

**Convention tripartite pluriannuelle n°2
de l'Établissement Hébergeant des Personnes Agées
Dépendantes
(EHPAD)**

CASTERAN à Saint Pierre des Nids

Conclue entre :

- l'autorité compétente pour l'assurance maladie représentée par la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire,
- le département de *Mayenne* représenté par le Président du Conseil Général,
- et le représentant légal de l'établissement :
Monsieur Henri Leblond président du CCAS

Vu le code de l'action sociale et des familles, et notamment son article L 313-12 alinéa 1^{er} ;

Vu le code de santé publique ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

Vu le décret n°2010-1319 du 03 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux ;

Vu l'arrêté du 26 avril 1999, modifié par arrêté en date du 13 août 2004, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu la circulaire n° DGCS/5C/DSS/1A/2012/148 du 05 avril 2012 relative aux orientations de l'exercice 2012 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées ;

Vu la notification de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) en date du 6 avril 2012 relative à la mise en œuvre de la campagne budgétaire des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ;

Vu le projet régional de santé des Pays de la Loire, ses schémas et programmes rattachés ;

Vu le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale - personnes âgées 2008 - 2012 ;

Vu la convention tripartite pluriannuelle de l'établissement signée le 28 février 2006 ;

Vu l'avenant signé le 14 décembre 2007 ;

Vu la délibération du conseil d'administration sollicitant le renouvellement de la convention tripartite ;

Vu le dossier de renouvellement de convention tripartite déposé le 13 avril 2011 ;

Vu la visite sur site effectuée conjointement par les services du Conseil général et de l'ARS en date du 02 novembre 2010 et du 15/11/2012 ;

Considérant le guide de la contractualisation ;

Il est convenu ce qui suit :

OBJET DE LA CONVENTION

Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes sont tenus de passer, en application de l'article L 313-12 alinéa 1^{er} du code de l'action sociale et des familles, une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, dans le respect du cahier des charges établi par arrêté ministériel.

La convention, d'une durée de cinq ans, doit être renouvelée.

La présente convention, établie à partir du rapport d'auto évaluation interne qui doit être communiqué par l'établissement conformément à l'article D312-203 alinéa 2 du code de l'action sociale et des familles, entend :

1. définir les engagements de l'établissement en matière de prise en charge, de qualité, de sécurité et d'efficience pour la personne âgée accueillie, notamment au regard du bilan de la convention précédente ;
2. définir les conditions de fonctionnement de l'EHPAD ;
3. arrêter les objectifs d'évolution de la structure, et préciser les modalités de leur suivi ;
4. rappeler enfin les modalités d'intervention financière de chacune des parties.

SOMMAIRE

Titre I : Caractéristiques de l'établissement

Titre II : Eléments de diagnostic

Titre III : Objectifs qualité relatifs à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes

Article 1 : Droits des résidents et prestations d'accompagnement et de soins

1.1. Droit des résidents

1.2. Lutte contre la maltraitance

1.3. Projet personnalisé de vie et de soins

1.4. Qualité des relations sociales

Article 2 : Qualité des espaces

Article 3 : Qualité de la restauration et de l'hôtellerie

Article 4 : L'établissement et son environnement

Titre IV : Objectifs d'efficience de fonctionnement

Titre V : Moyens sollicités au regard des objectifs fixés

Article 1 : Le personnel sollicité

Article 2 : Dispositions budgétaires

2.1. Option tarifaire et pharmacie à usage intérieur

2.2. Moyens financiers

Titre VI : Evaluations

Article 1 : Evaluation interne

Article 2 : Evaluation externe

Titre VII : Evaluation du dispositif conventionnel

Titre VIII : Durée de validité

TITRE I : CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement, géré par le CCAS de Saint Pierre des Nids, présente les caractéristiques figurant en **annexe 1** (Identité de l'établissement, locaux, résidents, activités de soins).

TITRE II : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

Les éléments principaux de diagnostic sont retracés dans le rapport d'auto-évaluation communiqué par l'établissement et présenté en **annexe 2**.

Le bilan succinct de la convention tripartite précédente est présenté en **annexe 2bis**.

Les éventuelles visites et inspections effectuées par les autorités de contrôle complètent le diagnostic du fonctionnement de l'établissement et de la prise en charge des résidents (**annexe 3**).

TITRE III : OBJECTIFS QUALITE RELATIFS A L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Il est rappelé que l'établissement s'est engagé dans la convention tripartite initiale :

- dans une démarche de qualité, en conformité, d'une part, avec les principes et les droits élémentaires de la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles, en garantissant à toute personne âgée les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins ; d'autre part, avec les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM
- à faire en sorte que la qualité des prises en charge permette entre autres une transparence du fonctionnement de l'institution, clairement définie dans le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement et le contrat de séjour.

ARTICLE 1 : DROITS DES RESIDENTS ET PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS

Afin de garantir à chaque résident le respect de ses droits, ainsi que la qualité des prestations d'accompagnement, les principaux éléments suivants sont mis en œuvre :

Article 1.1. : Droits des résidents

Les documents contractuels et d'information sur les conditions du séjour, déjà élaborés, doivent être régulièrement mis à jour et diffusés : livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement. En outre, des avenants au contrat de séjour seront réalisés en tant que de besoins en lien avec la réalisation d'un projet d'accompagnement individuel pour chaque résident.

La charte des droits et libertés de la personne âgée accueillie est affichée dans l'établissement.

L'expression des usagers doit être garantie : les élections, la composition et la tenue des réunions du conseil de la vie sociale doivent être conformes aux articles D311-3 à D311-20 du Code de l'action sociale et des familles.

D'autres modes d'expression sont mis en place : commission des menus, enquêtes de satisfaction...

Le respect de la vie privée du résident doit être assuré (ex. : frapper à la porte avant d'entrer).

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont organisés.

Article 1.2. : Lutte contre la maltraitance

Un dispositif de prévention, repérage et traitement des éventuelles situations de maltraitance, intégré au projet d'établissement, doit être mis en place, et repris dans le règlement de fonctionnement.

Ce dispositif doit être mis en place au regard notamment de la recommandation de l'ANESM, ainsi que des résultats de l'autoévaluation réalisée au moyen du questionnaire de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) et contenir un protocole d'information des autorités administratives.

Il est rappelé que la circulaire 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 prévoit notamment le signalement aux autorités administratives de tout événement indésirable par les responsables des établissements.

Les informations nécessaires à un signalement d'une maltraitance sont affichées dans l'établissement tant pour le grand public que pour les professionnels. Le plan de formation prévoit les formations à la prévention de la maltraitance ; c'est aussi un point qui sera développé dans le projet de coopération inter-établissement avec Pré-en-Pail et Javron les Chapelles.

Article 1.3. : Projet personnalisé de vie et de soins

Conformément à la recommandation ANESM de décembre 2008, chaque résident doit bénéficier d'un projet personnalisé (projet de vie et projet de soins) fixant les objectifs de son accompagnement. Ce projet sera présenté à la signature du résident (ou de son représentant légal).

L'élaboration du projet personnalisé nécessite en amont, une évaluation formalisée des attentes de la personne, de ses habitudes, ses centres d'intérêts, ses besoins notamment en termes de soins. Une évaluation de ses risques et fragilités sera systématiquement réalisée.

La mise en œuvre du projet personnalisé s'appuiera sur un travail en équipe pluridisciplinaire, avec le résident et son entourage, incluant une adaptation de l'organisation du travail, de l'environnement physique ainsi qu'une évaluation de l'impact des actions réalisées.

L'établissement a mis en place un protocole d'entrée dans l'établissement.

Enfin, une actualisation régulière et au moins annuelle du projet sera prévue pour tenir compte des modifications de l'état de santé du résident, de ses besoins et attentes.

L'établissement s'engage en particulier à nommer un personnel référent pour chaque résident pour la durée de son séjour. Ce personnel référent participera à la réalisation du projet d'accompagnement individuel. Il participera également à l'évaluation périodique de la grille dépendance AGGIR.

Article 1.4. Qualité de la prescription

L'établissement s'engage à assurer des soins de qualité répondant aux besoins de chaque résident, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD (diffusées par la Directeur général de la santé et le Directeur général de l'action sociale en octobre 2007).

Ces recommandations prévoient, entre autres, un accompagnement et des soins en fin de vie adaptés. Pour ce faire, l'établissement se rapproche de structures ou d'unités mobiles en soins palliatifs.

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA)¹ fera l'objet d'une formation ou d'une information auprès des médecins intervenant dans l'EHPAD par le médecin coordonnateur ou le pharmacien référent (ou *pharmacien gérant si PUI*).

Une attention particulière sera également portée sur la prise en compte du plan nutrition dans le projet de soins (pesées, etc.).

Il est rappelé que le médecin coordonnateur et le pharmacien référent (ou pharmacien gérant si PUI) ont notamment pour mission d'établir la liste préférentielle des médicaments.

Par ailleurs, conformément au décret n°2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD, l'établissement signe un contrat avec les médecins et kinésithérapeutes libéraux.

Une convention doit également être établie entre l'EHPAD et l'officine ou les officines dispensant des médicaments aux résidents.

Article 1.5. : Qualité des relations sociales

Vie sociale : La direction de l'établissement veille à :

- améliorer la qualité des relations sociales des résidents ;
- maintenir la participation des familles.

Animation : L'établissement s'engage à mettre en place des actions d'animation adaptées en faveur de tous les résidents.

L'établissement veillera à la professionnalisation et à la formation continue du personnel d'animation.

Il est préconisé une action d'animation continue et coordonnée avec l'ensemble des agents.

La direction de l'établissement s'engage à :

D'ici fin 2013 :

- finaliser la sécurisation du circuit du médicament (de la prescription à la distribution), tenant compte des bonnes pratiques notamment sur les prescriptions de traitements neuroleptiques chez les résidents en EHPAD atteints de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ;
- En outre, le livret thérapeutique autrement dit liste préférentielle des médicaments qui a été réalisé par le médecin coordonnateur en lien avec les généralistes et le pharmacien sera définitivement validée par la commission de coordination gériatrique ;

¹ Cf. site Internet de l'HAS www.has-sante.fr

- mettre en place, faire appliquer ou vérifier l'actualisation et l'application des protocoles sur la prévention des incapacités ou de leur aggravation, des infections dont celles associées aux soins, les règles d'hygiène générale et celles liées aux soins, la prévention des chûtes, la nutrition, la douleur, la prévention et le traitement des escarres, la contention, la prise en charge bucco-dentaire et le traitement des déchets de soins infectieux en tenant compte des bonnes pratiques en vigueur ;
- réactualiser les outils de recueil des plaintes et réclamations. L'établissement complétera ce travail par la mise en place un outil de traitement des plaintes, des réclamations et du suivi des plaintes et réclamations ;
- en cohérence avec la démarche d'évaluation interne, actualiser le projet d'établissement dont le projet de soin et les documents relatifs à la mise en œuvre des droits des usagers ;
- fournir un rapport d'activité médicale réalisé par le médecin coordonnateur et validé en commission de coordination gériatrique ;

D'ici fin 2014 :

- organiser un bilan buccodentaire pour chaque personne âgée entrant dans l'établissement.

L'établissement recherchera des solutions pour permettre aux résidents de bénéficier d'un dentaire.

- développer la notion de coordination de vie sociale mise en place par l'organisation et par le parcours de formation (fonction assurée par une aide soignante en cohérence avec le projet de soins et le projet de vie de l'établissement) et à proposer un programme d'activité répondant aux besoins et aux envies spécifiques des résidents (en lien avec le projet d'accompagnement individuel), et ce chaque jour ouvrable, ainsi que sur les fêtes de fin d'année.

A l'échéance de la convention tripartite au plus tard :

- améliorer la prévention et la prise en compte des troubles du comportement des personnes âgées dépendantes en finalisant notamment le projet de prise en charge psychologique et de coordination de la vie sociale ;
- élaborer pour chaque personne âgée dépendante qui le souhaite un projet personnalisé, l'association elle, son aidant ou son représentant, à chaque étape ; en fin de convention il existera un avenant au contrat de séjour pour chaque résident dont le projet d'accompagnement individuel le nécessiterait.
- actualiser les dossiers individuels (PSI et projet personnalisé) afin qu'ils intègrent le suivi et l'évaluation des traitements, des protocoles d'aides et de soins, des synthèses périodiques ;
- initier la mise en place d'une cartographie des risques identifiant et hiérarchisant l'ensemble des risques selon leur fréquence et leur gravité, organisant le recueil des événements indésirables et mettant en place des mesures de prévention et de correction ;

ARTICLE 2 : QUALITE DES ESPACES

Article 2.1. : Les espaces privés

L'établissement s'engage à mettre à la disposition de chaque résident un espace privatif conforme au cahier des charges fixé dans l'arrêté du 26 avril 1999.

Article 2.2. : Les espaces collectifs

L'établissement s'engage à mettre à la disposition des résidents des espaces collectifs qui concourent à maintenir des liens sociaux et permettent à des personnes extérieures une bonne fréquentation de l'établissement.

Article 2.3. : Les espaces spécifiques

L'établissement ne dispose pas d'espaces spécifiques dédiés à l'accueil et la prise en charge des personnes désorientées. Néanmoins l'établissement mettra tout en œuvre pour maintenir l'accueil de personnes désorientées dans de bonnes conditions. Le projet de coopération Pré-en-Pail, Javron devra aborder de manière tout à fait concrète la possibilité d'une éventuelle création d'unité spécifique sur le secteur en cohérence avec les prestations offertes dans les autres établissements.

Article 2.4. : La sécurité et accessibilité

L'établissement s'engage à respecter la législation en vigueur (notamment l'article R111-19 à R111-19-3 du code de la construction et de l'habitation relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création).

L'établissement s'engage à lever les éventuelles observations formulées dans les procès-verbaux de la commission compétente, et dans les délais impartis.

L'identification des risques, notamment le risque de canicule, et leur prévention sont prises en compte.

L'analyse des risques et défaillances électriques a également été réalisée et un groupe électrogène a été installé. Dans ce cadre, l'établissement s'engage à maintenir le contrat de maintenance du groupe électrogène par ailleurs l'établissement s'engage à maintenir son suivi des installations électriques par une société de contrôle (La Société Socotec).

Article 2.5. : L'hygiène

L'établissement s'engage à se conformer à la réglementation en vigueur concernant l'alimentation et l'hôtellerie, ainsi que la qualité de l'eau (prévention de la légionellose). Dans ce cadre, l'établissement s'engage à maintenir les contrôles en vigueur par un laboratoire indépendant et à continuer les formations spécifiques pour les référents hygiène et en lien avec les unités opérationnelles hospitalières et les clin.

Le cas échéant, pour les travaux de restructuration, le gestionnaire s'engage à respecter la procédure du Conseil général, notamment en informant et en sollicitant régulièrement l'avis des autorités de tarification en cas de travaux. Les travaux ne peuvent être engagés sans approbation préalable.

L'établissement s'engage dans un programme d'investissement concernant le restaurant, l'atrium. (travaux + mobilier plus adapté). Ces investissements seront financés par un legs (legs Jousselin).

Concernant les amortissements, le PPI fourni montrera la capacité de l'établissement à contenir le prix de journée. Le plan pluriannuel d'investissement devra être validé au préalable des travaux par le Conseil général.

L'établissement s'engage à réaliser des modifications sur l'arrière du bâtiment concernant l'accessibilité en particulier et la circulation des fauteuils roulants dans tout l'établissement.

ARTICLE 3 : QUALITE DE LA RESTAURATION ET DE L'HOTELLERIE

L'établissement s'efforce d'adapter au maximum les prestations d'hôtellerie et de restauration aux besoins des personnes accueillies.

Pour ce faire, l'établissement a notamment mis en place une commission des menus, et effectue des enquêtes de satisfaction.

L'établissement veille à la qualité et à la diversité des repas.

L'établissement veille à la durée des repas et aux conditions d'accompagnement durant ce temps de repas. L'établissement devra réduire les temps de jeûne entre chaque repas (notamment entre le dîner et le petit déjeuner).

Comme déjà évoqué dans le cadre du projet de soins, une attention particulière sera portée sur la prise en compte du plan Nutrition.

L'établissement dispose actuellement d'une diététicienne une journée par mois avec une convention avec l'hôpital local de Vilaines la juhel. Dans le cadre du projet de coopération inter-établissement, il est envisagé une harmonisation de cet accompagnement. Sous réserve des possibilités financières, un projet global et cohérent nécessitera une augmentation du temps diététicienne.

Concernant la prise en charge nutritionnelle, un professionnel référent a été nommé dans l'établissement et formé à travailler en collaboration avec la diététicienne.

L'établissement s'engage à suivre les programmes d'amélioration de l'alimentation, la complémentation.

L'établissement continuera à travailler sur la diminution du temps de jeûne, en mettant notamment en place un suivi des incidences du temps de jeûne la nuit.

ARTICLE 4 : L'ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT

L'établissement s'engage dans des démarches de coopération favorisant entre autres la coordination du parcours du résident, notamment par le biais de :

- conventions avec les acteurs de santé (gériatrie et psychiatrie : intervention d'une équipe mobile géro-psycho-geriatrique, intervention du secteur, mise à disposition de personnel, etc.). Au travers des conférences de territoires et de l'animation conduite par la délégation territoriale, l'ARS s'engage à soutenir l'EHPAD dans sa recherche de partenariat avec les établissements de santé.
- conventions avec les autres établissements médico-sociaux
- relations avec les CLIC
- conventions avec les réseaux et/ou l'équipe mobile de soins palliatifs
- autres partenariats, ou réflexion en cours sur mutualisation

Une convention a été signée avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CHNM² en 2011. Des rencontres dites « RCP » Réunions de Concertations Pluridisciplinaires, ont lieu tous les 2 mois dans l'établissement. Le programme de ces RCP est établi par le référent soins palliatifs qui a été nommé dans l'établissement et formé au niveau du CHNM par l'équipe mobilisation palliatif. ce programme est établi en lien avec le Directeur cadre de santé. A chaque RCP, un cas est étudié et l'établissement peut faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs en cas de besoin.

L'établissement de fiches dites « PALIA 53 » permettra une meilleure cohérence de prise en charge en particulier en cas d'hospitalisation la nuit et les weekends.

Ce fonctionnement sera pérennisé et évalué tout au long de la convention.

Cette exigence de coopération est induite également par la situation de l'établissement dont la capacité, de 35 places, est inférieure à la taille critique, 80 places, identifiée comme favorisant un équilibre médico-économique global du projet d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Si l'évaluation de l'établissement montre une prise en charge satisfaisante (grille angélique), cette taille dite « critique », doit inciter l'EHPAD Casteran à rechercher toute piste de coopération avec d'autres établissements.

La direction de l'établissement s'engage notamment à :

D'ici fin 2013 :

- mettre en place une convention avec une unité de soins palliatifs ;
- mettre en place les mesures favorisant la coordination avec les professionnels libéraux et hospitaliers, contribuant à l'amélioration de la permanence des soins sur le territoire (commission de coordination gériatrique, conventions...);
- organiser la coordination établissement – pharmacien dans le cadre d'une convention.

D'ici fin 2014 :

mettre en place un projet de coopération, dans le cadre d'une structure juridique adaptée, lui permettant d'améliorer la performance (= qualité et efficacité) de l'établissement et de respecter l'équilibre médico-économique susvisé ; cette coopération s'inscrira notamment dans le cadre des démarches engagées avec les EHPAD de Javron les Chapelles et de Pré en Pail.

Les directeurs concernés s'appuieront sur la lettre de cadrage.

L'établissement s'engage à produire un constat et les premières pistes en juin 2013. L'accompagnement par un cabinet spécialisé, dans le cadre d'un financement attribué par l'ARS à hauteur de 10 000 €, pour la partie faisabilité et réalisation concrète sur le second semestre 2013 doit permettre une mise en place des actions concrètes et des premières évaluations dès le début 2014.

L'annexe 8 récapitule les engagements de l'établissement en matière de qualité de prise en charge, ainsi que les indicateurs de résultats y afférents.

De plus, l'annexe 4 précise les indicateurs de suivi relatifs à la qualité de la prise en charge, qui devront faire l'objet d'un suivi annuel.

² Centre hospitalier nord Mayenne

TITRE IV : OBJECTIFS D'EFFICIENCE DE FONCTIONNEMENT

Afin de mieux répondre aux objectifs d'efficience, il est recommandé aux établissements de rechercher toutes les coopérations dans les domaines suivants :

- mise en commun de moyens
- développement de nouvelles stratégies de prise en charge
- développement d'actions concourant à l'amélioration continue de la qualité
- exercice direct des missions et prestations.

En matière de gestion des ressources humaines, l'établissement s'engage à actualiser son organigramme, veiller au bon fonctionnement des instances légales, préciser clairement les responsabilités de chacun (au travers notamment de fiches de poste) et prévenir les risques psycho-sociaux.

Concernant la prise en charge la nuit, il est préconisé une double veille AS/ASH, voire la mise en place d'une astreinte d'IDE dans le cadre de mutualisation.

De manière générale, afin de développer l'intervention de compétences spécifiques auprès des résidents (ex. : diététicien.), il est préconisé de rechercher les possibles mutualisations de postes entre EHPAD.

Le rôle du psychologue doit être précisé en fonction du cadre d'intervention : hébergement permanent, accueil de jour et accueil en unités spécifiques PASA/UHR.

Le plan de formation doit obligatoirement prévoir des formations relatives aux projets personnalisés et à la prévention maltraitance ; et, en tant que de besoin, aux chutes, à la fin de vie, à la douleur, aux gestes de survie, aux risques de fugues, à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement, à l'hygiène.

Ce plan de formation sera mis en cohérence avec les plans des établissements voisins afin de rechercher soit des mutualisations soit éventuellement des négociations communes avec certains prestataires. Il est à noter que l'établissement de Javron et Saint Pierre Des Nids étant de statut territorial, ils sont liés de manière obligatoire au CNFPT alors que l'établissement de Pré-en-Pail étant hospitalier fonctionne avec l'ANFH.

Le plan de formation sur les cinq années à venir doit être communiqué par l'établissement **(annexe 6)**.

La formation des personnels peut être utilement complétée par des analyses de pratiques, des échanges de pratiques entre EHPAD, la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles, etc.

L'établissement s'engage à continuer les formations internes médicales dispensées par le médecin coordonnateur.

L'annexe 5 présente les indicateurs relatifs aux objectifs d'efficience, qui feront l'objet d'un suivi annuel.

Dans ce cadre, la direction de l'établissement s'engage notamment à :

A l'échéance de la convention tripartite au plus tard :

- réorganiser l'établissement afin sécuriser et d'améliorer les conditions d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes la nuit ;
- mettre en place une politique globale de gestion de ressources humaines et managériale dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- initier la mise en place d'un pilotage de la performance (= qualité et efficacité) des établissements et services en s'appuyant notamment sur les expérimentations dans ce domaine, en développant les systèmes d'information nécessaires ; dans ce cadre, mettre en place un tableau de bord, de pilotage interne et de dialogue, intégrant notamment le suivi des indicateurs de population, qualité et efficacité.

TITRE V : LES MOYENS SOLLICITES

ARTICLE 1 : LE PERSONNEL SOLLICITE

Le tableau des effectifs autorisés avant renouvellement, et après renouvellement est joint à la présente convention, **en annexe 7**.

Les postes d'AS/AMP sont répartis entre la section soins et la section dépendance de la façon suivante :

- 2.40 ETP sur la dépendance,
- 5.60 ETP sur le soin.

ARTICLE 2 : DISPOSITIONS BUDGETAIRES

Préambule : principes généraux de tarification

Les prestations fournies par l'établissement se traduisent par:

- Un **tarif "hébergement"** fixé par le président du Conseil général pour les établissements habilités à l'aide sociale.
- Un **tarif "dépendance"** fixé par le président du Conseil général
- Un **tarif "soins"** fixé par l'autorité compétente pour l'Assurance maladie

Article 2.1. : Option tarifaire et pharmacie à usage intérieur

L'établissement opte pour le tarif journalier partiel.
Il ne dispose pas d'une pharmacie à usage intérieur.

Article 2.2. : Moyens financiers

L'autorité compétente de l'Etat et le président du Conseil général s'engagent à donner à l'établissement les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés, dans la limite de leurs enveloppes financières.

Une dotation dépendance est arrêtée annuellement par le président du Conseil général, dans la limite du niveau de dépenses d'aide sociale départementale fixé annuellement par lui.

(Pour le 44 : octroi de moyens en cas d'augmentation de GMP de plus de 20 points.)

Un tarif hébergement est fixé annuellement par le président du Conseil général, sur propositions de l'établissement. Le Conseil général s'engage à autoriser l'établissement à engager les dépenses relatives aux moyens nécessaires pour la réalisation des objectifs qui auront été préalablement arrêtés, dans la limite du taux directeur voté annuellement et du positionnement de l'établissement vis-à-vis des indicateurs départementaux

Une dotation globale de financement soins est arrêtée annuellement, sur la base de la dotation fixée dans la présente convention et dans la limite du montant de l'enveloppe régionale limitative de crédits d'Assurance Maladie.

La base de la dotation globale de soins avant renouvellement est de 355 577 €.

Les crédits complémentaires attribués au titre du présent renouvellement s'élèvent à 19 486 €.

La nouvelle dotation globale de soins, fixée sur la base d'un GMP à 752 et un PMP à 159, est fixée à 380 314 €, en valeur 2013 (taux directeur compris) et en année pleine, soit 95.76 % de la dotation plafond.

Les crédits seront attribués après signature de la présente convention et à compter du 1^{er} janvier 2013.

La répartition des dépenses de soins est présentée en annexe 7bis.

Article 2.3. : Obligations liées au contrôle opéré par le Département en cas de subvention

Dans l'hypothèse d'une subvention versée par le Conseil général, le gestionnaire devra fournir au Département les documents suivants au titre de l'année subventionnée :

- Comptes annuels approuvés,
- Rapport d'activité
- Rapport du commissaire aux comptes si l'association est tenue d'y recourir.

TITRE VI : EVALUATIONS

ARTICLE 1 : EVALUATION INTERNE

L'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles crée l'obligation pour les établissements médico-sociaux de procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, à la fois au regard des missions qui leur sont confiées et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, des références et procédures validées par l'ANESM.

L'établissement a transmis son rapport d'évaluation interne et son plan d'amélioration continue de la qualité en avril 2011 sur la base d'un référentiel adaptant la grille ANGELIQUE.

Cette évaluation interne mériterait, en cours de convention tripartite, d'être complétée par l'identification des actions entreprises sur les usagers. En outre le programme d'amélioration de la qualité qui a découlé de cette évaluation interne doit continuer à être déroulé au cours de cette convention tripartite. L'état d'avancement de ce programme d'amélioration de la qualité pourra constituer une base de départ pour l'évaluation externe (Voir point suivant).

L'établissement prévoit d'inscrire cette démarche dans un système d'amélioration continue de la qualité, intégré dans son projet d'établissement révisé, prévoyant :

- l'établissement d'un rythme et d'un contenu d'enquête de satisfaction et réunions plénières,
- la formation d'un référent qualité,
- la mise en place d'une démarche d'évaluation des pratiques,
- la création d'un groupe de travail thématique pour améliorer la qualité avec un représentant des résidents et des professionnels,
- l'élaboration d'un système d'analyse des accidents et incidents afin de prévenir leur réapparition,
- la création d'un dispositif vérifiant la connaissance et l'application des procédures par tous les professionnels,
- la création d'un système de notification des anomalies de la vie quotidienne et des soins.

ARTICLE 2 : EVALUATION EXTERNE

En application de l'article L312-8-al.4 et D312-205 du code de l'action sociale et des familles, l'établissement s'engage à réaliser une évaluation externe et à la communiquer aux autorités compétentes aux échéances fixées.

La conduite de l'évaluation externe conditionne le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement.

L'établissement prévoit de s'engager dans la démarche d'évaluation externe au plus tard le 31/12/2014.

Une provision et une demande de CNR sur l'exercice 2015 sera faite. Néanmoins la réalisation de l'évaluation externe devra être faite en cohérence avec le calendrier des établissements de Pré-en-Pail et de Javron en cas de projet de coopération sur ce point. Une harmonisation du calendrier est donc à étudier et à négocier.

TITRE VII : EVALUATION DU DISPOSITIF CONVENTIONNEL

L'annexe 8 récapitule les objectifs fixés à l'établissement aux Titres III et IV de la présente convention pour les cinq années à venir, ainsi que les indicateurs de résultats y afférents.

L'établissement s'engage à fournir à chaque cosignataire, six mois avant l'échéance de la présente convention, un rapport écrit, reprenant l'ensemble des engagements de l'établissement à la signature de la convention et les actions conduites pour respecter ceux-ci. Ce rapport devra comporter tous les documents attestant la mise en œuvre de ces actions.

TITRE VIII : DUREE DE VALIDITE

La présente convention est conclue pour une durée de 5 ans à compter de sa signature.
La présente convention vaut avenant de prorogation de la convention initiale à partir du 28 février 2011.

Durant cette période, des avenants à la présente convention pourront éventuellement être signés entre les parties contractantes, afin de prendre en compte les ajustements qui s'avèreraient nécessaires au titre des éléments précités. Un avenant pourra être nécessaire par rapport à l'avancée des travaux concernant le projet de coopération Pré-en-Pail et Javron.

Avant son terme, la convention pourra être résiliée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée aux autres signataires. Ladite résiliation ne prendra effet qu'à l'échéance, d'un délai de six mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Six mois avant le terme quinquennal, les parties engageront des négociations à l'initiative de l'établissement cocontractant, afin d'arrêter les conditions dans lesquelles la convention pourra être renouvelée.

Fait à *Nante*, le 19 AVR. 2013

Le représentant légal
de l'établissement,

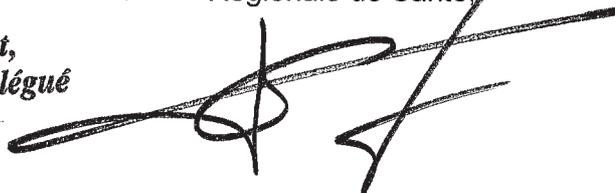


Le Président
du Conseil général,

*Pour le Président,
Le Vice-Président délégué*

Gilbert DUTERTRE

P/ La Directrice Générale de l'Agence
Régionale de Santé



François GRINOMPRES
Directeur de l'Efficiencia de l'Offre

ANNEXES

Titre I – Caractéristiques de l'établissement

Annexe 1 : relative aux caractéristiques de l'établissement

- 1a Fiche identité de l'établissement
- 1b Locaux
- 1c Résidents
- 1d Les soins

Titre II – Diagnostic

Annexe 2 : rapport d'évaluation interne présenté par l'établissement

Annexe 2 bis : bilan convention précédente – rapport du directeur

Annexe 3 - éléments complémentaires :

- Information sur la mise en place d'une procédure de prévention et gestion des événements indésirables
- Nombre de réclamations transmises par l'établissement aux services du Conseil général et de l'ARS
- Date, conclusions et préconisations de l'éventuelle inspection effectuée dans l'établissement dans les 5 dernières années précédant le renouvellement de la convention

Titre III – Objectifs de qualité

Annexe 4 : Indicateurs relatifs aux objectifs de qualité de la prise en charge (Données de suivi annuel)

Droit des résidents :

- Taux de réponses apportées aux demandes du CVS (indicateur ANESM)

Gestion des évènements indésirables :

- nbre d'évènements indésirables graves
- taux de traitement des évènements indésirables graves
- Pourcentage de résidents bénéficiant d'un projet personnalisé
- Taux de résidents satisfaits des activités proposés (indicateur ANESM)

Organisation et maîtrise des risques en santé :

- Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation (indicateur article 67)
- taux d'hospitalisation en urgence (indicateur ANESM)
- Taux de résidents diagnostiqués Alzheimer ayant une prescription de neuroleptiques (indicateur GDR)
- Taux de résidents ayant une prescription de benzodiazépines (GDR)
- taux de résidents ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire dans les 12 mois (article 67)
- taux de mise en œuvre d'un protocole pour les résidents dénutris (GDR et art 67)
- taux de réponses positives à l'autodiagnostic du circuit du médicament (à partir de 2012)
- informatisation effective des projets de soins, des dossiers médicaux individualisés et circuit du médicament

Restauration et hôtellerie :

- date de la dernière enquête de satisfaction relative à la restauration et l'hôtellerie
- Nombre de réunion de la commission des menus

Titre IV – Objectifs d'efficience

Annexe 5 : indicateurs relatifs aux objectifs d'efficience (données de suivi annuel)

- taux d'encadrement global à la place
- taux d'encadrement global au point GMPS
- taux d'encadrement de médecin coordonnateur à la place
- taux d'encadrement d'IDE à la place
- taux d'encadrement d'AS/AMP à la place

- taux d'encadrement d'ASH à la place
- taux de rotation du personnel
- taux d'absentéisme (maladie de courte durée) par catégorie de métiers
- taux de personnel occupant une fonction de management

Annexe 6 : plan de formation

Titre V – Moyens sollicités

Annexe 7 : tableau des effectifs autorisés avant renouvellement et après renouvellement

Annexe 7 bis : répartition des résidents par GIR, et répartition des dépenses de soins

Titre VII – Evaluation de la convention

Annexe 8 : tableau récapitulatif des objectifs fixés, avec indicateurs de résultat pour chaque thème examiné

ANNEXE 1 : CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

1a Fiche identité de l'établissement

1b Locaux

1c Résidents

1d Les soins

1a. FICHE IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement et commune d'implantation:

Statut de l'établissement :

Capacité autorisée (places HP/HT/AJ confondues):

Habilitation à l'aide sociale

Date d'entrée en vigueur de la convention :

EHPAD CASTERAN - SAINT-PIERRE-DES-NIDS	
FPT	Convention collective appliquée : FPT
35	FINESS EJ
0	FINESS établissement
	53 000 194
	53 000 25 00

	Année de signature de la convention tripartite initiale	Dernière année de la convention tripartite initiale
Capacité autorisée places d'hébergement permanent au 31/12 :	35	35
Capacité installée places d'hébergement permanent au 31/12 :	35	35
Capacité autorisée places d'hébergement temporaire au 31/12 :	0	0
Capacité installée places d'hébergement temporaire au 31/12 :	0	0
Capacité autorisée places d'accueil de jour au 31/12 :	0	0
Capacité installée places d'accueil de jour au 31/12 :	0	0
Nombre de places réservées en unité spécifique à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée (cantou, UVA...) au 31/12 :	0	0
Nombre de places réservées en unité labellisée pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée (PASA, UHR...) au 31/12 :	0	0

	Année de signature de la convention tripartite initiale	Dernier GMP validé pour le budget	Moyenne des GMP de la dernière année de convention
GMP validé :	2 006	708	708
PMP validé, si connu	159		

Option tarifaire :	tarif global : O/N =>	tarif partiel : O/N =>	OUI
--------------------	-----------------------	------------------------	-----

modifications apportées par l'avenant / les avenants signés	année : 2007	demi-poste d'infirmière cadre de santé, en complément d'un mi-temps direction
	année : 1a Identité	

1b. LES LOCAUX

QUALITE DES ESPACES PRIVES	au 31/12 de l'année de signature de la convention tripartite initiale	au 31/12 de la dernière année de la convention tripartite initiale
nombre total de chambres	35	35
nombre de chambres doubles	0	0
nombre de chambres sans salle d'eau	0	0
nombre de chambres avec salle d'eau non adaptée à la perte d'autonomie	0	0
sécurisation intérieure (oui/non)	1	1
sécurisation extérieure (oui/non)	1	1
espace de déambulation (oui/non)	0	0
existence d'une pièce rafraîchie (système fixe) (oui/non)	3	3

1c. LES RÉSIDENTS

	année de signature de la convention tripartite initiale	dernière année de la convention tripartite initiale
Nombre de résidents présents dans l'établissement au 31/12 :	35	35
Dont femmes	25	23
Dont hommes	10	8
Age moyen des résidents au 31/12 :	86.7	88
Nombre d'entrées du 01/01 au 31/12 :	10	1
Durée moyenne de présence du 01/01 au 31/12		7.1
Age moyen à l'admission (admissions du 01/01 au 31/12)		
Nombre de sorties du 01/01 au 31/12	9	1
Nombre total de décès du 01/01 au 31/12	9	1
Nombre de résidents diagnostiqués malade Alzheimer ou atteints d'une affection apparentée au 31/12 :	?????	?????

1d. ACTIVITES DE SOINS

Le projet de soins est-il formalisé OUI NON Depuis quelle date

Quel est le nom du médecin coordonnateur actuellement en poste depuis quelle date
 De combien d'établissements est-il le coordonnateur OUI NON depuis le
 Quelles sont ses autres activités professionnelles (PH, libéral, autres ...)

D'autres médecins ont-ils été coordonnateurs dans votre EHPAD OUI NON
 { Nom du / au
 Nom du / au
 Nom du / au

Quel temps de vacation (en heure/semaine) est prévu dans la convention Combien d'heures sont effectivement réalisées

année N -5	année N -4	année N -3	année N -2	année N -1
NON	NON	NON	NON	OUI

Un rapport d'activité médicale a-t-il été élaboré concernant les années

OUI

Une infirmière référente est-elle désignée

OUI NON NON

Assure t'elle les tâches suivantes :
 girage des résidents OUI
 soins techniques OUI
 soins techniques avec appareillage OUI
 animation de réunions NON
 élaboration des plannings NON

OUI NON NON NON OUI
 si NON qui est chargé de ces tâches en priorité (AS, IDE, libérales...)

OUI NON

Un dossier médical existe pour chaque résident
 Il existe un système de traçabilité des transmissions

OUI NON ces deux dossiers sont séparés
 logiciel psi + dossier papier médical

Qui réalise les soins de nursing (AS, AMP, IDE, AS+IDE, AS+ASH)

Nombre de personnes chaque nuit
 Nombre d'heures réalisées chaque nuit

Quel profil (AS, AMP, IDE, ASH, AS+ASH)

L'établissement bénéficie t'il de l'intervention du secteur psychiatrique

OUI NON

Une convention a t'elle été signée avec un établissement de santé plan bleu actualisé OUI NON

L'établissement est-il associé à une coordination gérontologique Préciser (CLIC, RESPAVIE, ORPAN...): OUI NON

Ces protocoles sont ils-établis :
 signalement des chutes OUI NON
 contention OUI NON

du 01/01 au 31/12 N-1	du 01/01 au 31/12 N

Nombre de chutes
 1d Activités soins

incontinence
 prévention des escarres
 soins palliatifs / fin de vie
 prise en charge douleur
 hydratation
 hospitalisations
 prévention contagion
 nutrition
 Autres, à préciser

OUI

Nombre de personnes sous contention
 Nombre d'hospitalisations
 Nombre de personnes âgées, hospitalisées
 Nombre d'escarres survenues dans l'établissement
 Nbre d'escarres survenues au cours d'une hospitalisation
 Nombre de personnes porteuses d'un système absorbant
 Nbre de personnes porteuses de bactéries multirésistantes
 Nombre de sorties ayant déclenché une recherche active

L'établissement dispose-t'il d'une pharmacie à usage intérieur soumis à autorisation
 sinon une convention avec la (ou les) pharmacie(s) dispensant les médicaments a-t-elle été établie

Organisation de la distribution des médicaments, comprenant des protocoles formalisés relatifs à :

Administration des médicaments par du personnel autorisé
Contrôle et sécurisation des médicaments
Traçabilité de l'administration des médicaments

GRILLE DE SYNTHÈSE DU RAPPORT D'AUTOÉVALUATION

- **Référentiel utilisé** (Angélique ou autre) : Angélique + travail en interne pour affiner le référentiel
- **Nomination d'un référent qualité au sein de l'établissement** : Oui (Dominique ARRAULT infirmier (formation qualirfa / inscription aquarel)
- **Méthodologie d'élaboration du rapport** (groupes de travail, etc.) : groupe de travail / cellule qualité / groupe qualité (avec formation et accompagnement par IRFA)
- **Plan d'amélioration de la qualité prévu** : oui 41 PAQ dont la moitié est finalisée à fin 2012.
- **Thèmes travaillés** : Les thèmes retenus dans la convention tripartite et listés ci-dessous sont-ils évoqués dans le rapport d'auto-évaluation ? oui

THEMES	Objectifs atteints O : oui N : non P : partiellement	Sinon, plan d'actions prévu par l'établissement	Résultat, effets attendus (s)	Responsable de l'action	Échéancier, calendrier	Moyens	QUALITE						
							DROITS DES RESIDENTS						
Livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement mis à jour.	O												
Elections, compositions et tenues des réunions du conseil de la vie sociale	O												
Commissions des menus et autres	O												
Enquêtes de satisfaction	O	(prévoir enquêtes dites « flash »)											
Respect de la vie privée	O												

Recueil et traitement des plaintes	N	Reprise d'une formalisation bien que la communication développée en interne ne le justifie pas (taille limitée)					
THEMES	Objectifs atteints O : oui N : non P : partiellement	<i>Si non, plan d'actions prévu par l'établissement</i>	<i>Résultat, effets attendu (s)</i>	<i>Responsable de l'action</i>	<i>Echéancier, calendrier</i>	<i>Moyens</i>	
LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE :							
Protocole de prévention des actes de maltraitance							
Recueil des événements indésirables	N						
PROJETS DE VIE ET DE SOINS PERSONNALISES :	En cours	Projet communiqué aux instances					
Recueil des habitudes de vie	o					Systematique à l'entrée	
Projet de vie rédigé	O					Individualisé en cours	
Projet de vie évalué	O						
Designation d'un référent professionnel pour chaque résident	O						Deux pour continuité
Travail en équipe pluridisciplinaire (transmissions, réunions d'équipe, conduite de projet, etc.)	O						
Accompagnement et soins en fin de vie	O						Convention EMSP
VIE SOCIALE ET ANIMATION :	O						Notion de coordination
Relations sociales	O						Vie sociale
Participation des familles	O						+ équipe de bénévoles
Projet d'animation adapté aux résidents	O						Dans les limites
Professionalisation du personnel d'animation	N						Plan de formation futur

QUALITE DES ESPACES :									
Conformité au cahier des charges du 26/04/99 en matière d'espaces privatifs et collectifs									
THEMES	Objectifs atteints O : oui N : non P : partiellement	Sinon, plan d'actions prévu par l'établissement	Résultat, effets attendu (s)	Responsable de l'action	Echéancier, calendrier	Moyens			
Existence ou projets d'espaces spécifiques (notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer)	N					En coopération futur ?			
QUALITE DE LA RESTAURATION ET DE L'HOTELLERIE									
Qualité et diversité des repas (satisfaction, intervention d'un diététicien...)	O								
Durée des repas et accompagnement									
Temps de jeun entre dîner et petit déjeuner	N	Réduire le temps de jeun	normalisé	Référent alimentation + cadre	2014	Difficile car résidents réticents			
L'ETABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT									
Conventions avec les acteurs de santé : gériatrie et psychiatrie	O								
Conventions avec les réseaux (par exemple, réseaux qualifié), les équipes mobiles	O								
Relations avec les CLIC	O								
EFFICACITE									
Coopération inter établissements	O								Projet en cours
Gestion des ressources humaines en interne	O								
Mutualisation de ressources humaines (IDE de nuit, diététicien, qualification, etc.)	Dietéticienne								

Présence et définition des missions de psychologue	<input type="radio"/>	Augmentation du temps 2013					
Plan de formation (projets personnalisés, bien-être, etc.)	<input type="radio"/>	Doit être amélioré					
THEMES	Objectifs atteints O : oui N : non P : partiellement	<i>Si non, plan d'actions prévu par l'établissement</i>	<i>Résultat, effets attendu (s)</i>	<i>Responsable de l'action</i>	<i>Echéancier, calendrier</i>	<i>Moyens</i>	
Mise en place d'analyse de pratiques, d'évaluation des pratiques professionnelles	<input type="radio"/>	Avec le médecin coordonnateur Avec la psychologue					

ANNEXE 3 : ELEMENTS COMPLEMENTAIRES DE DIAGNOSTIC

Réclamations et inspections

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES DE DIAGNOSTIC

Nom de l'EHPAD :

<u>Gestion des événements indésirables</u>	31/12/N-1
Mise en place d'une procédure de gestion des événements indésirables interne à l'établissement (Oui / Non)	oui
<u>Réclamations</u>	31/12/N-1
nombre de réclamations transmises aux services CG /ARS	0
<u>Eventuelles inspections</u>	5 dernières années précédant le renouvellement de la convention
date de l'éventuelle inspection	
si inspection, préconisations de niveau 1	

ANNEXE 4 : INDICATEURS DE QUALITE

INDICATEURS DE QUALITE

Nom de l'EHPAD : CASTERAN - St Pierre des Nids (53)

	Année civile précédant la signature	N	N+1	N+2	N+3	N+4
Droits des résidents						
IQ1 Taux de réponses apportées aux demandes du CVS (indicateur ANESM)	non renseigné	non renseigné				
Gestion des événements indésirables						
IQ2 Nombre d'événements indésirables graves survenus	0	0				
IQ3 Taux de traitement des événements indésirables graves	0	0				
Personnalisation de l'accompagnement						
IQ4 Pourcentage de résidents bénéficiant d'un projet personnalisé	10	20	30	50	70	100
IQ5 Taux de résidents satisfaits des activités proposées (indicateur ANESM)	non renseigné	non renseigné				
Maîtrise des risques en santé						
IQ6 Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation (indicateur article 67)	non renseigné	non renseigné				
IQ7 Taux d'hospitalisation en urgence (indicateur ANESM)	non renseigné	non renseigné				
IQ8 Taux de résidents diagnostiqués Alzheimer ayant une prescription de neuroleptiques (indicateur GDR)	non renseigné	non renseigné				
IQ9 Taux de résidents ayant une prescription de benzodiazépines (GDR)	non renseigné	non renseigné				
IQ 10 Taux de résidents ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire dans les 12 mois (article 67)	non renseigné	non renseigné				
IQ11 Taux de mise en œuvre d'un protocole pour les résidents dénutris (GDR et art 67)	non renseigné	non renseigné				
IQ12 Taux de réponses positives à l'autodiagnostic du circuit du médicament (à partir de 2012)	non renseigné	non renseigné				
IQ13 Informatisation effective des projets de soins (OUI / EN COURS / NON)	EN COURS	EN COURS				
IQ14 Informatisation effective des dossiers médicaux individualisés (OUI / EN COURS / NON)	EN COURS	EN COURS				
IQ15 Informatisation effective du circuit du médicament (OUI / EN COURS / NON)	EN COURS	EN COURS				
Restauration et hôtellerie						
IQ16 Date de l'enquête de satisfaction relative à la restauration	2010	N	N+1	N+2	N+3	N+4
IQ17 Nombre de réunions de la commission des menus	4	4				

Indicateur n°	1	2	3	4
Intitulé :	taux de réponses apportées aux demandes du CVS (indicateur ANESM)	Nbre d'événements indésirables graves	taux de traitement des événements indésirables graves	Taux de résidents bénéficiant d'un projet de vie personnalisé
Signification :	Cet indicateur permet d'identifier la place effective accordée par l'établissement au CVS dans la garantie des droits collectifs en suivant les demandes effectuées par le CVS au directeur de l'établissement et les réponses qui y sont apportées.	Mise en place d'un dispositif de veille et de suivi des événements indésirables graves		
Unité	%	Nbre d'événements graves	%	%
Mode de calcul	Nbre de réponses positives ou négatives apportées au CVS sur 1 an / nbre de demandes notées dans les comptes rendus du CVS sur 1 an	Nbre d'événements indésirables graves survenus signalés entre le 01/01 et le 31/12	Nbre d'événements graves traités / nbre d'événements graves	Nbre de résidents présents au 31/12 disposant d'un projet personnalisé / nbre total de résidents présents au 31/12
Données sources :	Comptes rendus des réunions du CVS	Evènement indésirable grave : tout évènement indésirable à l'origine d'un décès, de la mise en jeu du pronostic vital, d'une incapacité, d'un handicap ou entraînant une hospitalisation d'au moins un jour. (définition HAS)	Traités : disposition prise, analyse des causes et des conséquences, et signalement aux autorités de contrôle	Projet de vie personnalisé : document formalisant les objectifs d'accompagnement et de soins individuels des résidents, élaboré avec le résident, sa famille et en équipe pluridisciplinaire
Commentaires, précisions	Le CVS étant obligatoire, l'indicateur ne prend en compte que ce dernier mais il est nécessaire de s'interroger aussi sur le suivi qui est donné aux demandes des autres instances d'expression des résidents lorsqu'il y en a.	Cf. circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relatif au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au renforcement de la bientraitance dans les établissements médico-sociaux	Cf. circulaire DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relatif au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au renforcement de la bientraitance dans les établissements médico-sociaux	Cf. article L114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles et recommandation ANESM sur les projets personnalisés de décembre 2008

Indicateur n°	5	6	7	8
Intitulé :	Taux de résidents satisfaits des activités proposées (indicateur ANESM)	Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation (art 67 LFSS)	Taux d'hospitalisation en urgence (indicateur ANESM)	Taux de résidents diagnostiqués Alzheimer ayant une prescription de neuroleptiques (indicateur GDR)
Signification :	qualité des activités collectives perçues par les résidents		organisation de la continuité des soins	démarche d'alerte concernant la prescription de neuroleptiques
Unité	%	%	%	%
Mode de calcul	Nbre de résidents satisfaits des activités collectives / nbre de résidents dont on a recueilli l'avis X 100	nbre de résidents ayant chuté et subi une hospitalisation complète de plus de 24 heures au cours des 12 derniers mois, consécutivement à cette chute / nbre total de résidents X 100	Nombre de résidents ayant été hospitalisés en urgence une ou plusieurs fois au cours des 12 derniers mois / nbre total de résidents hospitalisés dans l'année X 100	nombre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée avec prescription de neuroleptiques au 31 12 / nbre de résidents ayant une maladie d'Alzheimer ou apparentée au sein de l'EHPAD X 100
Données sources :	modalités de recueil de l'avis propres à chaque établissement			
Commentaires, précisions				

Indicateur n°	9	10	11	12
Intitulé :	Taux de résidents ayant une prescription de benzodiazépines (GDR)	Taux de résidents ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire dans les 12 mois (art 67 LFSS)	Taux de mise en œuvre d'un protocole pour les résidents dénutris (GDR et art 67 LFSS)	Taux de satisfaction aux critères issu de l'autodiagnostic du circuit du médicament (à partir de 2012)
Signification :	démarche d'alerte concernant la prescription de BZD chez le patient âgé en EHPAD		dépistage et prise en charge de la dénutrition chez tous les résidents	sécurité du circuit du médicament
Unité	%	%	%	%
Mode de calcul	Nombre de résidents ayant une prescription de BZD au 31 12 / nbre de résidents X 100	Nombre de résidents ayant bénéficié d'un examen bucco dentaire une ou plusieurs fois au cours des 12 derniers mois / nombre total de résidents X 100	nombre de résidents dénutris ayant bénéficié d'un protocole de prise en charge au 31 12 / nbre de résidents dénutris X 100	
Données sources :			résidents dénutris : ayant perdu au moins 5% de leur poids en un mois protocole : enrichissement des repas, supplémentation protidique	onglet "synthèse des résultats" de l'outil d'autodiagnostic du circuit du médicament proposé par l'ARS à compter de 2012,
Commentaires, précisions				

Indicateur n°	13	14	15
Intitulé :	informatisation effective des projets de soins, des dossiers médicaux et du circuit médicament	Date de l'enquête de satisfaction relative à la restauration et l'hôtellerie	Nombre de réunions de la commission des menus
Signification :	Etat d'avancement de l'informatisation		
Unité	Date	Date	Nbre de réunions entre le 01/01 et le 31/12
Mode de calcul	Phase projet usage / utilisation	-	-
Données sources :	phase projet : état des lieux, cahier des charges, devis auprès des fournisseurs de logiciels... phase d'usage : phase test puis mise en œuvre par une partie des prescripteurs pour une partie des résidents phase d'utilisation : utilisation systématique par tous les prescripteurs pour tous les résidents		
Commentaires, précisions			

ANNEXE 5 : INDICATEURS D'EFFICIENCE

INDICATEURS D'EFFICIENCE

Nom de l'EH PAD : CASTERAN - St Pierre des Nids (53)

	Année civile précédant la signature 2011	N 2012	N+1 2013	N+1 2014	N+1 2015	N+1 2016
Taux d'encadrement global à la place d'hébergement	0.61	0.64	0.65	0.66	0.66	0.66
Taux d'encadrement global au point GMPS	0.53	0.55	0.56	0.56	0.56	0.56
Taux d'encadrement de médecin coordonnateur	0.004	0.004	0.007	0.009	0.009	0.009
Taux d'encadrement d'IDE	0.051	0.051	0.057	0.057	0.057	0.057
Taux d'encadrement d'AS/AMP	0.20	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23
Taux d'encadrement d'ASH	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23
Taux de rotation de personnel	0	0	0	0	0	0
Taux d'absentéisme IDE (maladie courte durée)	non renseigné	non renseigné				
Taux d'absentéisme AS/AMP (maladie courte durée)	0.023	0.025	0.025	0.025	0.025	0.025
Taux d'absentéisme ASH (maladie courte durée)	0.085	0.025	0.025	0.025	0.025	0.025
Taux de personnel occupant une fonction d'encadrement	0.054	0.054	0.059	0.062	0.062	0.062
Liste des fonctions éventuellement mutualisées avec d'autres établissements	dieteticienne et psychologue	dieteticienne et psychologue	dieteticienne et psychologue A développer dans le projet de coopération	dieteticienne et psychologue A développer dans le projet de coopération	dieteticienne et psychologue A développer dans le projet de coopération	dieteticienne et psychologue A développer dans le projet de coopération

Indicateur n°	1	2	3	4	5
Intitulé :	Taux d'encadrement à la place	Taux d'encadrement pour 1 000 point GMP(S)	Taux d'encadrement de médecin coordonnateur à la place	Taux d'encadrement d'IDE à la place	Taux d'encadrement d'ASI/AMP à la place
Signification :	Personnel rapporté à la capacité de rétablissement	Cet indicateur permet de relativiser le précédent, en prenant en compte la lourdeur de la prise en charge (mesurée en niveau de dépendance et besoins de soins)			
Unité	%	%	%	%	%
Mode de calcul	Nbre d'ETP / nbre de lits et places	$(\text{Nbre d'ETP} \times 1000) / (\text{GMP ou GMPS} \times \text{nbre de lits et places})$	Nbre d'ETP médecin coordonnateur / nbre de lits et places	Nbre d'ETP IDE / nbre de lits et places	Nbre d'ETP ASI/AMP / nbre de lits et places
Données sources :	Nbre d'ETP : ETP des emplois permanents payés au 31/12 Nbre de lits et places : hébergement permanent + hébergement temporaire + accueil de jour autorisés au 31/12	Nbre d'ETP : ETP des emplois permanents payés au 31/12 GMP : GMP validé GMPS, si PMP validé : (GMP + (2.59 X PMP)) Nbre de lits et places : hébergement permanent + hébergement temporaire + accueil de jour, autorisés au 31/12	Nbre d'ETP : ETP de médecin coordonnateur payé au 31/12 Nbre de lits et places : hébergement permanent + hébergement temporaire + accueil de jour autorisés au 31/12	Nbre d'ETP : ETP IDE payé au 31/12 Nbre de lits et places : hébergement permanent + hébergement temporaire + accueil de jour autorisés au 31/12	Nbre d'ETP : ETP d'ASI/AMP payé au 31/12 Nbre de lits et places : hébergement permanent + hébergement temporaire + accueil de jour autorisés au 31/12
Commentaires, précisions					

Indicateur n°	6	7	8	9
Intitulé :	Taux d'encadrement d'ASH à la place	Taux de rotation du personnel	Taux d'absentéisme maladie courte durée	taux de personnel occupant des fonctions de management
Signification :		Taux de renouvellement du personnel sur les emplois permanents de l'année considérée	taux d'absentéisme maladie courte durée uniquement, et par catégorie de métiers : IDE AS/AMP ASH	
Unité	%	%	%	%
Mode de calcul	Nbre d'ETP ASH / nbre de lits et places	(taux d'entrée + taux de sortie) / 2	nbre de jours d'arrêts maladie / nbre de jours travaillés	Nbre d'ETP exerçant une fonction de management / nbre d'ETP financés AU 31/12
Données sources :	Nbre d'ETP : ETP d'ASH payé au 31/12 Nbre de lits et places : hébergement permanent + hébergement temporaire + accueil de jour autorisés au 31/12	Taux d'entrée : nbre de recrutements sur emplois permanents sur l'année sur les effectifs totaux au 31/12 Taux de sortie : nbre de départs de personnes sur emplois permanents sur l'année sur les effectifs totaux au 31/12	Nbre de jours d'arrêts maladie : nbre de jours calendaires d'arrêts maladie de courte durée Nbre de jours travaillés : nbre d'ETP X 365	Nbre d'ETP exerçant une fonction de management : ETP des personnels qui occupent des fonctions de management ou faisant fonction, dont la part de gestion d'équipe et de management est supérieure à 50% de leur temps, au 31/12.
Commentaires, précisions		Lecture : plus le taux est élevé, plus le renouvellement est important		Les personnels dont les fonctions de gestion d'équipe sont inférieures à 50% de leur temps ne sont pas comptabilisés. Liste des fonctions : directeur, directeur des soins, cadre de santé, chef de service, médecin coordonnateur, IDEC. Les personnels "faisant fonction" sont comptabilisés

ANNEXE 6

PLAN DE FORMATION DU PERSONNEL

objet	nombre et qualification des personnels concernés	formateur	années
<i>La personne âgée citoyen à part entière</i>	1/an	CNFPT	1 agent ou 2 agents par an soignants
<i>La prévention du suicide chez la personne âgée</i>	1 aide soignante	CNFPT	2012
<i>La personne désorientée lutte contre la maltraitance</i>	2 agents	CNFPT	pluri annuel
AFGSU (1)		CESU 61 En coopération inter établissement	annuel (norme)
AFGSU (2)		CESU 61 En coopération inter établissement	annuel (norme)
<i>Le repas en institution</i>	2 aides soignantes	CNFPT	2012 2013
<i>HACCP</i>	cuisiniers	CNFPT	1/an
<i>les contrôles vétérinaires</i>	cuisiniers	Microsept	1/an
Habilitation électrique	agent technique	CNFPT	initial + complément annuel
Formation interne médicale	équipe soignante	Dr cabanes médecin co	annuel
Formation interne par psychologue	équipe soignante	Mme Langer psychologue	annuel
Formation interne		Novartis / association des médecins co	une / an
Formation informatique	équipe référents psi	Solware santé	une / an
Soins palliatifs	referent soins palliatifs + une AS	CHNM	annuel
Formation hygiène	referent hygiène + un agent		
Formation incendie	équipe plénière	FSI + projet coopération inter établissement	annuel
assistant de prévention	un agent référent	CDG 53	2013 (initial 3j) + une journée par an
Formation bientraitance	inter établissement	formation action en projet de coopération	annuel

Le plan de formation est actualisé chaque année à l'occasion des entretiens individuels.
Il est envisagé de mettre en cohérence les plans de javron pré en pail et st pierre

ANNEXE 7

TABLEAU DES EFFECTIFS AUTORISES ET DES DEMANDES DE POSTES COMPLEMENTAIRES

	1ère convention (compris avant 2007)				effectifs sollicités				Différence demande de créations nettes de postes			
	Héb	Dép	Soins	Total	Héb	Dép	Soins	Total	Héb	Dép	Soins	Total
Hébergement et Dépendance												
Direction Administration	1.5			1.5	1.5			1.5				0
service externalisé: cuisine/lingerie				0				0				0
ouvrier d'entretien	1			1	1			1				0
Animation - Service social				0				0				0
Ash, agents de service affectés aux fonctions de nettoyage, blanchissage, services repas	7	3		10	7.35	3.15		10.5	0.35	0.15		0.5
Diététicienne				0				0				0
Psychologue		0.065		0.065		0.085		0.15		0.085		0.085
Sous-Total Héb + Dép	9.5	3.065		12.565	9.85	3.3		13.15	0.35	0.235		0.585
Dépendance et Soins												
As et Amp		4.9	2.1	7		4.9	2.1	7				0
As et Amp 100% dépendance												
As et Amp 100% soins							1					1
Sous-Total Dép + Soins		4.9	2.1	7		4.9	3.1	8	0	0		1
Soins exclusivement												
Infirmières			1.5	1.5			1.7	1.7			0.2	0.2
Orthophonistes				0				0				0
Ergothérapeutes				0				0				0
Kinésithérapeutes				0				0				0
Psychomotriciens				0				0				0
Pédicures-podologues				0				0				0
Autres auxiliaires paramédicaux				0				0				0
Pharmacien - Préparateur en pharmacie				0				0				0
Médecin Coordonnateur			0.13	0.13			0.3	0.3			0.17	0.17
Sous-Total Soins			1.63	1.63			2	2			0.37	0.37
Total Général	9.5	7.965	3.73	21.195	9.85	9.8	5.1	23.15	0.35	0.235	1.37	1.955

ANNEXE A LA CONVENTION TRIPARTITE PLURIANNUELLE

ETABLISSEMENT

CASTERAN (ST PIERRE DES NIDS)

Maison de retraite

Nombre de places : 35

N° FINESS : 530002500

2013

EXERCICE

2013

NOM ETABLISSEMENT

CASTERAN

Indice PATHOS

159

COMMUNE

ST PIERRE DES NIDS

FINISS (ET)

530 002 500

CAPACITE FINANCEE

35

Cotation GIR	Valorisation en points GIR de la cotation GIR permettant le calcul du GMP (art. 7 décret n°99-316) et servant de base au calcul de la valeur nette du point GIR "AS et AMP" (1)	Points GIR pour la valorisation des actions de prévention et de dépendance (2)	Valorisation en points GIR de la cotation GIR servant de base au calcul des tarifs dépendance et soins (annexe II du décret) (3)	Nombre de PAD de l'EHPAD (4)	Total points GIR budgétés (1) x (4)	Total points GIR budgétés (3) x (4)	% production en points GIR	Nombre de journées prévisionnelles dépendance et soins
GIR 1	1 000	120	1 040	8	8 000	8 320	26.77%	2 920
GIR 2	840	120	1 040	15	12 600	15 600	50.19%	5 475
GIR 3	660	120	660	5	3 300	3 300	10.62%	1 825
GIR 4	420	120	660	5	2 100	3 300	10.62%	1 825
GIR 5	250	120	280	1	250	280	0.90%	365
GIR 6	70	120	280	1	70	280	0.90%	365
			GIR 1 à 6	35	26 320	31 080	100.00%	12 775

Nombre de journées hébergement prévisionnelles 12 775

GIR MOYEN PONDERE (G.M.P.)

752.00

26320 points GIR /

35 PAD

Charges de personnel- 2013

RETENU

03/04/2013

PERSONNEL	nombre d'ETP	ratio encadrt	hébergement en ETP	dépendance en ETP	soins en ETP	MONTANT DES SALAIRES (comptes 631 - 633 - 64)	hébergement	dépendance	soins
Direction administration									
services généraux									
Informatique externalisée									
linge externalisé									
ASH, agents de service affectés aux fonctions blanchissage, nettoyage, service des repas (répartis à 100% sur la dépendance)									
ASH, agents de service affectés aux fonctions blanchissage, nettoyage, service des repas + lingère (répartis à 70% sur l'hébergement et à 30% sur la dépendance)									
Aide soignante - AMP (répartis à 70% sur le soin et à 30% sur la dépendance)	8.00	0.229		2.40	5.60	320 000.00		96 000.00	224 000.00
Aide soignante - AMP 100% soins					0.00				0.00
Accueil de jour (100% section soins)					0.00				0.00
Infirmière	1.70	0.049			1.70	102 000.00			102 000.00
Auxiliaires médicaux	0.00	0.000			0.00				0.00
Médecin	0.13	0.004			0.30	27 000.00			27 000.00
TOTAL	9.83	0.126	0.00	2.40	7.60	449 000.00	0.00	96 000.00	353 000.00

Charges de personnel extérieur - 2013

RETENU									
PERSONNEL	nombre d'ETP	ratio encadrt	hébergement en ETP	dépendance en ETP	soins en ETP	MONTANT DES SALAIRES (comptes 631 - 633 - 64)	hébergement	dépendance	soins
Direction administration									
alimentation externalisée									
Animation service social									
ASH, agents de service affectés aux fonctions blanchissage, nettoyage, service des repas + lingère (répartis à 70% sur l'hébergement et à 30% sur la dépendance)									
ASH, agents de service affectés aux fonctions blanchissage, nettoyage, service des repas (répartis à 100% sur l'hébergement <u>ou</u> la dépendance)									
Aide soignante - AMP (répartis à 70% sur le soin et à 30% sur la dépendance)									
Aide soignante - AMP (répartis à 100% sur la dépendance <u>ou</u> le soin)									
Psychologue									
Infirmière									
Autres auxiliaires médicaux (kinésithérapeute et orthophoniste)									
Frais de laboratoire et de radiologie									
Médecins libéraux									
TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Personnel extérieur

Cadre de saisie des charges - 2013

N° de compte	INTITULE	RETENU
602	ACHATS STOCKES ; AUTRES APPROVISIONNEMENTS (sauf 6021, et 60226)	
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	
60226	Fournitures hôtelières sauf 602261 "couches, alèses et produits absorbants"	
602261	Couches, alèses et produits absorbants	
603	Variation des stocks (sauf 60321 et 603226)	
60321	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	
603226	Fournitures hôtelières sauf 6032261 "couches, alèses et produits absorbants"	
6032261	Couches, alèses et produits absorbants	
606	Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 60622, 60626, 6066)	
60622	Produits d'entretien	
60626	Fournitures hôtelières sauf 606261 "couches, alèses et produits absorbants"	
606261	Couches, alèses et produits absorbants	
6066	Fournitures médicales	10 000.00
61	SERVICES EXTERIEURS (sauf 6111, 61121, 61551, 61562 et 61681)	
6111	Sous-traitance à caractère médical (<i>traitements des déchets médicaux</i>)	1 950.00
61121	Ergothérapie	
613	Location de matériel médical	1 550.00
61551	Entretien et réparation sur biens mobiliers : matériel et outillage médicaux	4 100.00
61562	Maintenance du matériel médical	
61681	Primes d'assurance maladie, maternité, accident du travail section "hébergement"	
"	Primes d'assurance maladie, maternité, accident du travail section "dépendance"	
"	Primes d'assurance maladie, maternité, accident du travail section "soins"	
62	AUTRES SERVICES EXTERIEURS (sauf 621, 62113, 6223, 6281 et 6283)	
621	Personnel extérieur à l'établissement (<i>à saisir sur le tableau de personnel extérieur</i>)	0.00
62113	Personnel intérimaire : personnel médical et para-médical	
6223	Médecins	
6281	Blanchissage à l'extérieur	
6283	Nettoyage à l'extérieur	
631 633 et 64	Charges de personnel (rémunérations, charges sociales et fiscales sur rémunérations), à saisir sur le tableau des charges de personnel salarié	353 000.00
635 et 637	Autres impôts, taxes et versements assimilés	
65	Autres charges de gestion courante	
66	Charges financières	
67	Charges exceptionnelles à affecter à la section "Hébergement"	
"	Charges exceptionnelles à affecter à la section "dépendance"	
"	Charges exceptionnelles à affecter à la section "soins"	
68	Dotations aux amortissements (immeubles et matériel : "hébergement") et aux provisions	
"	Dotations aux amortissements (matériel : "dépendance") et aux provisions	
"	Dotations aux amortissements (matériel médical) et aux provisions	9 714.00
681 518	Dotations aux provisions : autres provisions pour risques (pathologies lourdes)	
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION		380 314.00
	Produits autres que ceux relatifs à la tarification : "hébergement"	
	Produits autres que ceux relatifs à la tarification : "dépendance"	
	Produits autres que ceux relatifs à la tarification : "soins"	
734-3	Contribution de l'assurance maladie au titre de l'article 30 du décret N° 99-316 = B'	
	Incorporation des résultats antérieurs : "hébergement" (avec signe - si déficit)	
	Incorporation des résultats antérieurs : "dépendance" (avec signe - si déficit)	
	Incorporation des résultats antérieurs : "soins" (avec signe - si déficit)	
TOTAL DES CHARGES NETTES D'EXPLOITATION		380 314.00

TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS		
ANNEE BUDGETAIRE 2013		RETENU
N° de compte	INTITULE	soins
602	ACHATS STOCKS ; AUTRES APPROVISIONNEMENTS (sauf 6021, et 60226)	
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	0.00
60226	Fournitures hôtelières sauf 602261 "couches, alèses et produits absorbants"	
602261	Couches, alèses et produits absorbants	
603	VARIATION DES STOCKS (sauf 60321 et 603226)	
60321	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	0.00
603226	Fournitures hôtelières sauf 6032261 "couches, alèses et produits absorbants"	
6032261	Couches, alèses et produits absorbants	
606	ACHATS NON STOCKES DE MATIERES ET FOURNITURES (sauf 60622, 60626, 6066)	
60622	Produits d'entretien	
60626	Fournitures hôtelières sauf 606261 "couches, alèses et produits absorbants"	
606261	Couches, alèses et produits absorbants	
6066	Fournitures médicales	10 000.00
61	SERVICES EXTERIEURS (sauf 6111, 61121, 61551, 61562 et 61681)	0.00
6111	Sous-traitance à caractère médical (traitements des déchets médicaux)	1 950.00
61121	Ergothérapie	0.00
613	Location de matériel médical	1 550.00
61551	Entretien et réparation sur biens mobiliers : matériel et outillage médicaux	4 100.00
61562	Maintenance du matériel médical	0.00
61681	Primes d'assurance maladie, maternité, accident du travail	0.00
62	AUTRES SERVICES EXTERIEURS (sauf 621, 62113, 6223, 6281 et 6283)	0.00
621	Personnel extérieur à l'établissement	0.00
62113	Personnel intérimaire : personnel médical et para-médical	0.00
6223	Médecins	0.00
6281	Blanchissage à l'extérieur	
6283	Nettoyage à l'extérieur	
631,633 et 64	Charges de personnel (rémunérations, charges sociales et fiscales sur rémunérations)	353 000.00
635 et 637	Autres impôts, taxes et versements assimilés	
65	Autres charges de gestion courante	
66	Charges financières	
68	Dotations aux amortissements (immeubles et matériel : "hébergement") et aux provisions	
"	Dotations aux amortissements (matériel : "dépendance") et aux provisions	
"	Dotations aux amortissements (matériel médical) et aux provisions	9 714.00
681-518	Dotations aux provisions : autres provisions pour risques (pathologies lourdes)	0.00
Total des charges d'exploitation = A		380 314.00
Produits autres que ceux relatifs à la tarification = B		0.00
734-3 Contribution de l'assurance maladie au titre de l'article 30 du décret N° 99-316 = B'		
Incorporation des résultats des exercices antérieurs = C, avec signe (-) si déficit		0.00
Base de calcul des tarifs journaliers = A - B +/- C = D		380 314.00
Quote part des charges nettes relatives aux AS et AMP imputée sur la section tarifaire "soins" = E		224 000.00
Production totale de points GIR de l'établissement pour le calcul des tarifs "dépendance et soins" = F1		31 080
Production totale de points GIR de l'établissement pour le calcul de la valeur du point gir AS-AMP = F2		26 320
Valeur nette du point GIR "Aides soignantes et AMP" = E / F2		8.51
Valeur nette du point GIR "Dépendance" = (A-B) / F1		
Production de points GIR dans les groupes iso-ressources 1 et 2 = G1		23 920
Part des groupes iso-ressources 1 et 2 dans la production totale de points GIR = G1 / F = H1		76.96%
Production de points GIR dans les groupes iso-ressources 3 et 4 = G2		6 600
Part des groupes iso-ressources 3 et 4 dans la production totale de points GIR = G2 / F = H2		21.24%
Production de points GIR dans le groupe iso-ressource 5 et 6 = G3		560
Part des groupes iso-ressources 5 et 6 dans la production totale de points GIR = G3 / F = H3		1.80%
Nombre total de journées prévisionnelles "HEBERGEMENT" = I		
Nombre total de journées prévisionnelles "DEPENDANCE" et "SOINS" = J		12 775
Nombre de journées prévisionnelles "DEPENDANCE" et "SOINS" - groupes iso-ressources 1 et 2 = K1		8 395
En pourcentage du nombre de journées totales = K1 / J = L1		65.71%
Nombre de journées prévisionnelles "DEPENDANCE" et "SOINS" - groupes iso-ressources 3 et 4 = K2		3 650
En pourcentage du nombre de journées totales = K2 / J = L2		28.57%
Nombre de journées prévisionnelles "DEPENDANCE" et "SOINS" - groupe iso-ressources 5 et 6 = K3		730
En pourcentage du nombre de journées totales = K3 / J = L3		5.71%
TARIF JOURNALIER "HEBERGEMENT" = D / I		
TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" - POUR LES GIR 1 ET 2 = D x H1 / K1		
TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" - POUR LES GIR 3 ET 4 = D x H2 / K2		
TARIF JOURNALIER "DEPENDANCE" - POUR LES GIR 5 ET 6 = D x H3 / K3		
TARIF JOURNALIER "SOINS" - POUR LES GIR 1 ET 2 = [(E x H1) + [(D - E) x L1]] / K1		32.77
TARIF JOURNALIER "SOINS" - POUR LES GIR 3 ET 4 = [(E x H2) + [(D - E) x L2]] / K2		25.27
TARIF JOURNALIER "SOINS" - POUR LES GIR 5 ET 6 = [(E x H3) + [(D - E) x L3]] / K3		17.76
TARIF JOURNALIER "SOINS" - POUR LES DE 60 ANS = D / J		29.77
DOTATION GLOBALE DE FINANCEMENT "SOINS" = D + B'		380 314.00
dont dotation pourplaces d'accueil de jour		
dont dotation pourplaces d'hébergement temporaire		
Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS)		1 163.81
DOTATION PLAFOND POUR L'HP (DM sur 12 mois inclus)		397 150.16
ECART DOTATION HP AVEC DOTATION PLAFOND		-16 836.16
Ecart en %		-4.24%

Tableau calcul tarifs soins

ANNEXE 7 - TABLEAU de SUIVI des EFFECTIFS

Effectifs par catégorie en ETP (hors personnel de remplacement)	Avant signature de la CTP			
	Héb	Dép	Soins	Total
Hébergement et Dépendance				
Direction Administration	1.50			1.50
Ouvrier d'entretien	1.00			1.00
Animation - Service social				0.00
Alimentation externalisée				0.00
Ash, agents de service affectés aux fonctions de nettoyage, blanchissage, services repas	7.00	3.00		10.00
Lingère 100 % D pour GMP > 400				0.00
Blanchisserie externalisée				0.00
Nettoyage externalisé				
Psychologue		0.07		0.07
<i>Sous-Total Héb + Dép</i>	9.50	3.07		12.57
Dépendance et Soins				
As et Amp (répartition 30/70%)		2.10	4.90	7.00
AS et Amp (100% dépendance)				0.00
AS et Amp (100% Soins)				0.00
AS - Accueil de Jour (100% Soins)				0.00
<i>Sous-Total Dép + Soins</i>	0.00	2.10	4.90	7.00
Soins exclusivement				
Infirmières			1.50	1.50
Orthophonistes				0.00
Ergothérapeutes				0.00
Kinésithérapeutes				0.00
Psychomotriciens				0.00
Pédicures-podologues				0.00
Autres auxiliaires paramédicaux				0.00
Pharmacien - Préparateur en pharmacie				0.00
Médecin salarié				0.00
Médecin Coordonnateur			0.13	0.13
<i>Sous-Total Soins</i>			1.63	1.63
Total Général	9.50	5.17	6.53	21.20

A compter du 1er janvier 2013				Différence (avant signature/1er janvier 2013)			
Héb	Dép	Soins	Total	Héb	Dép	Soins	Total

1.50			1.50	0.00	0.00		0.00
1.00			1.00	0.00	0.00		0.00
			0.00	0.00	0.00		0.00
			0.00	0.00	0.00		0.00
7.35	3.15		10.50	0.35	0.15		0.50
			0.00	0.00	0.00		0.00
			0.00	0.00	0.00		0.00
			0.00	0.00	0.00		
	0.15		0.15	0.00	0.09		0.09
9.85	3.30		13.15	0.35	0.24		0.59

	2.40	5.60	8.00		0.30	0.70	1.00
			0.00		0.00		0.00
			0.00			0.00	0.00
			0.00			0.00	0.00
	2.40	5.60	8.00		0.30	0.70	1.00

		1.70	1.70			0.20	0.20
			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
		0.30	0.30			0.17	0.17
		2.00	2.00			0.37	0.37
9.85	5.70	7.60	23.15	0.35	0.54	1.07	1.96

ANNEXE 8

RECAPITULATIF DES OBJECTIFS FIXES

Thème (titre de la convention)	Objectif	Calendrier de réalisation	Modalités de suivi,	Indicateur de résultat
Objectifs qualité – Droits des résidents et prestations d'accompagnement et de soins	organiser un circuit du médicament sécurisé	Fin 2013		
	mettre en place, faire appliquer ou vérifier l'actualisation et l'application les protocoles listés à l'article 1	Fin 2013		
	Conforter la coordination de vie sociale notamment en professionnalisant le poste et en proposant un programme d'activités répondant aux besoins et envies des résidents	2013/2015		
	Actualiser les dispositifs de prévention de la maltraitance	Fin 2013		
	actualiser le projet d'établissement et les documents relatifs à la mise en œuvre des droits des usagers	Fin 2013		
	Organiser un bilan buccodentaire pour chaque personne âgée entrant dans l'établissement	Fin 2014		

	améliorer la prévention et la prise en compte des troubles du comportement	A l'échéance de la convention au plus tard		
	élaborer pour chaque personne âgée dépendante qui le souhaite un projet personnalisé	A l'échéance de la convention au plus tard		
	actualiser les dossiers individuels	A l'échéance de la convention au plus tard		
	initier la mise en place d'une cartographie des risques	A l'échéance de la convention au plus tard		
Objectifs qualité – qualité des espaces	Mettre en œuvre le programme d'investissement validé par le CG 53	A l'échéance de la convention au plus tard		
Objectifs qualité – qualité de la restauration et de l'hôtellerie	Diminuer le temps de jeûne Travailler sur l'acceptabilité des résidents	A l'échéance de la convention au plus tard		
Objectifs qualité – l'établissement et son environnement	mettre en place une convention avec une unité de soins palliatifs	Fin 2013		
	organiser la coordination établissement – pharmacien dans le cadre d'une convention	Fin 2013		
	mettre en place les mesures favorisant la coordination avec les professionnels libéraux et hospitaliers	Fin 2013		
	mettre en place un projet de coopération opérationnel avec Javron et Pré en Pail	Fin 2014		

<p>Objectifs d'efficacité de fonctionnement</p>	<p>réorganiser l'établissement afin sécuriser et d'améliorer les conditions d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes la nuit</p>	<p>A l'échéance de la convention au plus tard</p>	
	<p>mettre en place une politique globale de gestion de ressources humaines et managériale dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences</p>	<p>A l'échéance de la convention au plus tard</p>	
	<p>initier la mise en place d'un pilotage de la performance</p>	<p>A l'échéance de la convention au plus tard</p>	

DOCUMENT DE TRAVAIL INTERNE

Basé sur le protocole élaboré pour l'évaluation des conventions tripartites de première génération

Ces données permettront de constituer un argumentaire pour la négociation entre la direction, le département et la DDASS

(Notes du directeur dans la colonne de droite)

Identification de l'établissement :

I - Recensement des plaintes reçues à la DDASS

Nombre de plaintes reçues au cours des cinq dernières années : 0

Principaux motifs invoqués :

Suivi éventuel apporté au traitement de ces plaintes :

NB : il conviendra d'utiliser les éléments décrits dans les plaintes éventuelles pour développer plus particulièrement certains des points mentionnés ci-dessous.

II - Prise en charge de la personne II -

L'admission

<p>Existe-t-il une liste d'attente comment celle-ci est-elle gérée et sur quels critères s'effectue l'admission des résidents ?</p>	<p>Liste d'attente doubles des courriers de réponse, protocole d'admission...</p>	<p>Il existe un tableau de bord de suivi de la liste d'attente. Par décision du conseil d'administration, il existe priorité pour les personnes âgées habitant si pierre puis par ordre d'inscription. Le directeur prend une décision sur avis du médecin coordonnateur en fonction de la capacité du moment (objectif prise en charge adaptée, de qualité)</p>
<p>Comment dans la pratique est accueilli un nouveau résident (quelles sont les moyens mis en oeuvre pour faciliter cet accueil, pour intégrer le nouvel arrivant avec sa personnalité, ses particularités et ses attentes -existe-t-il un protocole édicté au niveau de l'accueil)</p>	<p>Protocole, entretiens avec personnel, résidents</p>	<p>Un protocole d'entrée a été rédigé par la coordinatrice de vie sociale. L'entrée se fait en présence d'un référent professionnel. La préparation de la chambre se fait avant (personnalisation avec des effets personnels) Un gouter permet une première prise de contact. La famille est invitée à prendre le dîner si elle le souhaite.</p>
<p>Le livret d'accueil est-il régulièrement actualisé - quelle est sa pertinence</p>	<p>Voir les documents, entretiens avec personnel, résidents</p>	<p>Le livret d'accueil existe mais il est obsolète. Il est en cours de réactualisation pour être distribué lors de chaque admission. Le choix a été fait de changer ce document après une réflexion d'équipe. Ce travail a dû être reporté en 2011.</p>
<p>Comment est négocié le contrat de séjour (vérifier l'existence et la nature de ces contrats)</p>	<p>Vérifier les dossiers des résidents, par sondage</p>	<p>Le contrat de séjour a été réactualisé. Il est signé à l'entrée. La réalisation d'avenant individuel en projet (en lien avec les projets individuels de vie / projet de coordination vie sociale). Un exemplaire du CS se trouve dans le dossier administratif du résident.</p>
<p>Le règlement de fonctionnement (Voir si son contenu est en adéquation avec la réglementation, par ex. vérifier si les droits de la personne accueillie sont respectés, si les modalités de la prise en charge médicale des résidents sont précisées, si ce document a bien été remis à la personne lors de son admission ou à son représentant légal</p>	<p>Vérifier le règlement de fonctionnement</p>	<p>Il a été réactualisé ; il tient compte de la loi 2002-2 et du PSGA. Il a été soumis à l'avis du conseil de vie sociale. Le 18/9/2009. Il a été validé en commission administrative le 23/10/2009 Il a été envoyé à chaque famille fin octobre 2009.</p>

II - 2 - La vie quotidienne

<p>L'alimentation (préciser les horaires des repas)</p> <p>les résidents sont-ils associés et participent-ils effectivement à une commission repas</p> <p>est-il fait appel à un diététicien</p> <p>les repas sont-ils pris en salle à manger ou dans les chambres</p> <p>comment sont aidés ceux qui ne peuvent pas s'alimenter seuls</p> <p>qui vérifie que la personne âgée a bénéficié d'une ration alimentaire équilibrée par rapport à ses besoins personnels</p>	<p>Demander les CR des commissions des menus</p> <p>Interroger les résidents</p>	<p><i>Horaires des repas :</i> <i>Petit déjeuner : 7h30</i> <i>Déjeuner : 12h</i> <i>Dîner : 18h30</i></p> <p><i>Une diététicienne intervient 1 fois/mois.</i></p> <p><i>Les repas sont pris en salle à manger sauf en cas de problème de santé ou de refus</i></p> <p><i>Une Commission menu se réunit</i></p> <p><i>Les comptes-rendus sont mis à l'affichage et sur l'Intranet.</i></p>
<p>L'hygiène corporelle</p> <p>le rythme des toilettes est-il suffisant</p> <p>des équipements adaptés pour les toilettes des personnes âgées dépendantes sont-ils assez nombreux et utilisés régulièrement</p> <p>utilisation systématique des changes....un protocole est-il appliqué</p>	<p>Demander les protocoles, entretiens avec les personnels et les résidents</p>	<p><i>Les toilettes sont quotidiennes ou pluri quotidiennes si besoin.</i></p> <p><i>La douche est hebdomadaire (ou plus selon l'autonomie)</i></p> <p><i>La gestion de l'incontinence fait l'objet d'un suivi personnalisé. Le référent des programmes dispose d'un temps mensuel pour la gestion et la mise à jour des programmes. Les commandes sont informatisées. Le suivi de l'incontinence est personnalisé.</i></p>

R - 3 - Les locaux

<p>La répartition des chambres (préciser s'il s'agit de chambres à 1 ou 2 lits et si celles-ci sont équipées d'une douche, WC, d'un cabinet de toilette)</p>		<p><i>L'établissement dispose de 35 chambres individuelles avec cabinet de toilette (douche dite « à l'italienne)</i></p>
<p>Comment est organisée l'appropriation des chambres par les résidents (meublier, personnel, décoration, télévision privée)</p>		<p><i>La possibilité est offerte d'apporter des effets personnels, petit mobilier, TV, Possibilité d'avoir une ligne téléphonique</i></p>
<p>Descriptif des locaux communs (salon, salle à manger, jardins, terrasses)</p>		<p><i>Une salle à manger largement vitrée. Un atrium De nombreuses terrasses. Le parc est un élément important de la vie sociale. C'est souvent le lieu de rencontres inter-générationnelles. Nous exploitons le plus possible les événements (naissance de biquets, poussins...)</i></p>
<p>Accessibilité : locaux communs, jardins</p>		<p><i>L'accessibilité du jardin a été sécurisée sur l'arrière (projet parc) L'accessibilité des locaux est sécurisée par des rampes. L'accessibilité du sas d'entrée est sécurisée. Il existe un dispositif anti-intrusion. Nous disposons désormais d'un système de gestion de l'errance (boucle magnétique) Un protocole y est rattaché.</i></p>
<p>Des zones de déambulation sécurisées sont-elles prévues et sont-elles suffisantes par rapport à l'effectif des personnes accueillies</p>		<p><i>Plusieurs adaptations ont été réalisées.</i></p>

II - 4 - Le fonctionnement des instances Loi 2002

<p>Le projet d'établissement Quels sont les objectifs définis par ce projet A quelle date a-t-il été établi</p>		
<p>Le conseil de la vie sociale</p>		<p><i>Les dernières élections datent de 2008. la réunion du 1^{er} octobre 2008 a organisé l'élection de la présidente et la validation du règlement CVS 3 réunions ont lieu par an, les CR sont faits et affichés sur le tableau de vie sociale.</i></p>
<p>Les autres formes de participation</p>		<p><i>Des enquêtes de satisfaction ont été réalisées en 2008 et 2009 En 2010, une réunion plénière des familles a été organisée en mai. La réunion plénière 2011 est prévue le samedi 15 janvier. Suite à la démarche d'évaluation interne, la méthode d' « Enquêtes flash » est envisagée.</i></p>

Comment sont suivies et enregistrées les réclamations et les plaintes orales ou écrites reçues par l'établissement (voir les documents)

Registre existe. Néanmoins la volonté de répondre aux différentes inuitudes disponibilité

II - 5 - La gestion des dysfonctionnements

Mise en place d'une nouvelle procédure pour recenser les plaintes et réclamations.

Mise en place d'un document sur le recueil de la plainte ou de la réclamation. Mise en place d'un document sur le traitement de la plainte ou de la réclamation pour plus de traçabilité.

<p>Quelles sont les mesures mises en place pour identifier les attitudes de maltraitance et les corriger : protocole, formations...</p>		<p><i>A suivre</i> <i>Affiches</i> <i>Trans groupe parole mercredi /2</i></p>
<p>Des règles de « bien-traitante » sont-elles consignées (ex : ne pas entrer dans les chambres sans frapper, respecter l'intimité des personnes)</p>	<p>Réclamer les documents, entretiens avec les agents, les résidents</p>	<p><i>Bonnes pratiques intranet</i> <i>Livret accueil / protocoles</i> <i>Rappels aux Entretiens recrutement</i> <i>Discussion régulières</i> <i>Valeurs soignantes portées par l'ensemble de l'équipe</i></p>

III -- Le personnel (voir les dossiers du personnel au moins sur un échantillonnage par catégorie d'agents)

<p>Quelles sont les conclusions résultant de l'exploitation des plannings sur une période minimum d'un mois : présence de personnel qualifié en permanence, présence de nuit...</p>		<p><i>Difficultés à maintenir 3 binômes</i> <i>Souhait une IDE pour sécuriser le circuit du médicament</i> <i>Parfois une seule as par jour</i></p>
<p>Détailier le personnel présent la nuit et comment sont organisés les soins de nuit Quelle est la qualification du personnel de nuit</p>		<p><i>Une seule AS nuit</i> <i>Les travaux ont été suppr pour recentrer sur présence (ménage, lingerie) danger</i> <i>Le traitement de ce dysfonctionnement est une priorité de la négociation tripartite</i></p>
<p>Vérification de la liste du personnel permanent avec sa qualification corroborée par la présence du diplôme dans le dossier</p>	<p>Les copies des diplômes sont-elles présentes dans les dossiers</p>	<p><i>oui</i></p>
<p>Un extrait du casier judiciaire est-il présent dans les dossiers des personnels intervenant auprès du résident</p>		<p><i>Oui</i></p>
<p>Quel est le nombre des CDD et contrats aidés conclus sur une période minimum d'un an</p>	<p>Etre attentif à la durée des contrats (multiplicité de petits contrats de quelques heures, ou contrats de longue durée... Diplôme des contractuels</p>	<p><i>Si possible BEP sanitaire</i> <i>Entretien systématique</i> <i>Livret d'accueil avec bonnes pratiques</i></p>

Comment sont organisées les procédures de recrutement	Appel à une agence d'intérim, recrutement par annonce, autres méthodes	<i>Entretien prioriser les qualifications BEP EIDE pour remplacements courts AS Accueil de stagiaires = potentiel embauche Interim uniquement en dernier recours (IDE seulement)</i>
---	--	--

IV - Les relations avec l'environnement – L'animation - Les soins IV -

1 - L'animation

<p>L'organisation de l'animation (comment est-elle prise en charge au sein de l'établissement. Par quels intervenants. Des sorties à l'extérieur de l'établissement sont-elles programmées ou réalisées à la demande)</p>		<p><i>A remplir par Mélanie / projet animation individuels Convention bus / bénévolat chalet jardin ciné partenariat école...</i></p>
<p>Si des bénévoles interviennent dans l'établissement, des conventions ont-elles été négociées et sur quels aspects.</p>		<p><i>Charte bénévolat présentée en cvs 18/9/2009 Validée en CCAS 23/10/2009</i></p>

IV - 2 - Les soins

<p>La transmission des consignes entre les équipes est-elle suffisamment développée</p>	<p>Voir les cahiers de consigne et les dossiers des résidents</p>	<p><i>Transmissions ciblées</i> <i>Informatisation des soins (et des transmissions)</i> <i>Transmissions à 6h55 avec l'aide soignante de nuit.</i> <i>Transmissions de 14h à 14h30 entre l'équipe du matin et l'équipe d'après midi. Ce temps est animé par l'infirmière.</i> <i>Le directeur assiste aux transmissions le vendredi.</i> <i>Un mercredi sur deux, ce temps est animé par la psychologue.</i></p>
---	---	--

<p>Les partenariats négociés avec le secteur de la psychiatrie sont-ils effectifs</p>		<p><i>CMP IDE visite mensuelle + convention</i></p>
<p>Les partenariats négociés avec un établissement de santé hors psychiatrie</p>		<p>Chic alençon mangers</p> <p>Moyenne EMSP convention signée mais n'est pas encore structurée précisément.</p> <p>Etude carrouges alzheimer</p>
<p>Les partenariats négociés avec une équipe de soins palliatifs</p>		<p><i>systematique pour l'équipe soignante de l'EHPAD. Conformément à plan formation</i></p>

Comment est organisé le circuit du médicament		
---	--	--

circuit medoc

avec IDE med co étude pharmacien ref

V - Les objectifs inscrits dans la convention tripartite non répertoriés ci-dessus

Les détailler et expliquer pour chacun le niveau de réalisation, les difficultés rencontrées et les causes de non réalisation. Préciser les mesures en cours et celles restant à Prendre Pour atteindre les objectifs.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES	CAUSES DE NON REALISATION	MESURES EN COURS ET/OU RESTANT A PRENDRE

VI - L'exploitation des documents remis à l'appui de la grille de suivi et d'analyse

Ces documents sont-ils pertinents et apportent-ils un éclairage supplémentaire à l'analyse du conventionnement ? oui

S'agit-il de documents purement formels qui nécessitent une actualisation ? oui pour certains
Quels sont les points forts et les points faibles qui ressortent de cette étude ?

	POINTS FORTS	POINTS FAIBLES