre budgétaire de l'année zéro du CPOM.</p> <p>Les investissements ne pourront être intégrés dans le PPI qu'après la transmission d'un dossier, d'un examen détaillé de leur impact et d'une validation par les autorités de tarification.</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Création effective du jardin thérapeutique			
	Nombre de résidents investis dans le projet			
	Taux d'usage de ce jardin / nombre de résidents concernés			
	Questionnaire de satisfaction des résidents/familles			
	Indicateurs de suivi spécifique sur la réduction des troubles du comportement (fiches d'évènement indésirables, ...)			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Coût de l'opération Nécessité de définir un programme d'entretien pour assurer l'état du jardin</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat				

