

Résidence
DEBROU
VOTRE MAISON DE RETRAITE

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET
DE MOYENS DE L'EHPAD DEBROU
situé à JOUÉ-LÈS-TOURS
N° FINESS : 370000655
2021 – 2025**



Résidence DEBROU
12, Rue Debrou
37300 JOUÉ-LÈS-TOURS
Téléphone : 02-47-68-41-41
Fax : 02-47-68-41-55
www.debrou.fr

Entre,

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

Le département d'Indre-et-Loire, représenté par Monsieur PAUMIER Jean-Gérard, Président du Conseil Départemental,

Adresse : Place de la préfecture
Code postal : 37927
Commune : TOURS CEDEX 9

L'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, représentée par Monsieur HABERT Laurent, Directeur général,

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

Et d'autre part, la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles :

Le représentant de l'EHPAD DEBROU, Monsieur ESSALHI Abdelkabire, Directeur,

Adresse : 12 rue Debrou
Code postal : 37300
Commune : JOUÉ-LÈS-TOURS

SOMMAIRE

Visas et références juridiques	4
Préambule	5
1) L'objet du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	6
Article 1 : L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	7
1. Présentation de l'organisme gestionnaire	7
2. Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM	9
3. Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services	9
4. Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale	9
Article 2 : Les objectifs fixés au CPOM.....	9
1. Le diagnostic partagé	9
2. Les engagements des co-contractants.....	10
Article 3 : Moyens dédiés à la réalisation du CPOM	12
1. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM	12
2. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	16
3. Plan Pluriannuel d'Investissement	17
4. Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP)	18
5. Principe de gestion par l'organisme gestionnaire (pour les CPOM pluri- établissements)	18
2) La mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.....	18
Article 4 : Le suivi et l'évaluation du contrat	18
1. Le comité de suivi.....	18
1.1- La composition du comité de suivi	18
1.2- Documents à produire en cours de contrat.....	18
2. Les dialogues de gestion.....	19
3. Les contrôles de l'Agence Régionale de Santé et du Département	19
Article 5 : Le traitement des litiges	20
Article 6 : La révision du contrat.....	20
Article 7 : La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	20
Article 8 : La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM.....	20
Article 9 : Le renouvellement du contrat	20
Article 10 : Personnes de moins de 60 ans.....	21
Article 11 : Résiliation ou dénonciation du contrat	21
Article 12 : Cession d'autorisation, fusion, absorption.....	21
3) La liste des annexes au CPOM.....	21

Visas et références juridiques

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L.312-1, L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le décret du 27 mars 2019 portant nomination de Monsieur Laurent HABERT en qualité de Directeur Général de l'ARS Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté du 11 avril 2019, portant programmation de la signature des CPOM des établissements et services médico-sociaux de l'ARS Centre-Val de Loire et du Conseil Départemental d'Indre-et-Loire ;

Vu l'arrêté 2018-DSTRAT-024 portant adoption du projet régional de santé de la région Centre-Val de Loire en date du 25 juin 2018 ;

Vu le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de la région Centre ;

Vu le schéma autonomie départemental 2018-2022 adopté le 2 février 2018 par le Conseil Départemental d'Indre-et-Loire ;

Vu la convention tripartite signée entre le Président du Conseil Départemental, la Directrice Générale de l'ARS Centre-Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 20 février 2017 et ses avenants ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire de l'établissement n°2020-004 en date du jeudi 25 juin 2020 autorisant la signature du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

Préambule

Le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit l'obligation réglementaire de signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour les établissements et services mentionnés au 6° du même I lorsqu'ils relèvent de la compétence exclusive du Directeur général de l'Agence régionale de santé ou conjointe avec le Président du Conseil Départemental.

Le CPOM, support du dialogue entre les parties signataires, doit permettre de mieux répondre aux enjeux d'accompagnement des usagers en introduisant une logique décloisonnée d'activités multiples et complémentaires, de parcours et de partenariats renforcés, qui sont les conditions de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'un accès à la santé et à l'autonomie facilité.

Le CPOM est un outil à la disposition tant du gestionnaire que des autorités de tarification pour structurer l'offre médico-sociale sur le territoire départemental afin de mieux répondre aux besoins identifiés et priorités dans le cadre des différents schémas élaborés.

Le CPOM est par ailleurs source de simplification administrative, pour l'aide sociale départementale, dans la mesure où il devient le document unique de contractualisation pour le gestionnaire.

Levier de performance pour les établissements et services médico-sociaux, le CPOM est un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du programme régional de santé, des schémas régional et départemental, d'amélioration continue de la qualité en référence aux recommandations de bonnes pratiques édictées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et par la Haute autorité de santé (HAS), ainsi que le vecteur de promotion des démarches accomplies en matière d'efficacité des organisations. Le CPOM s'appuie sur les projets stratégiques de l'organisme gestionnaire, dans la limite des objectifs et priorités des différents schémas.

Le CPOM permet également de fixer des objectifs en termes de transformation de l'offre de prestations des établissements et d'amélioration de l'efficacité de la dépense.

Ayant préalablement réalisé un diagnostic objectif et documenté de la situation de l'établissement couvert par le contrat en s'appuyant notamment sur les résultats de la dernière évaluation externe, les parties signataires ont identifié les points forts et les axes d'amélioration de l'établissement (annexe 1).

Lorsqu'un ou plusieurs établissements et services couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d'un CPOM prévu à l'article L. 6114-1 du Code de santé publique, celui-ci est mentionné dans le présent contrat et les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats, tout particulièrement en matière de parcours d'accompagnement et de partenariat.

Le CPOM ainsi élaboré dans un cadre de co-construction s'inscrit dans ces préalables et répond aux attentes et objectifs des parties signataires.

Il a été conclu ce qui suit :

1) L'objet du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Le présent contrat a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, le Conseil Départemental d'Indre-et-Loire et l'EHPAD DEBROU.

Il définit les objectifs et engagements du gestionnaire et les moyens qui lui seront alloués pendant la durée du contrat par l'ARS et le Conseil Départemental.

Le CPOM doit permettre la déclinaison des objectifs des orientations du Projet Régional de Santé de l'ARS Centre-Val de Loire et du schéma départemental de l'Autonomie du Conseil Départemental d'Indre et Loire.

Un plan d'actions concrètes devra permettre de répondre aux objectifs suivants :

- **Axe 1 : Expression et participation individuelle et collective des résidents.**
- **Axe 2 : Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.**
- **Axe 3 : Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social.**
- **Axe 4 : Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes.**
- **Axe 5 : Ressources humaines ; accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail.**
- **Axe 6 : Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel).**

Ces axes seront travaillés également au regard des axes du Schéma départemental de l'Autonomie d'Indre-et-Loire notamment :

- La prise en compte des parcours de vie avant l'entrée en EHPAD, des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes en lien avec les dispositifs existants de maintien à domicile sur le territoire d'Indre et Loire (par exemple le répit des aidants).
- L'adaptation des établissements à l'accueil de nouveaux publics dans le cadre du plan d'Investissement à l'Autonomie adopté en juin 2018.
- La rationalisation des taux d'équipements en fonction des territoires.

Article 1 : L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat

1. Présentation de l'organisme gestionnaire

Nom de l'établissement	EHPAD DEBROU
N° FINESS Géographique	370000945
N° FINESS Juridique	370000655
Adresse	12 rue Debrou 37300 Joué-lès-Tours
Téléphone	02 47 68 41 44
E-mail	directeur@mrdebrou.com
Statut juridique	Établissement public autonome
Organisme gestionnaire	Conseil d'Administration de l'EHPAD
Directeur Date de recrutement	M. ESSALHI Abdelkabire 08 septembre 2008
Adjoint de direction Date de recrutement	Mme PIRO-MAHÉ Mathilde 01 janvier 2008
Médecin coordonnateur Date de recrutement % ETP	Dr SCHMITT Frédéric 16 août 2010 1 ETP
Infirmier coordonnateur Date de recrutement % ETP	Mme GIRAULT Louise 01 novembre 2009 1 ETP
Option tarifaire choisie	Tarif global sans PUI
Date de la dernière CTP	Date d'effet : 01/01/2016 Date de signature : 20/02/2017

La politique développée par le gestionnaire :

La Résidence DEBROU est un EHPAD autonome d'une capacité autorisée de 237 places d'Hébergement Permanent et 3 places d'Hébergement Temporaire. L'établissement souhaite, au travers de ce nouveau CPOM, pérenniser son ancrage dans les valeurs de Bienveillance, d'Écoute et d'Éco-Citoyenneté, et proposer à chaque résident un accompagnement personnalisé, respectueux de ses droits, de ses libertés et du juste soin.

Le projet institutionnel de la Résidence DEBROU s'intègre ainsi dans une démarche de réflexion de l'ensemble des personnels et instances de la structure, en particulier initiée par la réalisation d'une auto-évaluation dont les résultats ont été collégialement validés le 09 juillet 2019.

Cette politique se traduit notamment par une prise en soins spécialisée en faveur de nos aînés les plus vulnérables. Elle se matérialise entre autres par une formation et une sensibilisation continue de ses professionnels, le déploiement de dispositifs novateurs destinés à soutenir la mise en œuvre de l'approche non-médicamenteuse et une ouverture constante sur l'extérieur ; garantissant le maintien de l'autonomie et des liens sociaux, ainsi qu'une prise en soins adaptée à la situation de chacun. Par la désignation systématique d'un référent institutionnel à l'arrivée de chaque résident, et le strict respect de son adage « Nous sommes à l'hôtel, nous sommes au restaurant. », la Résidence DEBROU illustre son engagement à apporter à toute personne accueillie une personnalisation du soin et de l'accompagnement qui lui sont dus.

Au travers de la place accordée au résident, à sa famille et à ses proches, de l'accentuation de l'approche non-médicamenteuse, de la mise en œuvre d'une animation motrice de l'autonomie et de la vie sociale, du déploiement d'un projet de soins, d'un projet médical et d'un projet social fédérateurs, du perfectionnement de son service hôtelier, de l'inscription continue et accentuée dans une démarche de développement durable, du renforcement de sa politique de qualité et de gestion des risques, de la mise en œuvre d'une communication interne et externe représentative de ses valeurs, et de son ouverture sur l'extérieur, la Résidence DEBROU ambitionne de répondre, à l'échelle du territoire qui est le sien, aux nouveaux enjeux de santé publique, aux attentes de toute une population, et à l'intérêt général dont tout établissement public est garant.

Les modalités d'organisation de l'entité juridique :

Etablissement public médico-social autonome dirigé par un Directeur, nommé par le Centre National de Gestion, et administré par un Conseil d'Administration, présidé par le Maire de la Commune de Joué-Lès-Tours.

L'organigramme de l'entité juridique (organigramme fonctionnel et comprenant les ETP) :

cf. Annexe 2.

Les différentes activités de l'entité juridique :

EHPAD	Capacité autorisée
Hébergement permanent (dont places habilitées à l'aide sociale)	237 places dont 237 places habilitées à l'aide sociale
dont HP classique	181
dont HP Alzheimer	56
dont HP personnes handicapées vieillissantes	0
dont PASA	28
Hébergement temporaire	3
dont HT classique	0
dont HT Alzheimer	3
dont HT personnes handicapées vieillissantes	0
Accueil de Jour	0
TOTAL	240

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

EHPAD DEBROU

Autres CPOM liant le gestionnaire à l'ARS et au Conseil Départemental et ayant un impact sur la réalisation du présent contrat (annexe 8) : /

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

Cf. Annexe 8

4. Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

(Articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Quand l'établissement est habilité totalement ou partiellement à l'aide sociale, le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale.

L'établissement est totalement habilité, le prix de journée est celui fixé chaque année par arrêté du Président du Conseil Départemental.

Le Conseil Départemental prend en charge la part non couverte par le résident ou ses obligés alimentaires les frais d'hébergement et la part du tarif dépendance (GIR 5 et 6) incombant au résident. En cas d'absence pour hospitalisation, le tarif journalier est minoré du forfait hospitalier conformément au Règlement Départemental d'Aide Sociale.

Un état des sommes dues, par voie électronique avec accusé de réception, est transmis à la fin de chaque trimestre au Service ressources de la Direction de l'Autonomie. Ce document mentionne la liste des bénéficiaires, avec leur nom, prénom, le nombre de jours de présence, le total des frais d'hébergement et de dépendance, les ressources perçues auprès de l'hébergé, la part déjà versée par le Département (mensuellement, en terme à échoir) et le solde trimestriel dû.

La dénonciation de l'habilitation à l'aide sociale n'aura pas de conséquence pour les bénéficiaires de l'aide sociale admis antérieurement à cette dénonciation, et cela pour la durée de la prise en charge notifiée par le Président du Conseil Départemental.

Article 2 : Les objectifs fixés au CPOM

1. Le diagnostic partagé

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

Ce diagnostic partagé a été élaboré à partir des documents suivants :

→ L'évaluation de la précédente convention tripartite :

Les objectifs de la précédente convention sont globalement atteints.

L'EHPAD a ainsi été reconstruit en 2015.

En complément de son activité d'hébergement permanent, il a su développer son activité d'hébergement temporaire. Cette offre de service permettant le maintien à domicile devra s'inscrire dans une offre plus large à construire dans le cadre de « l'EHPAD ressources ».

L'établissement a mis en place une démarche de personnalisation de la prise en charge avec l'identification de référents. L'objectif à venir devra consister à augmenter le nombre de résidents bénéficiant d'un projet d'accompagnement individualisé.

La gestion des risques et la démarche qualité font partie intégrante de la politique de l'établissement.

Les indicateurs soins sont de manière générale inférieurs aux moyennes nationales ou régionales, témoignant d'un fonctionnement renforcé et structuré (médecins avec des spécialités, IDE, ratio AS/ASH favorable).

→ Le Projet d'établissement, en s'appuyant notamment sur les axes fondamentaux inscrits dans les lois du 2 janvier 2002, 11 février 2005 et du 28 décembre 2015, les recommandations de bonnes pratiques de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) et de la Haute Autorité de Santé (HAS) et sur les priorités définies dans le Programme régional de santé ainsi que dans le schéma autonomie départemental.

→ Les indicateurs de la performance 2019.

Il a permis de mettre en évidence les points forts et les points d'amélioration en 2020 mis à jour lors de la visite du 18 octobre 2021 ainsi que les pistes d'actions à inscrire au contrat.

2. Les engagements des co-contractants

Les parties s'engagent sur les objectifs suivants :

Axes	Objectifs retenus (Cf. fiches actions en annexe 9)
<u>Axe I</u> Expression et participation individuelle et collective des résidents	- 1.1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement
<u>Axe II</u> Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.	- 2.1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification - 2.2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports

<p>Axe III Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 3.1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD - 3.2 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs - 3.3 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé - 3.4 Réduire le taux de passage aux urgences de résidents par une coopération renforcée avec les établissements de santé - 3.5 Organiser un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée - 3.6 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique
<p>Axe IV Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 4.1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident - 4.2 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe - 4.3 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires - 4.4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication - 4.5 déclarer et analyser les événements indésirables - 4.6 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes - 4.7 Sécuriser le circuit du médicament
<p>Axe V Ressources Humaines Accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 5.1 Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail - 5.2 Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques - 5.3 Améliorer la politique de gestion des emplois et compétences
<p>Axe VI Objectifs spécifiques et projets innovants (optionnel)</p>	

Ces objectifs sont retranscrits dans des fiches actions qui figurent en annexe 8.

Ces fiches action devront être actualisées annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Pour ce faire, elles feront partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD). Elles pourront être actualisées chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

Article 3 : Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

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

1. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

1.1 - Régularisation de certains comptes de réserves et de report à nouveau

	Montant au 31/12/2020	Commentaire
Compte 10686 – Réserve de compensation des déficits	415 582,32€	Soit 3,7 % du total des charges
Compte 10682 – réserves affectées à l'investissement	4 908 218,52€	
Compte 10685 – réserve de trésorerie	111 037,73€	
Compte 114 – dépenses refusées	0 €	
Compte 116 – dépenses non opposables (suppression du compte à compter du 1 ^{er} janvier 2017)	0€	
Compte 110 – report à nouveau excédentaire	899 163,31€	
Compte 119 – report à nouveau déficitaire	0 €	
Compte 142 – provisions réglementées	581 951,94 €	

1.2 Le GMPS

Les valeurs PMP et GMP prises en compte pour chaque établissement du CPOM pour la détermination du forfait soins et du forfait dépendance figurent ci-dessous. Elles seront réévaluées au cours de la troisième année du présent contrat (article R 314-170 du CASF)

GMP validé le	780 validé le 10/09/2020
PMP validé le	236 validé le 10/09/2020

1.3 - La dotation globale de soins

Elle est d'un montant total de 4 101 765,07€ au 01/01/2021.

Pour les EHPAD, conformément aux articles L. 314-2, R. 314-159 et suivants du CASF, la dotation globale comprend le **forfait global de soins** pour l'hébergement permanent. Elle inclut également des **financements complémentaires** relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières (PASA) et des **financements**

complémentaires non reconductibles, attribués dans le cadre du CPOM pour la réalisation d'objectifs.

Cette dotation sera actualisée chaque année en fonction des orientations budgétaires arrêtées dans le rapport d'orientation budgétaire établi annuellement par l'ARS.

Conformément à la réglementation en vigueur, la dotation de l'établissement est portée au plafond déterminé par l'équation tarifaire :

$$[(PMP \times 2,59) + GMP] \times \text{capacité installée} \times \text{valeur du point}$$

Capacité autorisée HP	PMP	GMP	convergence versée en 2017	convergence versée en 2018	convergence versée en 2019	convergence versée en 2020	convergence versée en 2021	Total convergence 2017-2021
237	236	780	1 646,54	64 709,25	97 676,24	78 112,02	388 078,99	630 223,04

Tarif global sans PUI	12,44 €
-----------------------	---------

Forfait soins cible	4 101 765,07 €
---------------------	----------------

Financement complémentaire 2020 R314-163 I - PASA	136 188,78 €
Financement complémentaire 2020 R314-163 I - HT	32 996,15 €

Financements complémentaires non reconductibles

Financements complémentaires	montant	observations
1° Des actions mises en œuvre dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;		
2° Du développement des parcours de santé et d'autonomie coordonnés et des modes d'exercice dont l'objectif est de mettre en œuvre des pratiques, des organisations ou des coopérations entre les structures médico-sociales, les structures sociales, les établissements et centres de santé ou les professionnels de santé, en particulier grâce aux systèmes d'information de santé		
3° Des actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge des résidents notamment par le développement de la qualification des professionnels, particulièrement lorsque la complexité et l'urgence des situations le nécessitent	125 700 €	Sur les 5 années du CPOM : - Solde de remplacement pour 6 formations AS prises en charge par l'ANFH - 1 formation IPA afin de renforcer l'accompagnement en unités protégées

4° Des actions de prévention	64 300 €	Prestations d'activités physiques adaptées intégrant une ouverture vers le domicile sur 5 ans (CCAS notamment)
5° Des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements, y compris la compensation de frais financiers dans les conditions prévues à l'article D. 314-205		
6° Des actions spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité ou de handicaps		
7° Les prestations relatives aux modalités d'accueil expérimentales relevant du 12° du I de l'article L. 312-1, ainsi que celles relatives aux structures autorisées dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.		
Total	190 000,00 €	

Nb : Les financements complémentaires destinés à soutenir des investissements doivent être enregistrés en produits sur le compte 73 puis enregistrés en charges au compte 687 provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations en vue de financer les amortissements liés à la réalisation d'un investissement à venir.

Les financements complémentaires relevant de l'exploitation doivent être enregistrés en produits sur le compte 73 puis enregistrés en charges au compte 6815 dotations aux provisions d'exploitation si non utilisés pour un engagement ultérieur à réaliser.

En cas de non réalisation totale ou partielle des actions bénéficiant des crédits complémentaires mesurés par les indicateurs figurant dans les fiches actions, les financements devront être reversés par le gestionnaire à l'autorité de tarification. Ils feront l'objet, dans ce cas, d'une réduction de charges.

1.4 - Le forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents est fixé par un arrêté du Président du Conseil Départemental et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article 232-8.

Ce forfait global est calculé au regard de la valeur du point GIR départemental fixé chaque année par le Président du Conseil Départemental et qui permet de calculer la valeur plafond à laquelle peut prétendre l'établissement et qui constitue l'enveloppe limitative de moyens alloués dans le cadre du présent CPOM.

Evolution de la dotation dépendance :

Capacité autorisée HP	GMP	convergence versée en 2017	convergence versée en 2018	convergence versée en 2019	convergence versée en 2020	Projection convergence 2021-2023	Total convergence 2017-2023
237	780	11 514,56	11 514,56	11 514,57	11 514,56	78 324,35	124 382,60

Le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées, calculé conformément au 1° de l'article R. 314-172 du code de l'action sociale et des familles s'élevé à :

Tarif GMP	7,14 €
Forfait dépendance cible	1 540 963,91 €
Forfait Dépendance 2020 allouée	1 462 639,56 €
Ecart à la cible	78 324,35 €

Financements complémentaires R314-172	Montant	Objet
/		

1.5 - La tarification de l'hébergement

L'établissement dispose pour la section hébergement d'un montant de recettes 2020 de 5 399 256,50 € correspondant des recettes diverses à hauteur de 440 491,49 € et à des produits de la tarification à hauteur de 4 958 765,01 €.

Celle-ci évoluera dans la limite du taux d'évolution budgétaire déterminé annuellement par le Département. Chaque année, le taux directeur fait l'objet d'une délibération par le Conseil Départemental qui fixe pour l'année à venir l'enveloppe affectée à la tarification ainsi que les taux d'évolution des tarifs des établissements relevant de sa compétence.

Un arrêté annuel du Président du Conseil Départemental fixera le montant de l'enveloppe allouée. Un arrêté du Président de Conseil Départemental fixera annuellement les tarifs hébergement.

Les prix de journée pour les bénéficiaires de l'aide sociale seront versés selon les modalités prévues à l'article 1. 3.

1.6 - La modulation des moyens

- ↳ Conformément aux articles R314-160 et R 314-174 du CASF, la part du forfait global relatif au soin et celle du forfait relatif à la dépendance résultant de l'équation tarifaire est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité de places autorisées et financées d'hébergement permanent de l'établissement.
- ↳ Conformément aux dispositions de l'article R314-161 du CASF les financements complémentaires pour **les activités ci-dessous** sont modulés selon les modalités suivantes sous réserve de circonstances particulières justifiant tout ou partie de cette sous-activité :

Raison sociale	Activité	Capacité	Financements complémentaires soins 2020	2017	2018	2019	Moyenne	Indicateurs d'activité	Modulation
EHPAD DEBROU	HT (nombre de journées)	3	32 996 €	864	911	836	79%	Taux d'occupation	si TO >= 79% : taux d'actualisation prévu dans le rapport d'orientation budgétaire si TO < 79% : taux d'actualisation de 0%
EHPAD DEBROU	PASA (nombre de résidents accueillis)	28	136 189 €	81	81	81	81	Nombre de résidents : 14 matin, 14 après-midi Niveau NPIES et MMS conforme au cahier des charges Nombre de journées d'ouverture : 5 jours par semaine Activités organisées par un ergothérapeute/psychomotricien	taux d'actualisation 0% si indicateurs non remplis
TOTAL			169 185 €						

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

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

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

1.7 - Autres établissements et services médico-sociaux du CPOM

/

2. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. La libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour l'EHPAD sous réserve du respect des engagements pris dans le CPOM, des équilibres budgétaires et des modalités suivantes :

1- Affectation des résultats excédentaires (selon statut de l'établissement)

(L'apurement des déficits antérieurs est prioritaire, les autres possibilités sont établies dans le cadre du contrat ; cf circulaire budgétaire 2018 annexe 10 1.2)

- 1) à un compte de réserve de compensation des déficits afin d'atteindre un montant égal à 5% du total des charges au maximum ;
- 2) à un compte de report à nouveau ;
- 3) au financement des mesures d'investissement en cas de validation d'un projet immobilier.

2- Affectation des résultats déficitaires

La couverture des déficits reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire. Les déficits seront :

- couverts par la reprise de la réserve de compensation du compte de résultat dont ils sont issus
- couverts par le compte de report à nouveau excédentaire du compte de résultat dont ils sont issus
- Pour le surplus éventuel, affectés à un compte de report à nouveau déficitaire du compte de résultat dont ils sont issus

3- En cas d'absence de transmission des documents de l'ERRD mentionnés à l'article R. 314-232, dans les délais fixés au III du même article, l'autorité de tarification fixe d'office le montant et l'affectation du ou des résultats (article R. 314-237 du CASF).

3. Plan Pluriannuel d'Investissement

Le plan pluriannuel d'investissement a pour objectif de retracer les grands équilibres financiers des investissements d'un établissement sur cinq ans et s'impose lorsqu'un établissement doit faire face à des projets d'investissement et/ou de restructuration.

Son objectif est de s'assurer que les choix faits dans le cadre des programmes garantiront le maintien ou l'amélioration des grands équilibres de la structure financière de l'ESMS.

Le programme d'investissement, le plan de financement pluriannuel ainsi que les emprunts dont la durée est supérieure à 1 an doivent être approuvés par l'autorité de tarification (art. L.314-7 du CASF).

Les modifications des programmes d'investissement, de leurs plans de financement ou des emprunts doivent être approuvées par l'autorité de tarification lorsqu'elles sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation.

L'approbation des PPI des EHPAD relève de la compétence des autorités de tarification.

Le plan pluriannuel d'investissement doit faire l'objet d'une présentation distincte des propositions budgétaires et présenté selon le cadre réglementaire.

L'ensemble des investissements de l'EHPAD prévu pendant la période effective du CPOM a fait l'objet d'un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) expressément validé par les autorités de tarification compétentes.

Etabli sur une durée de 5 ans et par établissements et services, ce PPI intègre les mesures de renouvellement ordinaire des biens amortissables qui trouvent leur autofinancement par les mécanismes comptables et financiers habituels (section d'investissement/dotation aux amortissements).

Toutefois, en cas de nouveaux investissements, un PPI est à déposer auprès des autorités de tarification. Ces dernières disposent d'un délai de 60 jours pour faire connaître leur opposition (approbation tacite au-delà de ce délai).

Des investissements, des projets supplémentaires d'investissement (liées souvent à la sécurité/mise aux normes/réhabilitation lourde des locaux) sont également inclus dans les PPI.

Tout surcoût issu des PPI pesant sur le budget d'exploitation devra être financé dans les limites de la Dotation Globalisée.

Tout recours à l'emprunt de l'EHPAD pour ce motif devra faire l'objet d'une demande d'autorisation préalable au Département d'Indre-et-Loire.

Hormis les PPI validés, aucun autre investissement ne pourra être engagé sans accord expresse du Département d'Indre-et-Loire et le cas échéant, entraînera une révision des PPI concernés. L'accord du Département d'Indre-et-Loire fera l'objet d'un avenant au contrat.

4. Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP)

Le Plan global de Financement Pluriannuel (PGFP), d'une durée de 5 ans, est présenté en annexe 4. Les orientations majeures de ce PGFP sont les suivantes :

-

Il est mis à jour chaque année dans le cadre de l'EPRD et en cas de modification des PPI, ou lorsque les prévisions relatives aux recettes et aux dépenses sont substantiellement modifiées.

Il est et reste conforme à tous les engagements financiers contractualisés par ailleurs (PPI validés, autorisations, convergence en EHPAD, Plan de Retour à l'Equilibre...).

5. Principe de gestion par l'organisme gestionnaire (pour les CPOM pluri- établissements)

Non concerné.

2) La mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Article 4 : Le suivi et l'évaluation du contrat

1. Le comité de suivi

1.1- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition figure dans le contrat et précise la qualité des représentants de chaque entité :

- Représentant(s) du Département d'Indre-et-Loire ;
- Représentant(s) de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;
- Représentant(s) de l'organisme gestionnaire et/ou de l'établissement.

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

1.2- Documents à produire en cours de contrat

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires :

- documents budgétaires et comptables ;
- suivi des objectifs du présent contrat ;
- données du tableau de bord de la performance ;
- bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des suivis d'inspections réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat ;

L'évaluation de la qualité du ou des établissements concernés par le CPOM sera à transmettre conformément à la réglementation en vigueur (décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) et l'arrêté de programmation pluriannuelle à paraître.

2. Les dialogues de gestion

Afin de réaliser ce dialogue de gestion, une réunion est organisée entre les représentants de l'établissement, du Département d'Indre-et-Loire et de l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire.

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

- **Au cours de la troisième année**, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.
- **Un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat si besoin** : En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le Conseil Départemental ou l'ARS peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat pour prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles.

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

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

- **Au cours de la cinquième année du contrat**, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

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

L'ARS du Centre-Val de Loire et le Département d'Indre et Loire pourront procéder, à tout moment, dans le cadre de leurs prérogatives, au contrôle sur pièces et sur place de l'utilisation des financements attribués au titre du contrat et de la qualité de la prise en charge des usagers.

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

Article 5 : Le traitement des litiges

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

Article 6 : La révision du contrat

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

Dans le cadre du partenariat qui le lie au Département et à l'ARS, l'EHPAD s'engage à les informer de toute modification qui interviendrait après la signature du présent accord (augmentation ou baisse des demandes au titre de l'aide sociale notamment ainsi que les changements de coordonnées).

Des avenants au présent contrat pourront être conclus par accord entre les parties signataires. Ils prendront en compte les modifications substantielles par des ajustements qui s'avèreraient nécessaires relatifs soit aux objectifs définis, soit aux moyens mis en œuvre, soit à l'évolution de la réglementation.

Article 7 : La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD signée entre le Président du Conseil Départemental d'Indre-et-Loire, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire et le représentant de l'établissement, en date du 20 février 2017 et ses avenants.

Article 8 : La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu pour une durée de 5 ans à compter du 01/01/2021.

Article 9 : Le renouvellement du contrat

Ce contrat n'est pas renouvelable par tacite reconduction.

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 le contrat peut être renouvelé.

Article 10 : Personnes de moins de 60 ans

Du fait de son statut d'EHPAD, l'établissement n'a pas vocation à recevoir des personnes de moins de 60 ans. Ce n'est qu'à titre exceptionnel eu égard à des pathologies particulières, qu'une dérogation préalable à toute admission, pourra être accordée par décision administrative du Conseil Départemental d'Indre et Loire après validation médicale du service médical de la Direction de l'autonomie.

Article 11 : Résiliation ou dénonciation du contrat

Le présent contrat pourra être résilié :

- de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ;
- de plein droit en cas de suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- de plein droit en cas de fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- avant son terme en cas de non-respect des engagements par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux signataires du contrat, ladite résiliation ne prendra effet qu'à l'échéance d'un délai de six mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Article 12 : Cession d'autorisation, fusion, absorption

L'autorisation a été accordée à l'EHPAD DEBROU.

Toute modification de gestionnaire fera l'objet d'une demande de transfert d'autorisation auprès des autorités compétentes.

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

3) La liste des annexes au CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat.

1. Les annexes suivantes sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM.

➤ **Annexe 1 – Le diagnostic partagé**

Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels...) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle sert

de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM.

Outre le document régional EHPAD complété, il comprend en particulier :

- Un point de situation des crédits non reconductibles alloués sur 3 ans
- Un point de situation des effectifs

➤ Annexe 2 – L’organigramme de l’entité juridique

➤ Annexe 3 - La réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

→ L’EHPAD décrit sa réponse dans le projet d’établissement 2021-2025

➤ Annexe 4 - Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

➤ Annexe 5 – Le plan de retour à l’équilibre, le cas échéant

2. L'annexe suivante est obligatoire pour ceux des établissements concernés. Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

➤ Annexe 6 - L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

3. Sont obligatoirement annexés au contrat des documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services. Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM.

➤ Annexe 7 - L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM.

➤ Annexe 8 - Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat.

4. Les objectifs sont retranscrits dans des fiches actions qui figurent en annexe.

➤ Annexe 9 – Fiches actions

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elles pourront être actualisées chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs

Un suivi des indicateurs annuel type sera transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

Fait en 4 exemplaires originaux

À

, le 05 AVR. 2022

Pour le Département d'Indre-et-Loire,
Le Président du Conseil Départemental

Pour l'Agence Régionale de Santé,
Le Directeur général de l'Agence Régionale de
Santé Centre-Val de Loire

Laurent HABERT

Pour l'organisme gestionnaire/l'établissement,
Le Directeur

Le Directeur,
A. ESSALHI



ANNEXE 1

Le diagnostic partagé

FICHE DE DIAGNOSTIC PARTAGE

CPOM

Fiche Individuelle de Synthèse

Finess : 370000655

Validation : Confirmé ARS/CD

EHPAD DEBROU

Public Territorial

C A EHPAD DEBROU (370000945)

Etb.Social Communal

12 R DEBROU 37300 JOUE LES TOURS

Téléphone : 02 47 68 41 41 Email : directeur@mrdebrou.com

Sources de financement	EtatAssurance maladieCD	Date d'autorisation	03/01/2017
Nomenclature comptable applicable	M22	Date d'ouverture	01/01/1901
Option tarifaire	tarif global / GMPs sans PUI	Autorisation spécifique	Unité spécifique Alzheimer PASA
CPOM en cours	Non	Signature CTP	OUI
Date d'entrée en vigueur du CPOM	01/01/2021	Date d'effet de la CTP	01/01/2016
Date d'échéance du CPOM	01/01/2026	Date d'échéance CTP	01/01/2021
Partenaires signataires du CPOM		Groupe homogène	EHPAD de plus de 200 places
Etablissement mono-site	OUI	Date de construction	31/12/2015
Etablissement mono-bâtiment	OUI	Nature du droit	PROPRIETAIRE
Nombre de sites		Superficie des locaux	10952,2 m2
Contraintes architecturales	NON	Superficie des terrains	20000 m2
Nombre de chambres individuelles	240	Places installées / autorisées	240 / 240

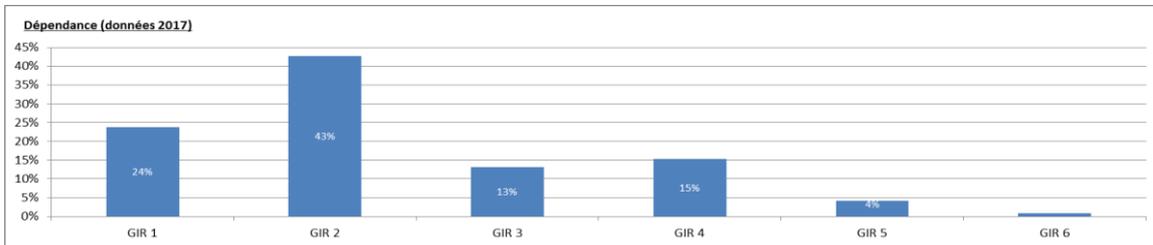
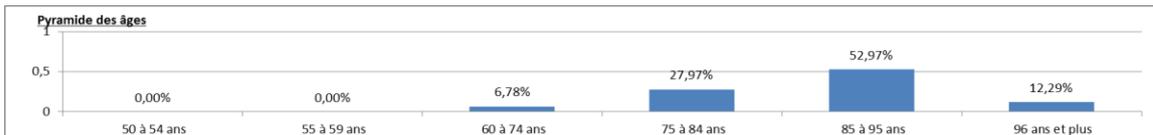
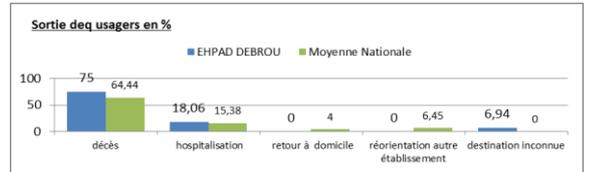
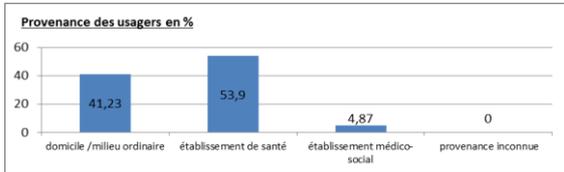
Taux de Remplissage du Tableau de bord	Taux d'occupation	Poids du recours à l'intérim	Taux de rotation du personnel	Taux Absentéisme du personnel	Taux de CAF	Taux d'endettement	Taux d'utilisation de la dotation soins	Taux de vétusté des constructions	Résultat net comptable	Besoin en fonds de roulement en jours	Projet d'établissement
100%	100%	36.73%	9.81%	9.54%	8.28%	62.06%	98%	29.06%	0.96%	286	27/07/2015

FINESS	SITE	CATEGORIE	RAISON SOCIALE	ADRESSE	CAPACITE INSTALLEE	240
370000655	P	EHPAD	EHPAD DEBROU	37300 JOUE LES TOURS	Acc temporaire PA	3
370000655	P	EHPAD	EHPAD DEBROU	37300 JOUE LES TOURS	Acc. Personnes Âgées Héberg. Comp. Inter.	56
370000655	P	EHPAD	EHPAD DEBROU	37300 JOUE LES TOURS	Acc. Personnes Âgées Héberg. Comp. Inter.	181
370000655	P	EHPAD	EHPAD DEBROU	37300 JOUE LES TOURS	P.A.S.A. Accueil de Jour	0

ACTIVITES

Type d'hébergement	Nombre de jours d'ouverture	Nombre de Places	2016	2017	2018	2019	Validé CD/ARS	Date Validation	Tendance	
Permanent	365						GMP	747	24/04/2017	→
Temporaire							PMP	203	20/12/2016	→
Ac. de Jour										

	Etalissement	Région	Nationale
Taux de rotation des lits/places financés (hors accompagnement temporaire) en %	30.59	30.59	30.15
Durée moyenne de séjour en nombre d'années	3.09	1.87	1.82
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) en %		33.05%	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %		25.74%	
Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation		0.00%	
Taux d'hospitalisation complète (dont hospitalisation à domicile) en %		0.55%	
Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période		4	
File active des personnes accompagnées sur la période		311	



Convention avec des équipes mobiles :	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EQUIPE DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE	Partenariat avec un réseau de santé :	OUI
Signature de la convention plan Bleu :	OUI	Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale :	OUI
Coopération inter-établissements :	CONVENTION GCS	Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement	237

RESSOURCES HUMAINES

ETP Total	Direction/Encadrement	Administration / Gestion	Services généraux	Restauration	Socio-éducatif	Paramédical	Psychologue	ASH	Médical	Education Nationale	Autres
186,70	5,00	7,90	14,16	16,00	1,00	65,80	0,80	73,20	2,84	0,00	0,00

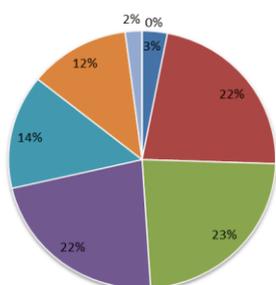
Paramédical	Infirmier	Aide médico-psychologique	Aide soignant	Kinésithérapeute	Psychomotricien	Ergothérapeute	Orthophoniste	Autre Paramédical
65,80	17,30	2,00	45,70	0,00	0,00	0,80	0,00	0,00

Socio-éducatif	Aide médico-psychologique	Animateur	Moniteur éducateur	Educateur spécialiste	Assistant social	Autre Socio-éducatif
1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Médical	Médecin Coordonnateur	Autres Médical
2,84	1,00	1,84
Minimum réglementaire :		0,80

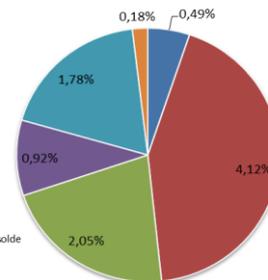
Répartition par âge du personnel

- Moins de 20 ans
- 20 - 29 ans
- 30 - 39 ans
- 40 - 49 ans
- 50 - 54 ans
- 55 - 59 ans
- 60 - 64 ans
- Plus de 65 ans

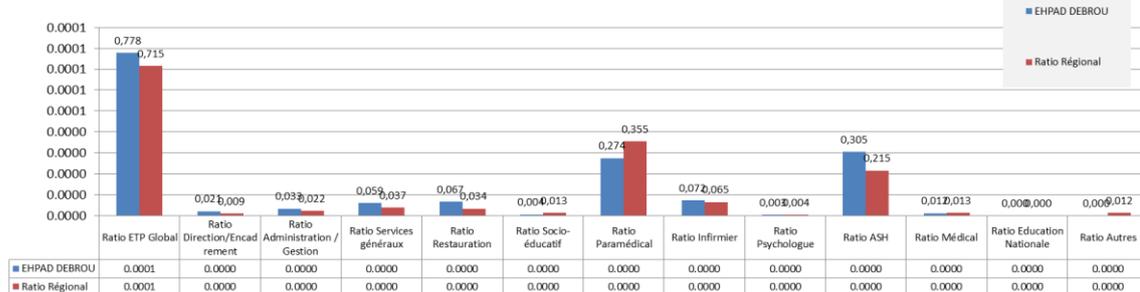


Taux d'absentéisme par motif

- Pour maladie ordinaire / de courte durée
- Pour maladie de moyenne durée
- Pour maladie de longue durée
- Pour maternité/paternité
- Pour accident du travail
- Pour congés spéciaux dont les congés sans solde



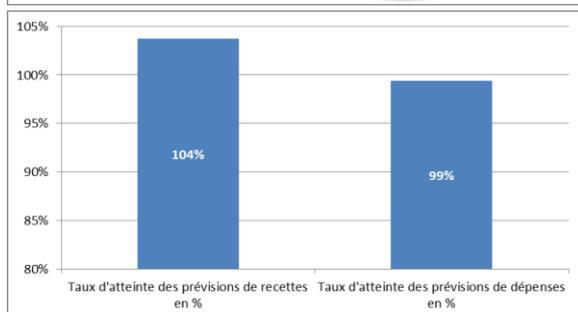
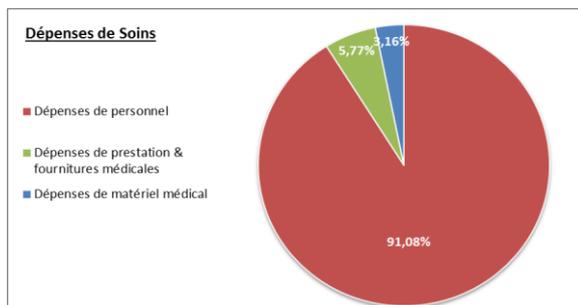
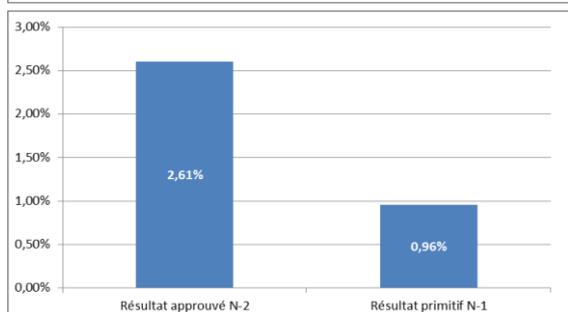
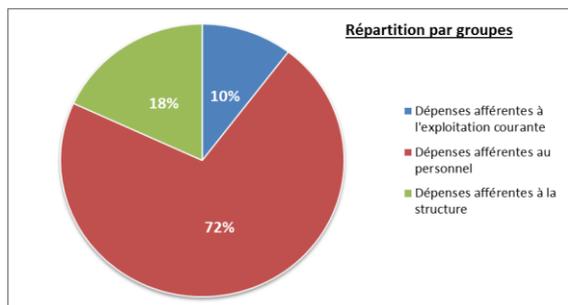
Ratios ETP / Places



Taux d'ETP (équivalent temps plein) vacants au 31/12 en %	0,00%	Taux d'absentéisme (hors formation) en %	9,54% (10,4% National)
Taux de prestations externes en %	8,06%	Taux de rotation des personnels sur effectifs réels en %	9,44 (10,77% National)
Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de "management" en %	4,29%	Poids du recours à l'intérim en %	36,73%

BUDGET & FINANCES

	Charges		Produits		
Dépenses Section Hébergement	52.76%	5 598 475	5 629 974	52.55%	Recettes Section Hébergement
Dépenses Section Dépendance	14.82%	1 572 581	1 582 392	14.77%	Recettes Section Dépendance
Dépenses Section soins	32.42%	3 440 154	3 501 190	32.68%	Recettes Section soins
Déficit		10 611 210	10 713 557	0.96%	Excédents



Taux de CAF en %	8.28%	Taux d'utilisation de la dotation en soins	98.24%
Taux d'endettement en % = Encours de la dette / Capitaux permanents	62.06%	Taux de vétusté des constructions	29.06%
Besoin en fonds de roulement en jours de charges courantes (BFR /charges courantes) *365 jours normalement doit être > 90 jours	286,46 jours	Taux de prestations externes	4.03%
Base soins actualisée / Plafond	91%	Montant de Convergence Plafond soins	323 546 €

RESSOURCES MATERIELLES

Nature du droit d'occupation du ou des bâtiment(s)	PROPRIETAIRE	Date de construction de l'établissement / dernière grosse rénovation assimilable à une reconstruction	31/12/2015
Réalisation du diagnostic accessibilité des bâtiments	OUI	Date de réalisation du diagnostic accessibilité	24/03/2016
Avis favorable de la commission de sécurité	OUI	Date de passage de la dernière commission de sécurité	28/01/2016
Respect de la réglementation incendie	OUI	Respect de la réglementation relative à l'amiante	OUI
Respect de la réglementation énergétique	OUI	Respect de la réglementation accessibilité	OUI
Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE	Plateau technique / Equipement en propre	Salle de stimulation sensorielle Salles d'ateliers pédagogiques équipées Salle de soins Autres
Organisation des transports	MIXTE		
Nombre de véhicules adaptés au 31/12	1		
Nombre de véhicules (hors adaptés) au 31/12	3	Accessibilité au transport collectif	OUI

DEMARCHE QUALITE

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Livret d'Accueil</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">01/09/2017</td></tr> </table>	Livret d'Accueil	OUI	01/09/2017	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Règlement de Fonctionnement</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">04/06/2018</td></tr> </table>	Règlement de Fonctionnement	OUI	04/06/2018	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Contrat de séjour</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">04/06/2018</td></tr> </table>	Contrat de séjour	OUI	04/06/2018	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Conseil de la vie sociale</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">29/03/2018</td></tr> </table>	Conseil de la vie sociale	OUI	29/03/2018
Livret d'Accueil															
OUI															
01/09/2017															
Règlement de Fonctionnement															
OUI															
04/06/2018															
Contrat de séjour															
OUI															
04/06/2018															
Conseil de la vie sociale															
OUI															
29/03/2018															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Charte des droits & liberté</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> </table>	Charte des droits & liberté	OUI	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Personne Qualifiée</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> </table>	Personne Qualifiée	OUI	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Projet d'Etablissement ou de Service</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">OUI</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">27/07/2015</td></tr> </table>	Projet d'Etablissement ou de Service	OUI	27/07/2015	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">Date dernière Evaluation</th></tr> <tr><th style="text-align: center;">Interne</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">19/12/2019</td></tr> <tr><th style="text-align: center;">Externe</th></tr> <tr><td style="text-align: center;">12/04/2013</td></tr> </table>	Date dernière Evaluation	Interne	19/12/2019	Externe	12/04/2013
Charte des droits & liberté															
OUI															
Personne Qualifiée															
OUI															
Projet d'Etablissement ou de Service															
OUI															
27/07/2015															
Date dernière Evaluation															
Interne															
19/12/2019															
Externe															
12/04/2013															

	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> INTERNE Prochaine Evaluation 01/01/2024 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> EXTERNE Prochaine Evaluation 03/01/2024 </td> </tr> </table>	INTERNE Prochaine Evaluation 01/01/2024	EXTERNE Prochaine Evaluation 03/01/2024	
INTERNE Prochaine Evaluation 01/01/2024	EXTERNE Prochaine Evaluation 03/01/2024			
ESMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002				

Qualité et gestion des risques	Les critères d'admission sont formalisés dans le projet d'établissement ou de service	Formalisation de la démarche de gestion des risques et de lutte contre la maltraitance	Démarche de certification complémentaire	Date de certification complémentaire	Organisation comprenant un pool de remplacement
OUI	OUI	OUI	NON		OUI

Fonctions administratives et de Gestion	Fonctions d'accompagnement et / ou de Soins
Fonction publique / convention collective	Nature du diplôme du directeur
FONCTION PUBLIQUE : Titre IV de la fonction publique hospitalière (y compris les stagiaires, contractuels, vacataires, auxiliaires)	Diplôme Niveau 1 - DESSMS (Directeur d'établissement social, sanitaire et médico-social)
Fonctions logistiques ou support	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers
	OUI

ANNEXE 2

L'organigramme

DIRECTEUR
Monsieur ESSALHI

DIRECTEUR ADJOINT

Mme PIRO-MAHÉ

Responsable des Services économiques, logistiques et des travaux

SERVICES ADMINISTRATIFS

RESSOURCES HUMAINES
M. RENAUD

FINANCES
Mme DEIBER

SECRETARIAT de DIRECTION
DPO
Mme DESMARES

Informaticien / Qualiticien
DPO
M. MÉLAMÉD

MANDATEMENT
Mme MIGNOT

ADMISSIONS – CLIENTÈLE
Mme MAVREL

ACCUEIL
Mme ZALANE

ACCUEIL
COMMUNICATION
Mme ROY

ANIMATION

Mme ROUSSEAU
Responsable Vie Sociale et Animation des unités de vie A1-Les Lys, A2-Les Œillets, B1-Les iris et B2-Les Dahlias

ANIMATION

Mme SANTERRE
Responsable de l'animation (ff) des Unités Protégées A0-Les Bleuets, B0-Les Amarylles et des PASA

PHARMACIEN RÉFÉRENT

Docteur LAMELET
Responsable de l'organisation du circuit du médicament

SERVICES DE SOINS

Cadre Supérieur de santé Paramédical
Responsable des unités de vie A1-Les Lys et A2-Les Œillets
Mme GIRAULT

Cadre de Santé Paramédical
Responsable des unités protégées et des deux PASA
Mme GUILLERMO

Cadre de Santé Paramédical
Responsable des unités de vie B1-Les Iris et B2-Les Dahlias
M. NADDAF

Responsables des Projets de Vie et de Soins, des procédures, des modes opératoires, de la qualité et de l'organisation des soins auprès des habitants, des proches et des familles

BÂTIMENTS A et B

INFIRMERIES

A.S / A.M.P / ASG
A.S.H.Q
Agents hôteliers

MÉDECIN CHEF COORDONNATEUR

Docteur SCHMITT
Responsable du projet médical et de l'organisation médicale

MÉDECINS SALARIES

DR MAILLET
Médecin Référent :
Nutrition - Diabète

DR CHAPEL
Médecin Référent :
Douleur – Soins Palliatifs
Troubles de la déglutition

DR THOMAS
Médecin Référent :
Géronto-psychologie
Troubles du comportement

DR PATY
Médecin Référent :
Plaies et Escarres
Télémédecine

DR COCHEZ
Médecin Référent :
Iatrogénie
Maladies infectieuses

PSYCHOLOGUES

PSYCHOLOGUE
Mme FENECH

Psychologue au sein des Unités Protégées A0-Les Bleuets et B0-Les Amarylles et des PASA

PSYCHOLOGUE
Mme NEMOR

Psychologue au sein des unités de vie B1-Les Iris et B2-Les Dahlias

PSYCHOLOGUE
Mme DONNADIEU

Psychologue au sein des unités de vie A1-Les Lys et A2-Les Œillets

SERVICES LOGISTIQUES

RESTAURATION
M. LHOMME

SERVICES
TECHNIQUES

DIÉTÉTICIENNE
Mme HUAULT

BLANCHISSERIE
Mme CHAUVREAU

ENTRETIEN DES
LOCAUX
Mme BAUDOUIN



Le Directeur
A. ESSALHI

ANNEXE 3

Le projet d'établissement 2021-2025

Délibération n°2020-004 en date du jeudi 25 juin 2020

E.H.P.A.D. DEBROU

N° D'ORDRE 2020-004

Délibération
N° 2020 – 004

Objet : EHPAD DEBROU -
Projet institutionnel 2021-
2025

EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du Jeudi 25 juin 2020

PRÉSIDENTE : Madame Sylviane AUGIS

Présents :
Messieurs,
CRAVENAUD
OSMOND
SCHMITT

Mesdames,
AUGIS
ALLIOT
DULONG
LE HELLAY
MENAA
ROY

*Absents ayant donné un
pouvoir :*
Madame TUROT à Monsieur
OSMOND
Madame NEVEUX à Madame
DULONG
Madame BOUSSIF à Madame
MENAA

Assistaient :
Messieurs,
ESSALHI
BREGEGERE

Mesdames,
PIRO-MAHE
LE JEUNE
GIRAULT
MILANDOU
DIMIER

Excusées :
Mesdames,
DE LA TORRE
SALLY-SCANZI
DESMARES

Vu la Loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,

Vu le décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux,

Vu la circulaire du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux,

Vu la délibération n°2019-015 du Conseil d'Administration de la Résidence DEBROU du jeudi 19 décembre 2019 prenant acte de l'évaluation interne 2019 et du rapport d'évaluation interne 2019,

Vu le courrier n°DIR/2020-002/AE-RM adressé à l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire et au Conseil Départemental d'Indre-et-Loire relatif au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens en date du 03 janvier 2020,

Vu la présentation de la version de travail du 08 avril 2020 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2021-2025 de la Résidence DEBROU par Monsieur le Directeur,

Vu l'avis favorable à l'unanimité émis par le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail et le Comité Technique d'Établissement le 22 juin 2020,

Vu l'avis favorable à l'unanimité émis par le Conseil de la Vie Sociale le 23 juin 2020 le et par le CVS,

Le Conseil d'Administration, ayant délibéré :

- 1) **Adopte à l'unanimité** le Projet institutionnel 2021-2025 de la Résidence DEBROU – 240 actions à mener.
- 2) **Prend acte à l'unanimité** de la version de travail du 08 avril 2020 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2021-2025 de la Résidence DEBROU.
- 3) **Habilite à l'unanimité** Monsieur le Directeur à signer tous les documents afférents à cette délibération, et notamment le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2021-2025 de la Résidence DEBROU.

Fait et délibéré en séance, les mêmes jour, mois et an que ci-dessus.

La Présidente du Conseil d'Administration

Sylviane AUGIS'

ANNEXE 4

Le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP)

Modèle de compte de résultat prévisionnel du plan global de financement pluriannuel (1 CRP par ESSMS)

FINESS ET	370000655
Raison sociale	EHPAD DEBROU- HEBERGEMENT PERMAN

Postes	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)
GROUPE I Charges afférentes à l'exploitation courante	1 195 824.69 €	1 144 257.69 €	1 144 257.69 €	1 144 257.69 €	1 144 257.69 €	1 144 257.69 €	1 144 257.69 €
Variations annuelles des charges du groupe 1 (plusieurs lignes si nécessaire)		-51 567.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
		-51 567.00 €					
GROUPE II Charges afférentes au personnel	8 729 546.95 €	7 985 593.71 €	7 997 108.28 €	8 008 622.86 €			
Variations annuelles des charges du groupe 2 (comptes 621 et 622)		-953 650.63 €					
Recrutements et autres variations de charges de personnel (plusieurs lignes si nécessaire)		209 697.39 €	11 514.57 €	11 514.57 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
CONVERGENCE TARIFAIRE 2020+2021		209 697.39 €	11 514.57 €	11 514.57 €			
GROUPE III Charges afférentes à la structure	2 289 269.59 €	1 600 359.75 €	1 592 660.52 €	1 619 005.39 €	1 603 033.96 €	1 666 971.90 €	1 658 736.26 €
Charges du groupe 3 - c/61 et c/62 (1) (hors c/615 ci-après)	87 126.00 €	87 126.00 €	87 126.00 €	87 126.00 €	87 126.00 €	87 126.00 €	87 126.00 €
Charges du groupe 3 - c/63 (1)	1 178.00 €	1 178.00 €	1 178.00 €	1 178.00 €	1 178.00 €	1 178.00 €	1 178.00 €
Charges du groupe 3 - c/65 (1)	31 229.64 €	16 660.00 €	16 660.00 €	16 660.00 €	16 660.00 €	16 660.00 €	16 660.00 €
Charges d'entretien réparation (1)	269 405.00 €	269 405.00 €	269 405.00 €	269 405.00 €	269 405.00 €	269 405.00 €	269 405.00 €
Charges exceptionnelles décaissables	33 367.99 €						
FRI Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	0.00 €						
FRI Dotations aux amortissements des immobilisations acquises avant le 1/1/N	1 105 081.37 €	929 534.75 €	879 485.52 €	863 623.39 €	805 589.96 €	786 362.90 €	786 362.96 €
FRI Dotations aux amortissements des immobilisations sur acquisitions nouvelles		58 750.00 €	108 750.00 €	158 750.00 €	208 750.00 €	300 000.00 €	300 000.00 €
FRI Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir	0.00 €						
FRI Dotations aux amortissements dérogatoires, amortissements exceptionnels et dépréciations des immobilisations	0.00 €						
FRI Dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	0.00 €						
FRI Dotations aux provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif (établissements privés)	0.00 €						
FRE Dotations aux provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du BFR	0.00 €						
FRE Dotations aux provisions des charges d'exploitation	0.00 €						
FRE Dotations aux autres amortissements, provisions et dépréciations	509 290.59 €						
FRE Engagements à réaliser sur ressources affectées (fonds dédiés) (établissements privés)	0.00 €						
Frais financiers des emprunts antérieurs à l'année N	252 591.00 €	237 706.00 €	230 056.00 €	222 263.00 €	214 325.00 €	206 240.00 €	198 004.30 €
Frais financiers des emprunts nouveaux							
A- Total des charges de l'exercice	12 214 641.23 €	10 730 211.15 €	10 734 026.49 €	10 771 885.94 €	10 755 914.51 €	10 819 852.45 €	10 811 616.81 €
RESULTAT PREVISIONNEL EXCEDENTAIRE (B - A)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
Reprise de déficits antérieurs et reports au titre des amortissements comptables excédentaires différés	0.00 €						
TOTAL EQUILIBRE GENERAL	12 214 641.23 €	10 730 211.15 €	10 734 026.49 €	10 771 885.94 €	10 755 914.51 €	10 819 852.45 €	10 811 616.81 €

(1): A retenir pour le calcul de la marge brute

	Postes	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)
	GROUPE I Produits de la tarification	10 785 299.26 €	10 413 567.38 €	10 425 081.95 €	10 436 596.52 €	10 436 596.52 €	10 436 596.52 €	10 436 596.52 €
	Produits à la charge de l'Etat	0.00 €						
	Produits à la charge de l'assurance maladie	4 363 894.69 €	3 980 648.24 €	3 980 648.24 €	3 980 648.24 €	3 980 648.24 €	3 980 648.24 €	3 980 648.24 €
	Produits à la charge du département	1 462 639.56 €	1 474 154.13 €	1 485 668.70 €	1 497 183.27 €	1 497 183.27 €	1 497 183.27 €	1 497 183.27 €
	Produits à la charge de l'utilisateur	4 958 765.01 €	4 958 765.01 €	4 958 765.01 €	4 958 765.01 €	4 958 765.01 €	4 958 765.01 €	4 958 765.01 €
	Produits à la charge d'autres financeurs	0.00 €						
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) (2) - ARS</i>	312 575.94 €						
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) (2) - Préfets</i>							
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) (2) - Conseils départementaux</i>							
	GROUPE II Autres produits relatifs à l'exploitation	258 582.11 €	63 385.99 €	63 385.99 €	63 385.99 €	63 385.99 €	63 385.99 €	63 385.99 €
	Variations annuelles des produits du groupe 2 (plusieurs lignes si nécessaire)		-195 196.12 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
			-195 196.12 €					
	GROUPE III Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables	1 170 759.85 €	253 257.78 €	245 558.55 €	271 903.43 €	255 932.00 €	319 869.94 €	311 634.30 €
	Produits du groupe 3 autres que ceux-listés ci-dessous	35 931.79 €						
	Produits financiers	0.00 €						
FRI	Produits des cessions d'éléments d'actif	0.00 €						
FRI	Quotes-parts des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €
FRI	Quote-part d'éléments du fonds associatif virée au compte de résultat	0.00 €						
FRI	Reprises sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	227 108.49 €	78 534.78 €	70 835.55 €	97 180.43 €	81 209.00 €	145 146.94 €	136 911.30 €
FRI	Reprises sur amortissements dérogatoires	0.00 €						
FRI	Reprises sur provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif (établissements privés)	0.00 €						
FRI	Reprises sur autres amortissements, autres provisions et dépréciations impactant le FRI	0.00 €						
FRE	Reprises sur provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du besoin en fonds de roulement	0.00 €						
FRE	Reprises sur provisions d'exploitation	249 163.44 €						
FRE	Reprises sur autres provisions et dépréciations	483 833.13 €						
FRE	Report de ressources non utilisées des exercices antérieurs (fonds dédiés) (établissements privés)	0.00 €						
FRE	Transferts de charges	0.00 €						
	B- Total des produits de l'exercice	12 214 641.22 €	10 730 211.15 €	10 734 026.49 €	10 771 885.94 €	10 755 914.51 €	10 819 852.45 €	10 811 616.81 €
	RESULTAT PREVISIONNEL DEFICITAIRE (A - B)	0.01 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	Reprise d'excédents antérieurs et amortissements excédentaires différés	0.00 €						
	Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement							
	TOTAL EQUILIBRE GENERAL	12 214 641.23 €	10 730 211.15 €	10 734 026.49 €	10 771 885.94 €	10 755 914.51 €	10 819 852.45 €	10 811 616.81 €

(2) : ARS / Préfets / Conseils départementaux

Modèle de compte de résultat prévisionnel du plan global de financement pluriannuel (1 CRP par ESSMS)

Dénomination du CRP sans FINESS :	EHPAD DEBROU - HEBERGEMENT TEMPORAIRE
N° Identifiant :	SF_123456
FINESS ET de rattachement :	370000655

Postes	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)
GROUPE I Charges afférentes à l'exploitation courante	10 117.59 €	10 117.59 €	10 117.59 €	10 117.59 €	10 117.59 €	10 117.59 €	10 117.59 €
Variations annuelles des charges du groupe 1 (plusieurs lignes si nécessaire)		0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
GROUPE II Charges afférentes au personnel	73 904.90 €	69 504.90 €	69 504.90 €	69 504.90 €	69 504.90 €	69 504.90 €	69 504.90 €
Variations annuelles des charges du groupe 2 (comptes 621 et 622)		9 800.00 €					
Recrutements et autres variations de charges de personnel (plusieurs lignes si nécessaire)		-14 200.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
GROUPE III Charges afférentes à la structure	16 818.71 €	21 218.71 €	21 218.71 €	21 218.71 €	21 218.71 €	21 218.71 €	21 218.71 €
Charges du groupe 3 - c/61 et c/62 (1) (hors c/615 ci-après)	495.38 €	12 175.29 €	12 175.29 €	12 175.29 €	12 175.29 €	12 175.29 €	12 175.29 €
Charges du groupe 3 - c/63 (1)	0.00 €						
Charges du groupe 3 - c/65 (1)	0.00 €						
Charges d'entretien réparation (1)	1 315.88 €	1 315.88 €	1 315.88 €	1 315.88 €	1 315.88 €	1 315.88 €	1 315.88 €
Charges exceptionnelles décaissables							
FRI Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	0.00 €						
FRI Dotations aux amortissements des immobilisations acquises avant le 1/1/N	12 351.28 €	5 821.37 €	5 821.37 €	5 821.37 €	5 821.37 €	5 821.37 €	5 821.37 €
FRI Dotations aux amortissements des immobilisations sur acquisitions nouvelles							
FRI Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir	0.00 €						
FRI Dotations aux amortissements dérogatoires, amortissements exceptionnels et dépréciations des immobilisations	0.00 €						
FRI Dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	0.00 €						
FRI Dotations aux provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif (établissements privés)	0.00 €						
FRE Dotations aux provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du BFR	0.00 €						
FRE Dotations aux provisions des charges d'exploitation	0.00 €						
FRE Dotations aux autres amortissements, provisions et dépréciations	0.00 €						
FRE Engagements à réaliser sur ressources affectées (fonds dédiés) (établissements privés)	0.00 €						
Frais financiers des emprunts antérieurs à l'année N	2 656.17 €	1 906.17 €	1 906.17 €	1 906.17 €	1 906.17 €	1 906.17 €	1 906.17 €
Frais financiers des emprunts nouveaux							
A- Total des charges de l'exercice	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €
RESULTAT PREVISIONNEL EXCEDENTAIRE (B - A)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
Reprise de déficits antérieurs et reports au titre des amortissements comptables excédentaires différés	0.00 €						
TOTAL EQUILIBRE GENERAL	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €

(1): A retenir pour le calcul de la marge brute

Postes	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)
GROUPE I Produits de la tarification	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €
Produits à la charge de l'Etat	0.00 €						
Produits à la charge de l'assurance maladie	32 996.15 €	32 996.15 €	32 996.15 €	32 996.15 €	32 996.15 €	32 996.15 €	32 996.15 €
Produits à la charge du département	15 790.39 €	15 790.39 €	15 790.39 €	15 790.39 €	15 790.39 €	15 790.39 €	15 790.39 €
Produits à la charge de l'usager	52 054.66 €	52 054.66 €	52 054.66 €	52 054.66 €	52 054.66 €	52 054.66 €	52 054.66 €
Produits à la charge d'autres financeurs	0.00 €						
<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) (2) - ARS</i>							
<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) (2) - Préfets</i>							
<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles (une ligne par financeur) (2) - Conseils départementaux</i>							
GROUPE II Autres produits relatifs à l'exploitation	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
Variations annuelles des produits du groupe 2 (plusieurs lignes si nécessaire)		0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
GROUPE III Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
Produits du groupe 3 autres que ceux-listés ci-dessous	0.00 €						
Produits financiers	0.00 €						
FRI Produits des cessions d'éléments d'actif	0.00 €						
FRI Quotes-parts des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice	0.00 €						
FRI Quote-part d'éléments du fonds associatif virée au compte de résultat	0.00 €						
FRI Reprises sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	0.00 €						
FRI Reprises sur amortissements dérogatoires	0.00 €						
FRI Reprises sur provisions réglementées : réserves des plus-values nettes d'actif (établissements privés)	0.00 €						
FRI Reprises sur autres amortissements, autres provisions et dépréciations impactant le FRI	0.00 €						
FR E Reprises sur provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du besoin en fonds de roulement	0.00 €						
FRE Reprises sur provisions d'exploitation	0.00 €						
FRE Reprises sur autres provisions et dépréciations	0.00 €						
FR E Report de ressources non utilisées des exercices antérieurs (fonds dédiés) (établissements privés)	0.00 €						
FR E Transferts de charges	0.00 €						
B- Total des produits de l'exercice	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €
RESULTAT PREVISIONNEL DEFICITAIRE (A - B)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
Reprise d'excédents antérieurs et amortissements excédentaires différés	0.00 €						
Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement							
TOTAL EQUILIBRE GENERAL	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €	100 841.20 €

(2) : ARS / Préfets / Conseils départementaux

Plan global de financement pluriannuel (PGFP)

	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)
C	Produits						
	Groupe I : Produits de la tarification	10 886 140.46 €	10 514 408.58 €	10 525 923.15 €	10 537 437.72 €	10 537 437.72 €	10 537 437.72 €
	<i>Dont aides ponctuelles par dotations non reconductibles</i>	312 575.94 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
R	Groupe II : Autres produits d'exploitation	258 582.11 €	63 385.99 €	63 385.99 €	63 385.99 €	63 385.99 €	63 385.99 €
P	Groupe III : Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables	1 170 759.85 €	253 257.78 €	245 558.55 €	271 903.43 €	255 932.00 €	319 869.94 €
	Total des produits (1)	12 315 482.42 €	10 831 052.35 €	10 834 867.69 €	10 872 727.14 €	10 856 755.71 €	10 920 693.65 €
	<i>Dont produits hors c/775, 777, 7781 et 78</i>	11 180 654.36 €	10 577 794.57 €	10 589 309.14 €	10 600 823.71 €	10 600 823.71 €	10 600 823.71 €
c	Charges						
o	Groupe I : Charges afférentes à l'exploitation courante	1 205 942.28 €	1 154 375.28 €	1 154 375.28 €	1 154 375.28 €	1 154 375.28 €	1 154 375.28 €
n	Groupe II : Charges afférentes au personnel	8 803 451.85 €	8 055 098.61 €	8 066 613.18 €	8 078 127.76 €	8 078 127.76 €	8 078 127.76 €
s	Groupe III : Charges afférentes à la structure	2 306 088.30 €	1 621 578.46 €	1 613 879.23 €	1 640 224.10 €	1 624 252.67 €	1 688 190.61 €
o	<i>Dont charges des comptes 61 et 62 du groupe 3</i>	358 342.26 €	370 022.17 €	370 022.17 €	370 022.17 €	370 022.17 €	370 022.17 €
l	<i>Dont charges des comptes 63 à 65 du Groupe 3 des dépenses</i>	32 407.64 €	17 838.00 €	17 838.00 €	17 838.00 €	17 838.00 €	17 838.00 €
d	Total des charges (2)	12 315 482.43 €	10 831 052.35 €	10 834 867.69 €	10 872 727.13 €	10 856 755.70 €	10 920 693.64 €
s							
	Résultat prévisionnel (1) - (2)	-0.01 €	-0.00 €	-0.00 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €
	(FRE) Résultat prévisionnel	-0.01 €	-0.00 €	-0.00 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €
	Flux internes (charges) (+)	1 626 723.24 €	994 106.12 €	994 056.89 €	1 028 194.76 €	1 020 161.33 €	1 092 184.27 €
	(FRI) Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	(FRI) Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	1 117 432.65 €	994 106.12 €	994 056.89 €	1 028 194.76 €	1 020 161.33 €	1 092 184.33 €
	(FRI) Dotations aux provisions réglementées impactant le FRI	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	(FRI) Autres dotations aux amortissements, provisions et dépréciations impactant le FRI	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	(FRE) Autres dotations aux amortissements, provisions et dépréciations	509 290.59 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	(FRE) Engagements à réaliser sur ressources affectées (établissements privés)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
C	Flux internes (produits) (-)	1 134 828.06 €	253 257.78 €	245 558.55 €	271 903.43 €	255 932.00 €	319 869.94 €
A	(FRI) Reprises sur provisions réglementées impactant le FRI	227 108.49 €	78 534.78 €	70 835.55 €	97 180.43 €	81 209.00 €	145 146.94 €
	(FRI) Reprises sur amortissements, autres provisions et dépréciations impactant le FRI	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
F	(FRI) Quotes-parts des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €	174 723.00 €
	(FRI) Quote-part d'éléments du fonds associatif virée au compte de résultat	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	(FRI) Produits des cessions d'éléments d'actif	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	(FRE) Reprises sur autres provisions et dépréciations	732 996.57 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	(FRE) Report de ressources non utilisées d'exercices antérieurs (fonds dédiés) (établissements privés)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	Capacité (+) / Insuffisance (-) d'autofinancement prévisionnelle	491 895.17 €	740 848.34 €	748 498.34 €	756 291.34 €	764 229.34 €	772 314.34 €
	Dont part affectant le fonds de roulement d'investissement FRI = (3)	715 601.16 €	740 848.34 €	748 498.34 €	756 291.33 €	764 229.33 €	772 314.33 €
	Dont part affectant le fonds de roulement d'exploitation FRE = (4)	-223 705.99 €	-0.00 €	-0.00 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €

	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)	
F R I	Augmentation des financements stables d'investissement de la période = (5)	715 601.16 €	740 848.34 €	748 498.34 €	756 291.33 €	764 229.33 €	772 314.33 €	780 550.03 €
	CAF ou IAF (signe -) prévisionnelle affectée au FRI = (3)	715 601.16 €	740 848.34 €	748 498.34 €	756 291.33 €	764 229.33 €	772 314.33 €	780 550.03 €
	Réserves et excédents affectés à l'investissement (compte 10682)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	Affectation des résultats à la réserve de compensation des charges d'amortissement (compte 10687)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	Fonds associatifs, apports et dotations	0.00 €						
	Subventions (compte 13)	0.00 €						
	Emprunts et dettes assimilées (comptes 16) (à plus d'un an)	0.00 €						
	Produits des cessions d'éléments d'actif	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	Comptes de liaison investissement (établissements privés)	0.00 €						
	Autres							
	Diminution des financements stables d'investissement de la période = (6)	638 810.43 €	611 321.00 €	618 972.00 €	626 764.00 €	634 702.00 €	1 142 787.00 €	651 023.08 €
	Fonds associatifs, apports, dotations et réserves sans droit de reprise (réduction) (établissements privés)	0.00 €						
	Remboursements des emprunts antérieurs (à plus d'un an) (part capital)							
	Remboursements des emprunts prévus au plan (à plus d'un an) (part capital)	403 810.43 €	411 321.00 €	418 972.00 €	426 764.00 €	434 702.00 €	442 787.00 €	451 023.08 €
	Acquisition d'immobilisations :	235 000.00 €	200 000.00 €	200 000.00 €	200 000.00 €	200 000.00 €	700 000.00 €	200 000.00 €
	Immobilisations incorporelles	0.00 €						
	Terrains	0.00 €						
	Agencements de terrains	0.00 €						
	Constructions	0.00 €						
	Installations techniques matériel et outillage	0.00 €						
	Autres immobilisations corporelles	235 000.00 €	200 000.00 €	200 000.00 €	200 000.00 €	200 000.00 €	700 000.00 €	200 000.00 €
	Immobilisations en cours	0.00 €						
	Immobilisations financières	0.00 €						
	Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	Charges à répartir sur plusieurs exercices (augmentation)	0.00 €						
	Autres							
	Comptes de liaison investissement (établissements privés)	0.00 €						
Variations du FRI (5) - (6) = (7)	76 790.73 €	129 527.34 €	129 526.34 €	129 527.33 €	129 527.33 €	-370 472.67 €	129 526.95 €	
FRI initial = (8)	2 781 869.23 €	2 858 659.96 €	2 988 187.30 €	3 117 713.64 €	3 247 240.97 €	3 376 768.30 €	3 006 295.63 €	
FRI cumulé de fin de période = (7) + (8) = (9)	2 858 659.96 €	2 988 187.30 €	3 117 713.64 €	3 247 240.97 €	3 376 768.30 €	3 006 295.63 €	3 135 822.58 €	
F R E	Augmentation des financements stables d'exploitation de la période = (10)	-223 705.99 €	-0.00 €	-0.00 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €
	CAF ou IAF (signe -) prévisionnelle affectée au FRE = (4)	-223 705.99 €	-0.00 €	-0.00 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €
	Reprise sur les réserves de compensation des charges d'amortissement	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	Comptes de liaison stable exploitation (établissements privés)							
	Autres							
	Diminution des financements stables d'exploitation de la période = (11)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
	Reprise à l'investissement des réserves de couverture du BFR							
	Affectation des résultats à l'investissement							
	Affectation des résultats en réserve de compensation des charges d'amortissement (compte 10687)							
	Comptes de liaison stable exploitation (ESSMS privés uniquement)							
	Autres							
	Variations du FRE (10) - (11) = (12)	-223 705.99 €	-0.00 €	-0.00 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €	0.01 €
FRE initial = (13)	1 669 624.66 €	1 445 918.67 €	1 445 918.67 €	1 445 918.67 €	1 445 918.68 €	1 445 918.68 €	1 445 918.69 €	
FRE cumulé de fin de période = (12) + (13) = (14)	1 445 918.67 €	1 445 918.67 €	1 445 918.67 €	1 445 918.68 €	1 445 918.68 €	1 445 918.69 €	1 445 918.70 €	
F N R G	Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement net global = (7) + (12) = (15)	-146 915.26 €	129 527.34 €	129 526.34 €	129 527.34 €	129 527.34 €	-370 472.66 €	129 526.96 €
	FRNG initial = (16)	4 451 493.89 €	4 304 578.63 €	4 434 105.97 €	4 563 632.31 €	4 693 159.65 €	4 822 686.98 €	4 452 214.32 €
	Fonds de Roulement Net Global (FRNG) de fin de période = (15) + (16) = (17)	4 304 578.63 €	4 434 105.97 €	4 563 632.31 €	4 693 159.65 €	4 822 686.98 €	4 452 214.32 €	4 581 741.28 €

	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)
B							
Augmentation du besoin en fonds de roulement de la période = (18)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
Augmentation des stocks							
Augmentation des créances (effet volume ou prix)							
Diminution des dettes fournisseurs (effet volume ou prix)							
Diminutions des autres dettes d'exploitation							
F							
Diminution du besoin en fonds de roulement de la période = (19)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
R							
Diminution des stocks							
Diminution des créances (effet volume ou prix)							
Augmentation des dettes fournisseurs							
Augmentation des autres dettes							
Variations du BFR = (18) - (19) = (20)	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
BFR initial = (21)	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €
BFR cumulé fin de période = (20) + (21) = (22)	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €	134 974.41 €
T							
Variations de la trésorerie sur la période = (7) + (12) - (20) = (23)	-146 915.26 €	129 527.34 €	129 526.34 €	129 527.34 €	129 527.34 €	-370 472.66 €	129 526.96 €
Trésorerie Initiale = (24)	4 316 519.48 €	4 169 604.22 €	4 299 131.56 €	4 428 657.90 €	4 558 185.24 €	4 687 712.57 €	4 317 239.91 €
Trésorerie de fin de période = (23) + (24) = (25)	4 169 604.22 €	4 299 131.56 €	4 428 657.90 €	4 558 185.24 €	4 687 712.57 €	4 317 239.91 €	4 446 766.87 €
Variations des financements à court terme = (26)							
Liquidités de fin de période = (25) + (26)	4 169 604.22 €	4 299 131.56 €	4 428 657.90 €	4 558 185.24 €	4 687 712.57 €	4 317 239.91 €	4 446 766.87 €

Données complémentaires nécessaires au calcul des ratios

	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)
Montant cumulé des emprunts en fin d'année (compte 16 hors compte 1688)							
Montant des comptes 165 et 169							
Montant des remboursements de cautions sur l'année (compte 165)							
Montant cumulé des financements stables du FRI en fin d'année (hors amortissements)							
Montant cumulé de l'actif immobilisé brut en fin d'année (1)	28 368 097.17 €	28 568 097.17 €	28 768 097.17 €	28 968 097.17 €	29 168 097.17 €	29 368 097.17 €	30 068 097.17 €
Mesures correctives le cas échéant (sorties d'immobilisations, etc.)							
Montant cumulé de l'actif immobilisé brut en fin d'année pris en compte pour le calcul du taux de vétusté	28 368 097.17 €	28 568 097.17 €	28 768 097.17 €	28 968 097.17 €	29 168 097.17 €	29 368 097.17 €	30 068 097.17 €
Montant cumulé des amortissements en fin d'année (1)	5 084 775.78 €	6 078 881.90 €	7 072 938.79 €	8 101 133.55 €	9 121 294.88 €	10 213 479.15 €	11 305 663.48 €
Mesures correctives le cas échéant							
Montant cumulé des amortissements en fin d'année pris en compte pour le calcul du taux de vétusté	5 084 775.78 €	6 078 881.90 €	7 072 938.79 €	8 101 133.55 €	9 121 294.88 €	10 213 479.15 €	11 305 663.48 €

	N (EPRD modifié)	N+1 (projection actualisée)	N+2 (projection actualisée)	N+3 (projection actualisée)	N+4 (projection actualisée)	N+5 (projection actualisée)	N+6 (projection actualisée)
RATIOS							
Taux d'endettement (< 50%)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Durée apparente de la dette (< 10 ans)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CAF / Remboursement annuel du capital des emprunts (> 1)	1.22	1.80	1.79	1.77	1.76	1.74	1.73
Taux de CAF en % des produits (hors c/775, 777, 7781 et 78)	4.40%	7.00%	7.07%	7.13%	7.21%	7.29%	7.36%
Taux de vétusté global des immobilisations (1)	17.92%	21.28%	24.59%	27.97%	31.27%	34.20%	37.60%
Marge brute d'exploitation	744 578.54 €	980 460.51 €	980 460.51 €	980 460.51 €	980 460.51 €	980 460.51 €	980 460.51 €
Taux de marge brute d'exploitation en % des produits courants	6.68%	9.27%	9.26%	9.25%	9.25%	9.25%	9.25%

(1) : Le taux de vétusté pour l'année N est calculé à partir des données du tableau "FDR". Pour les années qui suivent, les acquisitions nouvelles et les dotations aux amortissements sont intégrées automatiquement à partir des données "CAF" et "FRI" ci-dessus. Si nécessaire, ces données doivent être corrigées (notamment en cas de sorties d'immobilisations).

ANNEXE 5

Sans objet

ANNEXE 6

Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CENTRE-VAL DE LOIRE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R24-2018-142

PUBLIÉ LE 8 JUIN 2018

ARS Centre-Val de Loire - Direction de l'Offre
médico-sociale

R24-2018-06-06-011

ARRETE N°2018 DOMS PA37 0142

Portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD
DEBROU à JOUE-LES-TOURS, géré par le Conseil
d'Administration de l' EHPAD DEBROU à
JOUE-LES-TOURS, d'une capacité totale de 240 places

**CONSEIL DEPARTEMENTAL
DE L'INDRE ET LOIRE**

**AGENCE REGIONALE
DE SANTE CENTRE-VAL DE LOIRE**

ARRETE N°2018 DOMS PA37 0142

**Portant renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD DEBROU à JOUE-LES-TOURS,
géré par le Conseil d'Administration de l' EHPAD DEBROU à JOUE-LES-TOURS,
d'une capacité totale de 240 places**

le président du conseil départemental,
la directrice générale de l'agence régionale de santé,

Vu le Code de justice administrative et notamment l'article R. 312-1 ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

Vu le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé (ARS) ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne BOUYGARD en qualité de Directrice Générale de l'ARS Centre-Val de Loire ;

Vu la décision du 13 mars 2017 portant délégation de signature à Monsieur Pierre-Marie DETOUR, Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Vu le rapport d'évaluation externe transmis aux autorités compétentes ;

Considérant que l'autorisation initiale et l'ouverture de l'EHPAD DEBROU à JOUE-LES-TOURS sont antérieures à la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

Considérant que les résultats de l'évaluation externe étaient satisfaisants et justifiaient le renouvellement tacite de l'autorisation ;

ARRETENT

Article 1^{er} : L'autorisation visée à l'article L.313-1 du Code de l'action sociale et des familles accordée au Conseil d'Administration de l'EHPAD DEBROU à JOUE-LES-TOURS est renouvelée pour l'EHPAD DEBROU à JOUE-LES-TOURS.

La capacité totale de la structure reste fixée à 240 places.

Article 2 : L'autorisation globale est renouvelée pour une durée de 15 ans à compter du 3 janvier 2017. Le renouvellement de cette autorisation sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues par l'article L. 313-5 du même Code.

Article 3 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance des autorités

compétentes selon l'article L. 313-1 du Code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord des autorités compétentes.

Article 4 : Cet établissement est répertorié dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité juridique : C A EHPAD DEBROU

N° FINESS : 370000945

Adresse : 3 RUE DEBROU, 37300 JOUE-LES-TOURS

Code statut juridique : 21 (Etablissement Social et Médico-Social Communal)

Entité Etablissement : EHPAD DEBROU

N° FINESS : 370000655

Adresse : 12 RUE DEBROU, 37300 JOUE-LES-TOURS

Code catégorie établissement : 500 (EHPAD)

Code mode de fixation des tarifs (MFT) : 41 (ARS TG HAS nPUI)

Triplet(s) attaché(s) à cet établissement :

Code discipline : 924 (Accueil pour Personnes Agées)

Code activité / fonctionnement : 11 (Hébergement Complet Internat)

Code clientèle : 711 (Personnes Agées dépendantes)

Capacité autorisée : 181 places dont 181 habilitées à l'aide sociale

Code discipline : 924 (Accueil pour Personnes Agées)

Code activité / fonctionnement : 11 (Hébergement Complet Internat)

Code clientèle : 436 (Personnes Alzheimer ou maladies apparentées)

Capacité autorisée : 56 places dont 56 habilitées à l'aide sociale

Code discipline : 657 (Accueil temporaire pour Personnes Agées)

Code activité / fonctionnement : 11 (Hébergement Complet Internat)

Code clientèle : 711 (Personnes Agées dépendantes)

Capacité autorisée : 3 places

Code discipline : 961 (Pôles d'activité et de soins adaptés)

Code activité / fonctionnement : 21 (Accueil de Jour)

Code clientèle : 436 (Personnes Alzheimer ou maladies apparentées)

Article 5 : Dans les deux mois à compter de sa notification ou de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet :

- soit d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Président du Conseil Départemental de l'Indre et Loire, et de Madame la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, sis 131 Faubourg Bannier -BP 74409 - 45044 ORLEANS
- soit d'un recours contentieux qui doit être transmis au tribunal administratif d'Orléans sis 28 rue de la Bretonnerie. 45057 ORLEANS.

Article 6 : Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé du Centre, la Déléguée Départementale d'Indre-et-Loire, le Directeur général de la solidarité entre les personnes, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs du département d'Indre-et-Loire, au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait à Orléans, le 6 juin 2018

La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé
Centre-Val de Loire,
Signé : Anne BOUYGARD

Le Président du Conseil Départemental
d'Indre-et-Loire,
Signé : Jean-Gérard PAUMIER



DÉLÉGATION DEPARTEMENTALE
D'INDRE-ET-LOIRE



DIRECTION GENERALE ADJOINTE
SOLIDARITES

ARRETE N° 2016 OSMS PA37 047
ARRETE

Portant autorisation de modification de la répartition des places et actant le changement de dénomination de l'adresse de l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Debrou – 37300 JOUE-LES-TOURS, géré par le Conseil d'Administration de l'EHPAD, d'une capacité totale de 240 places ;

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,
LA DIRECTRICE GENERALE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE,

Vu le Code de justice administrative et notamment l'article R. 312-1 ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 312-5 relatif aux schémas d'organisation sociale et médico-sociale, l'article L. 312-5.1 relatif au PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, les articles L. 313-1 à L. 313-9 relatifs aux autorisations, les articles R. 313-1 à R. 313-10 relatifs aux dispositions générales des droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les articles D. 313-11 à D. 313-14 relatifs aux contrôles de conformité des établissements ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu le Code général des collectivités territoriales ;

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

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

Vu le décret n° 83-1067 du 8 décembre 1983 relatif aux transferts de compétence en matière d'action sociale et de santé ;

Vu le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé (ARS) ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne BOUYGARD en qualité de Directrice Générale de l'ARS du Centre ;

Vu l'arrêté n° 2012-DG-0003 portant adoption du Projet Régional de Santé (PRS) de la région Centre en date du 22 mai 2012 ;

Vu l'arrêté conjoint ARS/CG37 signé le 06 octobre 2011 portant répartition de la capacité des 237 places de l'EHPAD Debrou, 3 rue Debrou, 37301 JOUE-LES-TOURS, en 185 places d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes et 52 places d'hébergement permanent pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées ;

Vu l'arrêté conjoint ARS/CG37 signé le 07 août 2014 portant autorisation de création de deux pôles d'activités et de soins adaptés de 14 places, sans extension de capacité, à l'EHPAD de Debrou, 3 rue Debrou, 37300 JOUE-LES-TOURS ;

Vu l'arrêté conjoint ARS/CG37 signé le 02 septembre 2015 portant autorisation de transfert géographique de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) Debrou de JOUE-LES-TOURS, géré par le Conseil d'Administration de l'EHPAD, dans le cadre de sa reconstruction sur un nouveau site sis au 10-12 rue de Chambray, 37300 JOUE-LES-TOURS et extension non importante de trois places d'hébergement temporaire, portant sa capacité totale à 240 places.

Vu la visite de conformité réalisée le 20 janvier 2016 ;

Vu l'arrêté municipal de numérotation de la rue Debrou de JOUE-LES-TOURS et le certificat de numérotage en date du 25 janvier 2016 ;

Vu le schéma départemental d'Indre-et-Loire 2008-2012 ;

Vu le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale 2012-2016 de la Région Centre ;

Vu le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de la région Centre ;

Considérant la demande présentée par l'établissement, dans le cadre de la reconstruction, de modifier la répartition de la capacité autorisée et installée ;

Considérant que le projet est compatible avec le PRIAC actualisé de la région Centre et présente un coût de financement en année pleine qui est compatible avec le montant des dotations mentionnées à l'article L. 314-4 du Code de l'action sociale et des familles, étant précisé que l'installation ne pourra pas intervenir avant la date d'octroi des crédits ;

ARRETEMENT

Article 1^{er} : L'autorisation visée à l'article L. 313-1 du Code de l'action sociale et des familles est accordée au Conseil d'Administration, gestionnaire de l'EHPAD Debrou, pour la modification de la répartition des places identifiées comme suit :

- 181 places d'hébergement permanent pour personnes âgées dépendantes,
- 56 places d'hébergement permanent pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées
- 3 places d'hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes

Article 2 : Il est acté le changement de dénomination de l'adresse de l'établissement, sans modification de l'implantation géographique, soit 12 rue Debrou – 37300 JOUE-LES-TOURS en lieu et place du 10-12 rue de Chambray – 37300 JOUE-LES-TOURS ;

Article 3 : L'autorisation globale est délivrée pour une durée de 15 ans à compter du 4 janvier 2002. Son renouvellement sera subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L. 312-8 du Code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues par l'article L. 313-5 du même Code.

Article 4 : Conformément aux dispositions de l'article L. 313-1 du Code de l'action sociale et des familles, la présente autorisation est caduque si elle n'a pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de trois ans suivant sa notification.

Article 5 : Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement de l'établissement par rapport aux caractéristiques prises en considération pour son autorisation devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente selon l'article L. 313-1 du Code de l'action sociale et des familles. L'autorisation ne peut être cédée sans l'accord de l'autorité compétente concernée.

Article 6 : Cet établissement est répertorié dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) de la façon suivante :

Entité juridique (EJ) : CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'EHPAD DEBROU

N° FINESS : 37 000 094 5

Adresse complète : 12 rue Debrou – 37300 JOUE-LES-TOURS

Code statut juridique : 21 – établissement social et médico-social communal

N° SIREN : 263 700 163

Entité Etablissement (ET) : EHPAD DEBROU

N° FINESS : 37 000 065 5

Adresse complète : 12 rue Debrou – 37300 JOUE-LES-TOURS

N° SIRET : 263 700 163 00011

Code catégorie établissement : 500

Code mode de fixation des tarifs (MFT) : 41 – ARS TG HAS NPUI

Triplet(s) attaché(s) à cet ET :

Hébergement permanent personnes âgées dépendantes

Code discipline : 924 – accueil pour personnes âgées

Code activité / fonctionnement : 11 – hébergement complet internat

Code clientèle : 711 – personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée : 181 places habilitées à l'aide sociale

Hébergement permanent personnes âgées atteintes d'Alzheimer ou maladies apparentées

Code discipline : 924 – accueil pour personnes âgées

Code activité / fonctionnement : 11 – hébergement complet internat

Code clientèle : 436 – personnes âgées atteintes d'Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité autorisée : 56 places habilitées à l'aide sociale

Hébergement temporaire personnes âgées dépendantes

Code discipline : 657 – accueil temporaire pour personnes âgées

Code activité / fonctionnement : 11 – hébergement complet internat

Code clientèle : 711 – personnes âgées dépendantes

Capacité autorisée : 3 places

PASA

Code discipline : 961 – Pôles d'Activités et de Soins Adaptés

Code activité / fonctionnement : 21 – accueil de jour

Code clientèle : 436 – personnes âgées atteintes d'Alzheimer ou maladies apparentées

Capacité totale autorisée : 240 places

Capacité autorisée habilitée à l'aide sociale : 237 places

Article 7 : Cette autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, à hauteur de 237 lits d'hébergement permanent.

Article 8 : Dans les deux mois à compter de sa notification ou de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet :

- soit d'un recours gracieux auprès de Monsieur le Président du Conseil Départemental d'Indre-et-Loire et de Madame la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire,
- soit d'un recours contentieux qui doit être transmis au tribunal administratif d'Orléans.

Article 9 : Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, la Déléguée départementale d'Indre-et-Loire, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au demandeur et publié au recueil des actes administratifs du département d'Indre-et-Loire, au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait le : 20 MAI 2016

P/ La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé
Centre-Val de Loire,


Pierre-Marie DETOUR
Directeur général adjoint
de l'ARS Centre-Val de Loire

Le Président
du Conseil Départemental d'Indre-et-Loire,


Jean-Gérard PAUMIER

ANNEXE 7

L'abrégé et la synthèse du
dernier rapport d'évaluation
externe



Maison de Retraite Debrou
JOUE LES TOURS (37)

SYNTHESE et ABREGÉ
Evaluation externe

Evaluation externe
selon la méthodologie EVA-CNEH

10, 11 et 12 avril 2013

Introduction

- ❖ La Maison de retraite Debrou a réalisé son rapport d'auto-évaluation en Avril 2009 sur la base du Référentiel Angélique :
 - Attentes et satisfactions des résidents et des familles
 - Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins
 - L'établissement et son environnement
 - Démarche qualité
- ❖ Un rapport d'étape a été réalisé en Mars 2013.
- ❖ Les plans d'actions sont remis à jour annuellement.

Les professionnels de l'établissement ont participé à l'auto-évaluation, des groupes de travail ont été mis en place pour sa réalisation. La composition de chaque groupe de travail est spécifique en fonction des sujets traités.

A/ Les conditions d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'établissement ou de service (PEPS) et l'organisation de la qualité de la prise en charge ou de l'accompagnement des usagers

Le Projet d'Etablissement intitulé « projet institutionnel 2010 -2015 », a été présenté aux instances : Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT), Conseil de Vie Sociale (CVS) et validé par le Conseil d'Administration ;

Le projet d'établissement de la Maison de Retraite DEBROU est le résultat de la réflexion de l'ensemble des personnels, il constitue un document de référence pour l'application et le suivi de la seconde convention tripartite 2010-2014.

Il s'appuie sur les valeurs de Bienveillance et de Citoyenneté avec la volonté d'aider la personne accueillie à vivre selon ses choix personnels et ses habitudes.

Le document définit les objectifs généraux selon 13 axes de développement que sont le projet de vie, le projet de soins, le projet médical, l'accueil et l'admission, le projet d'animation, la démarche qualité, le projet social, la communication interne et externe, la sécurité, la restauration, la blanchisserie, l'hygiène en EHPAD et le projet architectural.

Le Projet d'Etablissement prend en compte les besoins et attentes des résidents accueillis ;

La majorité des objectifs de la Convention Tripartite sont réalisés ou en cours de réalisation ;

Le projet prévoit la reconstruction de l'établissement en 2015 avec la réalisation de deux résidences de 120 lits chacune dont 4 unités de 14 lits réservées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées ainsi que 2 PASA.

L'établissement dispose des emplois qualifiés pour répondre aux besoins de la population accompagnée. Une politique de professionnalisation des ASHQ est en cours pour pallier à l'insuffisance du nombre d'aide soignants. Le tableau des effectifs fait en effet apparaître un rapport aide soignant, ASHQ déséquilibré.

Les formations sont spécifiques à la population accueillie en EHPAD : De nombreuses formations à la bientraitance, à l'humanité et à la maladie d'Alzheimer sont réalisées et la psychologue prépare un DU d'éthique. Le plan de formation fait apparaître des formations à la gestion du stress et à la gestion des conflits avec les familles.

Un effort particulier est observé en matière de Validation des Acquis et de l'Expérience (VAE) pour l'obtention du diplôme d'état d'Aide soignant ;

Les agents s'inscrivent dans une démarche de formation qualifiante ;

Les demandes des agents, recueillies lors de l'entretien annuel, sont considérées lors de l'élaboration du plan de formation ainsi que les besoins institutionnels en cohérence avec le projet d'établissement ;

237 résidents vivent à la Maison de Retraite Debrou. Le GMP validé le 31/12/2012 est de 736, le PMP validé en 2009 était de 139 ; A ce jour, il est évalué à 202 .

Les résidents sont accompagnés pour les actes de la vie courante et bénéficient de soins médicaux et para-médicaux de qualité.

La Prévention et Prise en charge des risques de santé spécifiques sont pris en compte avec une attention particulière portée à la prévention de la déshydratation et de la dénutrition, à la prévention des infections, à la prise en charge des troubles du comportement et de la fin de vie.

B/ L'ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique

L'établissement est intégré dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour permettre notamment l'hospitalisation à domicile, prendre en charge les soins palliatifs, s'inscrire dans la filière gériatrique et organiser les hospitalisations de résidents.

La télémédecine est en cours d'expérimentation au sein de l'établissement.

Il existe un partenariat informel avec une clinique de géronto-psychiatrie.

Le Dossier de Liaison d'Urgence est transmis lors du transfert d'un résident dans un centre hospitalier.

De nombreux bénévoles interviennent dans l'établissement de façon régulière et ont une place reconnue institutionnellement ; L'association des blouses roses et celle du conseil des aînés mettent en œuvre des activités de loisirs ; Des rencontres avec les enfants de la crèche et du collège sont organisées sur des thématiques variées : « droit de l'enfant » pour l'année 2013. Un arbre de vie est en cours de réalisation avec les enfants du centre social Morier ; Les ressources de la commune sont utilisées par les résidents : bus, conseil des enfants, le cinéma des aînés – salle Malraux, le salon du bien vieillir, les fêtes de fin d'année ;

C/ Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers

Le mode opératoire des admissions est formalisé de la demande jusqu'à l'arrivée du résident. Une visite de l'établissement est proposée avant l'arrivée du résident, elle permet la remise des documents d'information notamment le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la charte des droits et libertés. Lors de la visite, le consentement est recherché et recueilli. Les résidents ont la possibilité d'amener des objets personnels et petits mobiliers. Une carte de bienvenue est disposée sur la porte d'entrée du logement du nouveau résident.

Le document concernant le recueil de l'histoire et habitudes de vie est remis lors de la visite de l'établissement. Le jour de l'admission l'infirmière débute le recueil de données avec le résident et sa famille pour la réalisation du projet de vie personnalisé. L'équipe soignante dispose de trois semaines pour établir le projet de vie personnel. Une synthèse est effectuée par informatique avec des objectifs individualisés réévalués à trois semaines pour être réajustés. Chaque Projet Individualisé est cosigné par le directeur et le résident.

D/ La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

Les droits des résidents sont respectés au sein de l'établissement. Les plaintes et les réclamations sont réalisées par le biais des feuilles d'événements indésirables, une réponse est apportée lors d'un entretien ou par écrit. Les fiches d'évènements indésirables sont disponibles sur le site internet et à l'accueil.

L'utilisateur est informé de ses droits, la charte des droits et libertés est affichée.

Une information sur la personne qualifiée est donnée dans le règlement de fonctionnement, elle est affichée dans le hall d'entrée, la liste est annexée au contrat de séjour. Les tarifs sont affichés et le contrat de séjour mentionne les différents dispositifs.

Il existe une charte des professionnels de la maison de retraite ainsi qu'une charte de bientraitance et de citoyenneté. Cette dernière informe sur la conduite à tenir en cas de maltraitance ; Le livret d'accueil des agents comporte une information sur la bientraitance et la citoyenneté.

Le vouvoiement est de rigueur et les résidents sont appelés par leur nom de famille, le ton et le comportement des professionnels sont respectueux et adaptés aux personnes âgées.

Les dysfonctionnements déclarés par le biais des fiches d'évènements indésirables sont recensés et traités lors des réunions de direction.

Des contrats de maintenance sont signés pour toutes les installations techniques et tous les contrôles périodiques réglementaires sont effectués à périodicité définie.

Le DARI a été finalisé en décembre 2012 et réévalué en 2013. Les modes opératoires relatifs au risque infectieux (locaux, précautions standard et complémentaires, GEA, IRA avec toux), sont écrits.

Une information concernant les vigilances sanitaires est retrouvée dans le règlement de fonctionnement.

La procédure relative aux risques d'intrusion n'est pas formalisée.

Une information est présente dans le livret d'accueil du personnel concernant le risque incendie, des consignes sont écrites et les formations sont réalisées.

Le document de prévention des risques professionnels a été réalisé en février 2012. Il est alimenté par les informations recueillies dans les FEI. Les actions de préventions sont précisées.

Un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) a été réalisé (achat de matériel ergonomique et formations aux risques liés à la manutention).

ABREGÉ

1. La démarche d'évaluation interne *

(Exemples d'items : Modalités de mise en œuvre de la démarche d'évaluation interne, de participation des usagers, d'élaboration du plan d'amélioration continue de la qualité, de suivi des résultats ...)

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Conduite de l'évaluation interne	La Maison de retraite Debrou a réalisé son rapport d'auto-évaluation en Avril 2009 sur la base du Référentiel Angélique. Un rapport d'étape a été réalisé en Mars 2013. Les professionnels de l'établissement ont participé à l'auto-évaluation, des groupes de travail ont été mis en place pour sa réalisation.		
Conseil de la vie sociale	Le Conseil de la vie sociale s'est réuni 4 fois en 2012, il est présidé par un usager ; La composition est affichée dans les couloirs ainsi que les comptes rendus. Ils sont diffusés sur le site internet ; Des réunions d'information par unité sont organisées pour les familles et proches : plusieurs réunions ont été réalisées en 2012.		
Plan d'amélioration continue de la qualité	Un responsable qualité est désigné (0.5 ETP) ; Un audit organisationnel a été réalisé en 2008 ; L'évaluation interne est remise à jour annuellement ; La démarche qualité est pilotée en réunion de direction, des axes d'amélioration ont été identifiés à 5 ans ; Le directeur réalise des informations toutes les 6 à 8 semaines sur la démarche qualité auprès des équipes ainsi que lors des réunions de familles.		S'assurer de la connaissance, par l'ensemble des équipes, des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Réaliser une enquête de satisfaction auprès du personnel et des familles.

<p>Les contentions</p>	<p>Dans l'unité protégée, la liberté de déambulation est respectée dans un environnement sécurisé. Le mode opératoire relatif au recours à la contention est en cours de réécriture par le médecin. Une liste des résidents sous contention est disponible. Tous les soignants ne disposent pas et n'ont pas connaissance du mode opératoire relatif aux contentions. Certaines barrières de lit sont posées sans prescription. Certaines contentions prescrites ne sont pas évaluées de façon régulière.</p>	<p>Finaliser le mode opératoire au regard des recommandations sur les prescriptions et les réévaluations des contentions. Et sensibiliser et former l'ensemble des professionnels au mode opératoire.</p>
<p>La prise en charge de la Maladie d'Alzheimer et des troubles du comportement</p>	<p>Deux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) sont présents au sein de l'établissement, ils offrent une réelle qualité de vie aux résidents avec des professionnels très impliqués dans l'accompagnement. Les grilles d'évaluation sont présentes dans le dossier de soin informatisé. La procédure d'accès aux unités spécifiques est écrite. Les professionnels sont formés aux prises en charge non médicamenteuses des troubles du comportement. Des formations internes sont régulièrement organisées. Un partenariat avec une clinique de géro-psycho-geriatrie est mis en place pour l'organisation d'éventuels séjours de rupture, au besoin un psychiatre peut intervenir au sein de l'établissement. Le projet architectural prévoit 4 unités de vie « Alzheimer » et deux PASA. Un repérage des troubles cognitifs et/ou du comportement est réalisé par la psychologue, lors du bilan d'entrée, avec utilisation de grilles spécifiques. Les résidents peuvent avoir accès à une consultation de la mémoire au CMRR du CHRU de Tours ou à une consultation neurologique de ville.</p>	<p>Rédiger un protocole de prévention et de prise en charge des troubles du comportement ;</p>

	<p>3 soignants ont reçu la formation d'assistant de soins en gérontologie.</p> <p>Les cadres réalisent régulièrement des évaluations pluridisciplinaires.</p> <p>Une fiche de recensement des besoins d'accompagnement psychologique permet au psychologue de recenser les besoins des résidents et des familles.</p> <p>Un travail est réalisé sur le maintien du lien entre les résidents présentant des troubles du comportement et leur famille.</p>	
--	--	--

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

(Exemples d'items : Caractérisation de la population accompagnée ; modalités de formalisation et d'actualisation du projet d'établissement ou de service ; adaptation de l'offre des activités et des prestations à la population accompagnée ; ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Projet d'établissement	<p>Le Projet d'Etablissement intitulé « projet institutionnel 2010 -2015 », a été présenté aux instances : Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT), Conseil de Vie Sociale (CVS) et validé par le Conseil d'Administration ;</p> <p>Le projet d'établissement de la Maison de Retraite DEBROU est le résultat de la réflexion de l'ensemble des personnels, il constitue un document de référence pour l'application et le suivi de la seconde convention tripartite 2010-2014.</p> <p>Il s'appuie sur les valeurs de Bienveillance et de Citoyenneté avec la volonté d'aider la personne accueillie à vivre selon ses choix personnels et ses habitudes.</p> <p>Le document définit les objectifs généraux selon 13 axes de développement que sont le projet de vie, le projet de soins, le projet médical, l'accueil et l'admission, le projet d'animation, la démarche qualité, le projet social, la communication interne et</p>		

<p>Caractérisation de la population accompagnée</p>	<p>externe, la sécurité, la restauration, la blanchisserie, l'hygiène en EHPAD et le projet architectural.</p> <p>Le Projet d'Établissement prend en compte les besoins et attentes des résidents accueillis ;</p> <p>La majorité des objectifs de la Convention Tripartite sont réalisés ou en cours de réalisation ;</p> <p>Il prévoit la reconstruction de l'établissement avec la réalisation de deux résidences de 120 lits chacune dont 4 unités de 14 lits réservées aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées ainsi que 2 PASA.</p> <p>L'établissement tient à jour les tableaux caractérisant la population : sexe, âge, origines, protection juridique, GIR... L'évaluation « Pathos » est réalisée régulièrement. Deux tiers des résidents présentent une atteinte des fonctions supérieures ; Deux pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) ont été mis en place pour répondre à leurs besoins et le projet architectural prévoit les structures adaptées.</p>	
---	--	--

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

(Exemples d'items : Perception du rôle de l'établissement ou du service et de ses missions par les partenaires, formalisation des collaborations et des coopérations interinstitutionnelles ou interprofessionnelles autour et avec l'utilisateur, Prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu, contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement,...).

<p>Items (5 maximum)</p>	<p>Forces</p>	<p>Faiblesses</p>	<p>Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe</p>
<p>Coopérations mises en oeuvre</p>	<p>L'établissement est intégré dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour permettre notamment</p>		

	<p>l'hospitalisation à domicile, prendre en charge les soins palliatifs, s'inscrire dans la filière gériatrique et organiser les hospitalisations de résidents.</p> <p>La télémédecine est en cours d'expérimentation au sein de l'établissement.</p> <p>Il existe un partenariat informel avec une clinique de géronto-psychiatrie.</p> <p>Le Dossier de Liaison d'Urgence est transmis lors du transfert d'un résident dans un centre hospitalier.</p>	
--	--	--

5. Personnalisation de l'accompagnement

(Exemples d'items : capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes dans le cadre du projet d'établissement ou de service en prenant en compte les interactions avec l'environnement familial et social de la personne, conditions dans lesquelles est élaboré le projet personnalisé, ...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
L' Accueil	<p>Le mode opératoire des admissions est formalisé de la demande jusqu'à l'arrivée du résident ;</p> <p>Le médecin coordonnateur est destinataire de la demande d'admission et donne son avis par écrit ;</p> <p>Une commission d'admission est constituée ; y participent le directeur, le médecin coordonnateur, le cadre supérieur de santé ;</p> <p>Une visite de l'établissement est proposée avant l'arrivée du résident, elle permet la remise des documents d'information notamment le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour, la charte des droits et libertés ;</p> <p>Lors de la visite, le consentement est recherché et recueilli ;</p> <p>Une assurance responsabilité civile est demandée à l'entrée ;</p> <p>Un inventaire contradictoire des vêtements est réalisé en double</p>		Formaliser et réaliser les visites de pré-admission ;

Projet personnalisé	<p>exemplaires ; Les résidents ont la possibilité d'amener des objets personnels et petits mobiliers ; Une carte de bienvenue est disposée sur la porte d'entrée du logement du nouveau résident ; Le recours à la psychologue est possible si nécessaire ; Les demandes en attente sont classées ; chaque demande fait l'objet d'une réponse écrite ; Le bureau d'accueil est ouvert de 8 h 30 à 17 h 30 et assure un réel accueil des visiteurs.</p> <p>Le jour de l'admission, l'infirmière débute le recueil de données avec le résident et sa famille pour la réalisation du projet de vie personnalisé. L'équipe soignante dispose de trois semaines pour établir le projet de vie personnel. Une synthèse est effectuée par informatique avec des objectifs individualisés réévalués à trois semaines pour être réajustés. Chaque Projet Individualisé est cosigné par le directeur et le résident.</p>	Réaliser des synthèses régulières autour des projets personnalisés au cours du séjour des résidents;
---------------------	---	--

6. L'expression et la participation individuelle et collective des usagers

(Exemples d'items : Effectivité des droits individuels et collectifs et de la participation collective des usagers, prise en compte de l'expression des usagers pour améliorer l'accompagnement...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Activités individuelles et collectives	L'animatrice est titulaire d'un BPJEPS mention gérontologie, elle dispose d'une fiche de poste et est présente dans l'organigramme ; Elle est secondée d'une aide animatrice ; L'animatrice est directement placée sous la responsabilité du directeur ; Le projet d'animation est écrit, il est		Etablir un rapport d'activités annuel d'animation ; Définir un budget Animation.

	<p>décliné en programme d'actions mensuelles dont les activités sont validées en comité d'animation ;</p> <p>Chaque jeudi, l'animatrice est invitée en réunion de direction pour la validation des activités ;</p> <p>Les résidents bénéficient d'un suivi au regard des activités qui sont évaluées ;</p> <p>Les activités sont accessibles aux résidents, aux familles et aux intervenants extérieurs ;</p> <p>L'information est réalisée par affichage et des rappels sont réalisés lors des transmissions ;</p> <p>Les soignants sont sollicités pour participer à certaines animations en fonction du type d'animation et du nombre de résidents concernés ;</p> <p>De nombreux bénévoles interviennent dans l'établissement de façon régulière et ont une place reconnue institutionnellement ;</p> <p>L'association des blouses roses et celle du conseil des aînés mettent en œuvre des activités de loisirs ;</p> <p>Une association apporte son concours à la promotion de l'animation dans l'établissement, un rapport annuel est transmis au directeur, une synthèse des activités est réalisée ;</p> <p>Des abonnements aux journaux et magazines sont mis à la disposition des résidents ;</p> <p>Toutes les demandes au profit de l'animation sont financées par l'établissement ;</p> <p>Plusieurs locaux sont mis à disposition pour la réalisation des activités ;</p> <p>Les résidents ont connaissance des animations grâce aux affiches positionnées dans toutes les circulations et lieux de vie ;</p> <p>Des « galeries » photos sont mises à disposition des résidents et des familles ;</p> <p>Le journal interne, « la gazette » retrace la vie de l'établissement ;</p> <p>Certaines animations sont filmées et diffusées sur écran ;</p>	
--	--	--

	<p>Le droit à l'image est respecté, il a fait l'objet de protocoles ;</p> <p>Les ressources de la commune sont utilisées par les résidents : bus, conseil des enfants, le cinéma des aînés – salle Malraux, le salon du bien vieillir, les fêtes de fin d'année ;</p> <p>Les activités proposées répondent aux besoins et attentes des résidents ;</p> <p>Elles peuvent être individuelles (exemple : ateliers informatique, visites des bénévoles dans les chambres) et collectives ;</p> <p>L'animatrice est attentive à la participation des résidents ;</p> <p>Une variété d'activités est proposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités manuelles (activité bois, plexi, verre, carton, peinture, papier, ...) ; • Activités cognitives (jeux de société, lecture de journal..) ; • Echanges intergénérationnels : rencontres avec les enfants de la crèche, rencontres avec les enfants du collège sur des thématiques variées : « droit de l'enfant » pour l'année 2013. Un arbre de vie est en cours de réalisation avec les enfants du centre social Morier ; • Echanges inter établissements (sorties, voyages, repas à thème...) ; • Activités physiques dont l'un des objectifs est la prévention des chutes et le maintien de la motricité des résidents (aquagym, promenades,...). 	
--	---	--

7. La garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques

(Exemples d'items : Organisation de l'ESSMS pour permettre le respect de la dignité et du droit à l'intimité, prise en compte des principaux risques relatifs aux spécificités des usagers et aux conditions d'accompagnement, identifiés par l'ESSMS, dispositions mises en place, dont la formation des professionnels, pour prévenir ces risques, modes de concertation, traitement des faits de maltraitance,...).

Items (5 maximum)	Forces	Faiblesses	Propositions/préconisations formulées par l'évaluateur externe
Droits individuels	<p>Chaque résident peut disposer d'une ligne téléphonique et de sa clef de logement ;</p> <p>Les résidents peuvent aller et venir à l'extérieur en informant le personnel ;</p> <p>Le courrier est remis tous les jours sauf le samedi par un agent de l'établissement ;</p> <p>Les résidents qui le souhaitent sont accompagnés pour aller voter ;</p> <p>Les résidents peuvent recevoir leur famille et leurs amis pour déjeuner à condition de prévenir ;</p> <p>Les horaires de visite sont souples ;</p> <p>Les plaintes et les réclamations sont réalisées par le biais des feuilles d'événements indésirables ; une réponse est apportée lors d'un entretien ou par écrit. Les fiches d'évènements indésirables sont disponibles sur le site internet et à l'accueil ;</p> <p>L'utilisateur est informé de ses droits ;</p> <p>La charte des droits et libertés est affichée.</p>		<p>Mettre en place une régie d'avances et de recettes ;</p> <p>Sécuriser les dépôts de valeurs et objets de valeur</p>
Gestion des risques	<p>Les dysfonctionnements déclarés par le biais des fiches d'évènements indésirables sont recensés et traités lors des réunions de direction ;</p> <p>Les FEI sont enregistrées et stockées informatiquement en vue de l'élaboration de statistiques (répartition par classes) ;</p> <p>Le DARI a été finalisé en décembre 2012 et réévalué en 2013 ;</p> <p>Le manuel RABC est présent depuis mars 2011. Le Manuel HACCP est également en place ;</p> <p>L'établissement a reçu un avis favorable de la commission de sécurité en juin 2010 ;</p> <p>Tous les contrats de maintenance sont présents (chaufferie, sécurité incendie, désenfumage, ascenseurs.....) ainsi que les rapports des organismes de contrôle réalisés en janvier 2013 (installations</p>		<p>Mettre à disposition des résidents et des familles un registre des plaintes et réclamations ;</p> <p>Formaliser la veille réglementaire ;</p> <p>Formaliser les modalités de déclaration des évènements indésirables liés aux vigilances sanitaires ;</p> <p>Réaliser une procédure relative à la protection des personnes contre les risques d'intrusion.</p>

	<p>électriques, installations de chauffage, groupe électrogène, climatisation, extincteurs) ;</p> <p>Le diagnostic de performance énergétique est affiché à l'entrée de l'établissement ;</p> <p>Une information est présente dans le livret d'accueil du personnel concernant le risque incendie, des consignes sont écrites et les formations sont réalisées ;</p> <p>Les contrats d'assurance sont à jour (responsabilité civile et statutaire, dommages aux biens).</p> <p>L'ensemble du personnel a reçu une formation à la bienveillance, un livret « bienveillance et citoyenneté » est remis à chaque professionnel et le livret d'accueil en fait état ;</p> <p>Le plan canicule est écrit, le plan de gestion de crise et de continuité d'activité est réalisé et présent dans la valise de garde ;</p> <p>L'astreinte administrative est organisée ;</p> <p>Un groupe électrogène est installé ;</p> <p>Le carnet sanitaire est à disposition ;</p> <p>Les modes opératoires relatifs au risque infectieux (locaux, précautions standard et complémentaires, GEA, IRA avec toux), sont écrits.</p> <p>Une information concernant les vigilances sanitaires est retrouvée dans le règlement de fonctionnement ;</p> <p>Une société extérieure (PAREDES) assure des visites de suivi de la qualité ;</p> <p>Le document de prévention des risques professionnels a été réalisé en février 2012. Il est également alimenté par les informations recueillies dans les FEI, les actions de préventions sont précisées. Il a fait l'objet d'une présentation aux instances ;</p> <p>Le bilan social et le projet social sont réalisés ;</p> <p>Un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) a été réalisé (achat de matériel ergonomique et formations aux risques liés à la manutention) ;</p>	
--	---	--

	Le Médecin du travail intervient tous les 15 jours. Il participe à l'aménagement des postes de travail ainsi qu'au CHSCT ; Le CHSCT s'est réuni 4 fois en 2012.	
--	--	--

8. Appréciation globale de l'évaluateur externe

<p>L'établissement a mis en œuvre une véritable politique de bienveillance et de respect des droits des résidents ;</p> <p>Une véritable dynamique est en œuvre pour répondre au mieux aux besoins des résidents et respecter leurs droits ;</p> <p>Des efforts permettent d'offrir une convivialité malgré les locaux inadaptés ;</p> <p>Le projet architectural prend en compte les besoins des résidents ;</p> <p>Nous avons rencontré une équipe de professionnels disponible, ouverte à nos questionnements. Nous avons pu ressentir une atmosphère conviviale, appréciée par les résidents. L'équipe de la Maison de Retraite Debrou obtient une évaluation qui atteste d'un très bon niveau de qualité.</p> <p>Le nombre des FORCES est de 35 dont 19 A et 16 B. Les défis, uniquement de type C sont au nombre de 7.</p>
--

9. Méthodologie de l'évaluation externe

(Exemples d'items : descriptif des outils utilisés pour conduire et mettre en œuvre la démarche, modalités d'implication des équipes (Direction et personnels), modalités d'association des usagers, nombre d'entretiens conduits, nombre de jours pour conduire l'évaluation externe, dates de début et de fin de mission ...)

Items <i>(5 maximum)</i>	
La Méthodologie	<p>EVA est une méthode d'évaluation externe des établissements et services pour personnes âgées dépendantes. Le 1er référentiel EVA a été créé, début 2000, par des professionnels français du secteur (Directeurs, médecins gériatres et coordonnateurs, cadres de santé, IDE...) à partir des items du référentiel d'autoévaluation Angélique et d'un référentiel canadien, le PASS3, utilisé durant de nombreuses années sur le secteur du handicap.</p> <p>Une 2ème version du référentiel est sortie début 2011.</p> <p>La méthodologie EVA repose sur les aspects développés dans l'annexe 1 du décret du 26 avril 1999, l'article 15 de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le décret du 15 mai 2007 et les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.</p> <p>Elle permet de porter une appréciation globale de la qualité de l'établissement ou service évalué et de proposer des points d'amélioration, en lien avec les résultats de l'auto-évaluation, les objectifs du projet</p>

<p>Le Référentiel</p>	<p>d'établissement/service, et la convention tripartite.</p> <p>La méthode d'évaluation externe EVA se place délibérément du point de vue du résident et repose sur une philosophie humaniste assumée, adossée à un certain nombre de points fondamentaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La place centrale donnée à la dignité de la personne âgée ; - La mise en évidence de l'importance des capacités toujours existantes de chaque être humain ; - La lutte contre les stéréotypes et l'image trop souvent dévalorisante des personnes âgées qui circule dans la société ; - Le souci de conserver un esprit critique sur les pratiques et les attitudes des professionnels, avec la finalité de mettre en oeuvre la bienveillance ; - La volonté de répondre, dans la prise en soin de la personne âgée, à l'ensemble des besoins de l'être humain. <p>Le référentiel EVA 2 comprend 7 grands chapitres, soit 40 items (pour 42 cotations) au total. Chaque item correspond à une définition qui figure dans le manuel d'évaluation. La définition du manuel aboutit à fixer 4 niveaux pour chacun des items : A, B, C ou D. A et B étant des « forces », C et D des « défis ».</p> <p>Les évaluateurs en possession des relevés de faits apprécient le niveau de cotation par rapport aux définitions du manuel d'évaluation.</p> <p>Afin d'objectiver les appréciations, le niveau de cotation est effectué collectivement par les évaluateurs. Un niveau de cotation ne peut être effectué que par consensus des évaluateurs en argumentant au vu des seuls faits observés et classés.</p> <p>Lorsque les rubriques ont été analysées, les forces et défis apparaissent classés par catégories : environnement, soins ... Ces forces et défis étayés de faits, contiennent tous une partie d'aspects positifs et de faits négatifs qui seront restitués.</p> <p>Enfin, les évaluateurs s'interrogent sur les objectifs que l'établissement s'est fixé et ils apprécient les écarts avec le fonctionnement réel de l'établissement.</p> <p>Pour garantir la validité de ces évaluations, seules sont autorisées à les réaliser avec cet outil, les personnes formées par des formateurs expérimentés, et agréées par le CNEH (organisme habilité par l'ANESM), ou en cours d'agrément (statut d'évaluateur apprenti).</p>
<p>La pré- visite</p>	<p>Organisation d'une Pré-visite pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - informer le responsable de l'établissement, l'encadrement et le personnel sur l'évaluation et ses objectifs ; - régler les dernières questions d'ordre organisationnel ; - présenter l'équipe d'évaluateurs, leur profession et leur lieu d'exercice. Le responsable de l'établissement a un droit de récusation d'un ou plusieurs évaluateurs ; - présenter le déroulé d'une évaluation externe (soit l'ensemble des trois journées) ; - organiser le planning de visite et des rendez-vous à fixer (liste jointe) ;

L'Evaluation sur site	<ul style="list-style-type: none"> - visiter rapidement l'établissement ; - demander les documents à envoyer préalablement à l'évaluation et ceux à consulter sur place (liste jointe). <p>L'évaluation sur site</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretiens internes et externes ; - Observations sur site pendant 24 heures ; - Analyse documentaire ; - Cotation collective et définition des forces et des défis de la structure ; - Elaboration de la stratégie de développement : <ul style="list-style-type: none"> o Non conformités o Préconisations
La restitution orale	<p>Restitution orale « à chaud » d'abord au responsable de l'établissement (sur les grandes lignes) puis à l'équipe toute entière.</p>
Le rapport final	<p>Le rapport final</p> <p>Il est envoyé par le CNEH - GERONTEVAL au responsable de l'établissement.</p> <p>Celui-ci aura un délai de 15 jours afin de faire part de ses demandes de modification. Le rapport définitif parviendra à l'établissement dans les 15 jours suivants.</p>

10. Commentaires de l'ESSMS sur l'évaluation externe

<i>Commentaires de l'ESSMS</i>	
<i>Sur le déroulement de l'évaluation externe</i>	<i>Sur les conclusions de l'évaluation externe</i>

ANNEXE 8

Sans objet

ANNEXE 9

Fiches actions

DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Axe 1

Expression et participation individuelle et collective des résidents

Points Forts

Axes d'Améliorations

<i>A remplir par l'établissement</i>	<i>A remplir par l'établissement</i>
Outils de la loi 2002-2	Outils de la loi 2002-2
<p>Le Livret d'Accueil du Résident ainsi que le Livret d'Accueil des Familles et des Proches sont élaborés et ont été mis à jour en 2017. Ils apportent les principales informations nécessaires avant l'entrée, lors de l'entrée et pendant le séjour du résident et de son proche.</p> <p>Le Règlement de fonctionnement est élaboré et mis à jour.</p> <p>Le Contrat de séjour est élaboré et mis à jour.</p> <p>L'ensemble de ces documents est remis par la chargé de clientèle au résident et/ou à son représentant légal lors du rendez-vous d'admission. Ces documents sont également consultables et téléchargeables sur le site internet de la Résidence DEBROU : www.debrou.fr</p> <p>Le Contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont systématiquement signés par le résident (ou par son représentant légal) et par le Directeur de la Résidence DEBROU. Ces signatures conditionnent l'entrée. Le Contrat de séjour et le règlement de fonctionnement sont classés dans le dossier administratif du résident. Une copie couleur de ces deux documents est remise au résident ou à son représentant légal.</p> <p>Les tarifs en vigueur au sein de la Résidence DEBROU figurent dans le Contrat de séjour (annexe 7) et sont également affichés dans l'établissement.</p> <p>Les prestations offertes par la Résidence DEBROU figurent dans le Règlement de fonctionnement, dans le Livret d'accueil du Résident et dans le Livret d'accueil des Familles et des Proches, et sont également affichées dans l'établissement.</p> <p>A son entrée, il est remis dans le logement du résident un présent de bienvenue ainsi qu'une plaquette présentant les différents interlocuteurs référents (réfèrent institutionnel, cadres de santé paramédicaux, psychologues, etc.). Cette plaquette est destinée au résident ainsi qu'à sa famille et à ses proches.</p> <p>Avant son entrée, le résident doit signer un formulaire de recueil de consentement remis après la visite.</p>	<p>Les familles ne sont pas clairement informées par les supports papiers actuels du fonctionnement de l'établissement.</p> <p>La démarche de recherche de consentement du résident n'est pas formalisée au sein d'un mode opératoire spécifique.</p> <p>Les livrets d'accueil à destination des résidents, de leur familles et de leurs proches ne sont pas actualisés à la date de ce jour.</p>
Projet personnalisé	Projet personnalisé
<p>Le document concernant le recueil de l'histoire et des habitudes de vie du résident est remis le jour de la visite du logement.</p> <p>Le recueil de données de vie est réalisé à l'entrée. Il sert à l'élaboration du projet de vie et de soins individualisé.</p> <p>Une synthèse de ce projet de vie personnalisé est réalisée à distance de l'entrée.</p> <p>Les Projets de Vie Personnalisés sont mis en œuvre depuis avril 2012. Ils sont toujours élaborés avec le résident et ses proches. Un tableau de suivi des Projets de Vie est élaboré. L'ensemble des outils est évalué (recueil de données, mode opératoire).</p> <p>Ce Projet de Vie Personnalisé est réactualisé tous les ans.</p> <p>100% des recueils de données de vie ont été remis aux résidents.</p> <p>Un mode opératoire "Accueil et élaboration du projet de vie" a pour but de définir les modalités d'accueil du résident et le suivi de son projet de vie.</p> <p>Chaque résident bénéficie d'un dossier de soins individuel qui regroupe l'ensemble des informations médicales, soignantes et sociales le concernant (identification du médecin traitant, antécédants médicaux, allergies et contre-indications, évaluation globale, dépendance, traitements mis en œuvre, etc.)</p> <p>Chaque résident, ainsi que sa famille, dispose d'un référent institutionnel dédié tout au long de son séjour. Le référent institutionnel est un agent de proximité (AS ou ASHQ).</p> <p>Une fiche de poste "réfèrent institutionnel" définit la fonction de référent institutionnel et son mode de désignation.</p>	<p>Certains résidents ne disposent pas encore de Projet de Vie Personnalisé.</p> <p>Certains Projets de Vie Personnalisés ne sont pas encore réactualisés.</p> <p>Les recueils de données de vie de certains résidents ne sont pas renseignés.</p> <p>Les outils de pilotage des Projets de Vie Personnalisés sont perfectibles.</p>
Projet de soins	Projet de soins
<p>Une enquête de satisfaction des résidents et/ou des familles a été réalisée en 2009, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2019. Les résultats de cette enquête sont présentés en Conseil de la Vie Sociale et sont disponibles sur le site internet www.debrou.fr.</p> <p>Le souhait des résidents quant au placement en salle de restaurant est pris en compte dans la mesure du possible. Le choix de la place en salle de restaurant est avant tout discuté en concertation avec le résident, sa famille, et les équipes de soins. Le service des repas se fait dans le logement du résident lorsque son état de santé le nécessite.</p> <p>La Commission des Menus se réunit au minimum quatre fois par an. Chaque restaurant de la Résidence DEBROU est représenté par un ou plusieurs résidents, qui s'expriment notamment sur la qualité et la quantité des repas proposés. Des fiches de satisfaction relatives à la qualité de la restauration sont mises à disposition des familles et traitées quotidiennement par le directeur.</p>	

Directives anticipées et personne de confiance	Directives anticipées et personne de confiance
<p>Les directives anticipées sont abordées systématiquement lors de l'admission et sont notées dans le dossier de soins informatisé du résident. Ces directives sont strictement respectées.</p> <p>Le formulaire de désignation de la personne de confiance figure au sein du Contrat de Séjour (Annexe n°4 du contrat de séjour). Chaque fois que possible, le résident désigne une personne de confiance lors de son entrée dans l'établissement.</p> <p>Le résident peut faire part, à son entrée au sein de la Résidence DEBROU, de son choix concernant l'opérateur funéraire. L'annexe 18 du Contrat de séjour offre au résident la possibilité de faire part de la conduite à tenir en cas de décès selon un formulaire préétabli. Ce document est versé au dossier de soins. Les équipes soignantes sont formées et sensibilisées au respect des souhaits des résidents et de sa famille quant à la conduite à tenir en cas de décès.</p> <p>Les coordonnées de la personne de confiance sont mises à jour au sein du dossier informatique du résident par le bureau d'accueil. En absence de personne de confiance, il est convenu avec les proches qu'une personne sera prévenue en priorité.</p> <p>La possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance est évoquée au résident lors du rendez-vous administratif, et figure également dans les Livrets d'accueil à destination du résident, de sa famille et de ses proches.</p> <p>La procédure préalable prenant en compte l'avis du résident en ce qui concerne les sorties temporaires et les hospitalisations est inscrite dans le dossier de soins individualisé du résident.</p> <p>Les directives anticipées, l'avis de la personne de confiance et les conduites définies comme "à suivre impérativement" sont pris en compte.</p>	<p>Il est difficile d'obtenir des directives anticipées au regard des déficits cognitifs des résidents accueillis.</p> <p>La recherche et le respect des souhaits de disposition mortuaire sont réalisés dans la mesure du possible.</p>
Projet d'animation	Projet d'animation
<p>Le projet d'animation est présenté et validé aux instances de la Résidence DEBROU. Il est élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire auquel participent des représentants des résidents et des familles.</p> <p>L'animatrice évalue les animations en adéquation avec les besoins et souhaits des résidents et, de ce fait, peut être amenée à réajuster les propositions d'animation.</p> <p>Selon le souhait des résidents, les activités peuvent être individuelles.</p> <p>Les résidents sont libres de participer ou non aux activités.</p> <p>Les animatrices sont attentives à la participation des résidents aux animations.</p> <p>La Résidence DEBROU organise la participation des résidents aux élections civiles.</p> <p>Des échanges intergénérationnels sont organisés : rencontres avec les enfants des écoles, des collèves et des centres aérés de la ville de Joué-lès-Tours, associations extérieures.</p>	<p>L'animation développée ne s'adresse pas à l'ensemble des résidents (grande dépendance).</p> <p>La programmation des activités n'est pas toujours remise aux résidents.</p>
Projet d'établissement	Projet d'établissement
<p>Le projet d'établissement 2016-2021 a été validé par les différentes instances de l'établissement. Il en sera de même pour le projet d'établissement 2021-2025. Des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués en vue de son élaboration. L'évaluation interne est réalisée en partenariat et conjointement avec les représentants du CVS et du personnel. L'évolution du projet institutionnel est déterminée en concertation avec les instances, sur la base des rapports élaborés par les responsables de service.</p> <p>Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au minimum quatre fois par an, en présence de toute personne souhaitant y participer. Tous les résidents et toutes les familles y sont conviés. A cette occasion, les résidents, leurs familles et leurs proches ont toute latitude pour exprimer leur avis. Tous les deux mois, les membres du CVS accueillent les proches des nouveaux résidents afin de faciliter leur intégration au sein de la Résidence DEBROU.</p> <p>Le Conseil de la Vie Sociale est présidé par un résident. Le Vice-Président est un représentant des familles. Tous les résidents et toutes les familles sont conviés à participer au CVS. Les représentants du CVS occupent entièrement leurs fonctions d'élu, de soutien et d'information au sein de la Résidence DEBROU. Des réunions pré-CVS sont organisées systématiquement.</p> <p>Les résidents et leurs familles/proches peuvent remplir des feuilles d'évènement indésirable (FEI). Ces feuilles sont transmises à la Direction qui propose ou valide les solutions à mettre en place. Les FEI intègrent le registre des plaintes et réclamations. Une réponse personnalisée écrite est systématiquement apportée au réclamant ou auteur du courrier.</p> <p>La synthèse de l'ensemble des évènements indésirables est présentée annuellement devant les instances.</p> <p>Pour apporter une réponse personnalisée aux sollicitations, questions ou demandes des résidents et de leurs familles/proches, des réunions des familles sont organisées une fois par an et par unité de vie, soit 6 réunions par an.</p> <p>Chaque famille et chaque résident peut inscrire directement ses satisfactions ou réclamations sur le site internet www.debrou.fr.</p> <p>Une enquête de satisfaction est réalisée annuellement auprès des résidents et/ou de leur famille.</p>	

<u>N° d'objectif</u>	<u>Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS</u>	<u>Objectifs généraux du Conseil Départemental</u>
1.1	Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	Maintien et maîtrise du prix de journée
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>
Contrat de séjour mis à jour avec l'annexe relative aux dispositions prises pour assurer l'intégrité et la sécurité des résidents		
Documents réglementaires présents sur le site internet facilitant l'information des familles		
Démarches multiples pour permettre l'expression des résidents et des familles		
Projet d'établissement rédigé pour la période 2021-2025 listant les actions à mettre en place. Le manque de contextualisation est contrebalancé par sa déclinaison dans les différents supports et temps de réunions mis en place (fiches de poste, livret d'accueil des agents, réunions de direction dans les services...) permettant ainsi son appropriation.		
Des animations proposées le week-end (objectif CTP réalisé)		

Pistes Actions / Thèmes des Fiches Actions

Date début	N° de Fiche	Thèmes	Actions	Date échéance
	1.1	Projet personnalisé	1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement	
	1.2	Projet personnalisé	1.2 - Accueillir chaque résident dans le respect de ses droits et de sa liberté	
	1.3	Projet personnalisé	1.3 - Favoriser la vie sociale et la citoyenneté des résidents	
	1.4	Projet personnalisé	1.4 - Proposer une prestation hôtellerie-restauration « sur-mesure » respectueuse des souhaits, goûts et spécificités des résidents	
	1.5	Projet personnalisé	1.5 - Accroître les espaces d'expression et d'information des familles et des proches des résidents	
	1.6	Outils de la Loi 2002-2	1.6 - Garantir aux résidents l'effectivité de leurs droits et libertés	
	1.7	Projet de soins	1.7 - Adapter continuellement l'animation aux besoins individuels et aux souhaits des résidents	
	1.8	Projet d'animation	1.8 - Optimiser la communication des informations relatives à l'animation auprès des résidents	

Fiche Action N°1 .1

Axe 1

1-1 Généraliser le projet personnalisé d'accompagnement

Personne Référente :	Cadre Supérieur de Santé Paramédical	Date de création	02/03/2020
	Projet personnalisé		

Constat du diagnostic	<p>Les Projets de Vie sont mis en œuvre depuis avril 2012. Ils sont toujours élaborés par le résident et ses proches. 100% des recueils de données de vie sont remis aux résidents. Un mode opératoire "Accueil et élaboration du projet de vie" a pour but de définir les modalités d'accueil du résident et le suivi de son projet de vie. Chaque résident bénéficie d'un dossier de soins individuel qui regroupe l'ensemble des informations médicales le concernant. Chaque résident, ainsi que sa famille et ses proches, bénéficie d'un référent institutionnel dédié tout au long du séjour. Le référent institutionnel est un agent de proximité (AS ou ASHQ). Une fiche de poste "référent institutionnel" définit la fonction de référent institutionnel ainsi que son mode de désignation.</p> <p>Certains résidents ne disposent pas encore de Projet de Vie.</p> <p>Certains Projets de Vie ne sont pas encore réactualisés.</p> <p>Les recueils de données de vie de certains résidents ne sont pas renseignés.</p> <p>Les outils de pilotage des Projets de Vie sont perfectibles.</p>							
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer et réactualiser les Projets de Vie individualisés pour l'ensemble des résidents entrés dans la Résidence DEBROU avec la participation des résidents et/ou leurs familles, le faire signer à chaque résident qui en a la capacité, et pour les autres, solliciter la famille : chaque résident doit bénéficier d'un projet d'accompagnement personnalisé, connu des professionnels l'accompagnant. - Informatiser totalement le dossier de soins et de vie du résident. - Actualiser les outils pour renforcer l'infirmier dans son rôle de pilotage du Projet de Vie personnalisé : élaboration et mise en œuvre opérationnelle pluridisciplinaire du Projet de Vie après l'entrée sous le pilotage d'un(e) infirmier/ère dédié(e) pour tous les résidents. - Actualiser le tableau de suivi des Projets de Vie réalisés pour chaque unité de vie de la Résidence DEBROU. - Actualiser la liste des référents institutionnels en fonction des mouvements du personnel. - Réaliser et diffuser un film mettant en avant le dispositif du « Référent institutionnel » au sein de la Résidence DEBROU. 							
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadres de Santé Infirmiers/Infirmières Responsable Admissions</p>							
Moyens nécessaires	Ressources internes : Temps de préparation + Temps d'information + Temps de formation							
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident Taux de révision ou d'actualisation des PAP Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure) Taux de résidents ayant leurs directives anticipées</p>							
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021		Date de fin :		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
	Taux de signature et nombre de PAP signés par le résident		100%	142	100%		100%	
	Taux de révision ou d'actualisation des PAP		100%		100%		100%	
	Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement (existence d'une procédure)		Oui					
	Nombre d'infirmiers référents du projet de vie et de soins des résidents		6					
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Désigner des infirmiers/infirmières référents pour assurer la réalisation et le suivi des PAP Recommandation HAS relative au projet d'accompagnement individualisé</p>							
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint							

Fiche Action N°1.2			
Axe 1 : expression et participation individuelle et collective des résidents			
1.2 - Accueillir chaque résident dans le respect de ses droits et de sa liberté			
Personne Référente :	Directeur	Date de création	02/03/2020
	Projet personnalisé		

Constat du diagnostic	<p>Le document concernant le recueil de l'histoire et des habitudes de vie du résident est remis le jour de la visite du logement. Le recueil de données de vie est réalisé à l'entrée du résident. Il sert à l'élaboration du projet de vie et de soins individualisés. Une synthèse de ce projet de vie est réalisée à distance de l'entrée.</p> <p>Un mode opératoire "Accueil et élaboration du projet de vie" a pour but de définir les modalités d'accueil du résident et le suivi de son projet de vie.</p> <p>Chaque résident ainsi que sa famille bénéficie d'un référent institutionnel dédié tout au long de son séjour. Le référent institutionnel est un agent de proximité (AS ou ASHQ).</p> <p>Le Livret d'Accueil du Résident ainsi que le Livret d'Accueil des Familles et des Proches ont été mis à jour en 2017. Ils apportent les principales informations nécessaires avant l'entrée, lors de l'entrée et pendant le séjour du résident. Le Règlement de fonctionnement et le Contrat de séjour sont élaborés et mis à jour. L'ensemble de ces documents est remis au résident et/ou à son représentant légal lors du rendez-vous d'admissions.</p> <p>A son entrée, il est remis dans le logement du résident un présent de bienvenue ainsi qu'une plaquette présentant les différents interlocuteurs référents (réfèrent institutionnel, cadres de santé paramédicaux, psychologues, etc.). Cette plaquette est destinée au résident ainsi qu'à sa famille et à ses proches.</p> <p>Avant son entrée, le résident doit signer un formulaire de recueil de consentement remis après la visite.</p> <p>Les familles ne sont pas clairement informées par les supports papiers actuels du fonctionnement de l'établissement.</p> <p>La démarche de consentement du résident n'est pas formalisée au sein d'un mode opératoire spécifique.</p> <p>Les Livrets d'Accueil à destination des résidents, des familles et des proches ne sont pas à jour.</p>																								
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la politique de recherche systématique du consentement du résident à son entrée au sein de la Résidence DEBROU - Optimiser et pérenniser le dispositif du Réfèrent Institutionnel - Poursuivre la mise en œuvre des pré-visites pour toute demande d'admission-relevant a priori de l'unité protégée de la Résidence DEBROU (journée d'accueil avec repas offert) - Étudier la possibilité d'organiser des visites virtuelles pour les personnes ne pouvant se déplacer facilitant l'entrée en EHPAD (cf constat : +50% des résidents admis en provenance d'un hôpital/clinique) - Réactualiser en tant que de besoin le Contrat de Séjour et ses annexes, notamment au regard des évolutions de la réglementation - Renforcer le suivi du dossier administratif du résident tout au long de son séjour (tableaux de suivi, lettres d'information et de relance) - Poursuivre l'organisation du travail établie quant au dossier individuel du résident - Déterminer si l'assureur de la Résidence DEBROU peut proposer un contrat-type individuel ou collectif de responsabilité civile aux résidents, dans le respect de leur liberté contractuelle. - Mettre à jour et actualiser le Livret d'Accueil du Résident 																								
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction Médecin coordonnateur Cadre Supérieur de Santé Cadres de Santé Paramédicaux Responsable Admissions Responsable Finances Responsable Accueil Responsable Communication</p>																								
Moyens nécessaires	Ressources internes : temps de réunion, temps d'information, temps de rédaction																								
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Existence d'un formulaire de consentement à l'entrée en EHPAD</p> <p>Liste des référents institutionnels</p> <p>Actualisation du Contrat de Séjour</p> <p>Actualisation du Livret d'accueil à destination du résident</p>																								
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Date de début :</td> <td style="width: 25%;">01/01/2021</td> <td style="width: 25%;">Date de fin :</td> <td style="width: 20%;">31/12/2025</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Objectif Indicateur de suivi</td> <td style="text-align: center;">Situation Actuelle</td> <td style="text-align: center;">Mi-parcours</td> <td style="text-align: center;">Fin d'Action</td> </tr> <tr> <td>Existence d'un formulaire de consentement à l'entrée en</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Liste des référents institutionnels</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Actualisation du Contrat de séjour</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Actualisation du Livret d'accueil à destination du</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Date de début :	01/01/2021	Date de fin :	31/12/2025	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action	Existence d'un formulaire de consentement à l'entrée en	Oui			Liste des référents institutionnels	Oui			Actualisation du Contrat de séjour	Oui			Actualisation du Livret d'accueil à destination du	Oui		
Date de début :	01/01/2021	Date de fin :	31/12/2025																						
Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action																						
Existence d'un formulaire de consentement à l'entrée en	Oui																								
Liste des référents institutionnels	Oui																								
Actualisation du Contrat de séjour	Oui																								
Actualisation du Livret d'accueil à destination du	Oui																								
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Promouvoir la communication à l'endroit des résidents</p> <p>Promouvoir et maintenir les organisations actuelles</p> <p>Faire preuve de vigilance quant à l'actualisation du dossier des résidents</p>																								
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint																								

Fiche Action N°1.3			
Axe 1 : expression et participation individuelle et collective des résidents			
1.3 - Favoriser la vie sociale et la citoyenneté des résidents			
Personne Référente :	Animatrice	Date de création	02/03/2020
	Projet personnalisé		

Constat du diagnostic	<p>Une enquête de satisfaction des résidents et/ou de leur famille a été réalisée en 2009, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2019. Les résultats de cette enquête sont présentés en Conseil de la Vie Sociale et sont disponibles sur le site internet www.debrou.fr. Chaque année, le Directeur invite l'ensemble des proches et familles à venir s'exprimer sur le niveau de prestation offerte par la Résidence DEBROU à leur proche.</p> <p>La Commission des Menus se réunit au minimum quatre fois par an. Chaque restaurant de la Résidence DEBROU est représenté au sein de la Commission des Menus par un ou plusieurs résidents qui s'expriment notamment sur la qualité et la quantité des repas proposés. Des fiches de satisfaction relatives à la qualité de la restauration sont mises à disposition des résidents et des familles et traitées quotidiennement par le Directeur.</p> <p>Le projet d'animation est présenté et validé aux instances. Il est élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire auquel participent des représentants des résidents et des familles. L'animatrice évalue les animations en adéquation avec les besoins et souhaits des résidents et, de ce fait, peut être amenée à réajuster les propositions d'animation.</p> <p>La Résidence DEBROU organise la participation des résidents aux élections civiles. Des échanges intergénérationnels sont organisés : rencontres avec les enfants des écoles, des collèges et des centres aérés de la ville de Joué-lès-Tours, associations extérieures, etc.</p> <p>L'animation développée ne s'adresse pas à l'ensemble des résidents (grande dépendance).</p> <p>La programmation des activités n'est pas toujours remise aux résidents.</p>							
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer et promouvoir l'intervention de personnes extérieures au sein de la Résidence DEBROU - Cultiver les liens intergénérationnels - Poursuivre l'organisation de la participation des résidents aux élections - Encourager les familles et les proches à participer davantage à la vie de la Résidence DEBROU - Valoriser la participation des résidents dans les activités auprès de leur famille et de leurs proches 							
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction Service Animation Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadres de Santé Paramédicaux</p>							
Moyens nécessaires	Ressources internes : Temps de préparation + Temps de réunion + Temps d'information							
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Conclusion d'une convention avec au moins une association intervenant au sein de la Résidence DEBROU</p> <p>Organisation du pique-nique annuel</p> <p>Participation des résidents aux élections de 2020 et 2022</p> <p>Nombre de notes d'information à destination des familles et des proches / an</p>							
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2021				Date de fin : 31/12/2025			
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
	Conclusion d'une convention avec au moins une association intervenant au sein de la Résidence DEBROU		Oui					
	Participation des résidents aux élections		Oui					
	Nombre de notes d'information à destination des familles et des proches / an		30					
	Nombre de Comité Animation réalisés chaque année		28					
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Promouvoir les liens intergénérationnels en poursuivant la mise en œuvre de rencontres intergénérationnelles, les interventions associatives et de bénévoles au sein de la Résidence DEBROU</p> <p>Promouvoir et faire évoluer l'animation au regard de la population accueillie</p> <p>Disposer d'une communication efficace à l'endroit des familles et des proches des résidents</p>							
Commentaires sur le Constat de résultat								

Fiche Action N°1.4			
Axe 1 : expression et participation individuelle et collective des résidents			
1.4 - Proposer une prestation hôtellerie-restauration « sur-mesure » respectueuse des souhaits, goûts et spécificités des résidents			
Personne Référente :	Directeur Adjoint	Date de création	02/03/2020
Constat du diagnostic	Projet personnalisé		
	<p>Une enquête de satisfaction des résidents et/ou des familles a été réalisée en 2009, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2019. Les résultats de cette enquête sont présentés en Conseil de la Vie Sociale et sont disponibles sur le site internet www.debrou.fr. Chaque année, le Directeur invite l'ensemble des proches et familles à venir s'exprimer sur le niveau de prestation offerte par la Résidence DEBROU à leur proche.</p> <p>Le souhait des résidents quant au placement en salle de restaurant est pris en compte dans la mesure du possible. Le choix de la place en salle de restaurant est avant tout discuté en concertation avec le résident, sa famille, et les équipes de soins. Le service des repas se fait dans le logement du résident lorsque son état de santé le nécessite.</p> <p>La Commission des Menus se réunit au minimum quatre fois par an. Chaque restaurant de la Résidence DEBROU est représenté au sein de la Commission des Menus par un ou plusieurs résidents, qui s'expriment notamment sur la qualité et la quantité des repas proposés. Des fiches de satisfaction relatives à la qualité de la restauration sont mises à disposition des résidents et des familles et traitées quotidiennement par le directeur.</p>		

Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la sensibilisation des agents de la Résidence DEBROU à la possibilité de proposer un menu de substitution aux résidents - Développer le « manger main » au sein de la Résidence DEBROU - Poursuivre la politique d'achat de couverts ergonomiques à destination des résidents - Améliorer la mise en forme et la présentation des menus journaliers affichés dans les restaurants des unités de vie - Être vigilant quant au libre choix de la place des résidents en salle de restaurant 			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadres de Santé Paramédicaux Responsable Restauration Diététicienne Responsable Communication			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de formation + Temps de réunion + Temps d'information			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Nombre de Commissions des Menus réalisées / an			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :	
	01/01/2021		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de Commissions des Menus réalisées / an	4		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Vigilance quant au placement des résidents en salle de restaurant et au service des repas Promotion des pratiques liées aux arts de la table Strict respect de la démarche HACCP			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°1.5 Axe 1 : expression et participation individuelle et collective des résidents 1.5 - Accroître les espaces d'expression et d'information des familles et des proches des résidents			
Personne Référente :	Directeur	Date de création	04/03/2020
Constat du diagnostic	Projet personnalisé		
	<p>Une enquête de satisfaction des résidents et/ou des familles a été réalisée en 2009, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2019. Les résultats de cette enquête sont présentés en Conseil de la Vie Sociale et sont disponibles sur le site internet www.debrou.fr. Chaque année, le Directeur invite l'ensemble des proches et familles à venir s'exprimer sur le niveau de prestation offerte par la Résidence DEBROU à leur proche.</p> <p>Les résidents et leurs familles/proches peuvent remplir des feuilles d'évènement indésirable (FEI). Ces feuilles sont transmises à la Direction qui propose ou valide les solutions à mettre en place. Les FEI intègrent le registre des plaintes et réclamations. Une réponse personnalisée écrite est systématiquement apportée au réclamant ou auteur du courrier. La synthèse de l'ensemble des évènements indésirables est présentée annuellement devant les instances.</p> <p>Pour apporter une réponse personnalisée aux sollicitations, questions ou demandes des résidents et de leurs familles/proches, des réunions des familles sont organisées une fois par an et par unité de vie, soit 6 réunions par an. Chaque famille et chaque résident peut inscrire directement ses satisfactions ou réclamations sur le site internet www.debrou.fr. Une enquête de satisfaction est réalisée annuellement auprès des résidents et/ou de leur famille.</p> <p>Le souhait des résidents quant au placement en salle de restaurant est pris en compte dans la mesure du possible. Le choix de la place en salle de restaurant est avant tout discuté en concertation avec le résident, sa famille, et les équipes de soins. Le service des repas se fait dans le logement du résident lorsque son état de santé le nécessite.</p> <p>La Commission des Menus se réunit au minimum quatre fois par an. Chaque restaurant de la Résidence DEBROU est représenté au sein de la Commission des Menus par un ou plusieurs résidents, qui s'expriment notamment sur la qualité et la quantité des repas proposés. Des fiches de satisfaction relatives à la qualité de la restauration sont mises à disposition des familles et traitées quotidiennement par le directeur.</p> <p>Le Conseil de la Vie Sociale se réunit au minimum quatre fois par an, en présence de toute personne souhaitant y participer. Tous les résidents et toutes les familles y sont conviés. A cette occasion, les résidents, leurs familles et leurs proches ont toute latitude pour exprimer leur avis. Tous les deux mois, les membres du CVS accueillent les proches des nouveaux résidents afin de faciliter leur intégration au sein de la Résidence DEBROU. Le Conseil de la Vie Sociale est présidé par un résident. Le Vice-Président est un représentant des familles. Tous les résidents et toutes les familles sont conviés à participer au CVS. Les représentants du CVS occupent entièrement leurs fonctions d'élu, de soutien et d'information au sein de la Résidence DEBROU. Des réunions pré-CVS sont organisées systématiquement.</p>		
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre et développer les formations à destination des familles et des proches des résidents - Accroître le taux de participation des familles et des proches aux séances de « Formations des Aidants » - Optimiser et pérenniser le fonctionnement actuel du Conseil de la Vie Sociale - Réactualiser le Livret d'Accueil à destination des familles et des proches des résidents - Poursuivre la réalisation des enquêtes de satisfaction des familles et des proches - Poursuivre la communication interne et externe des actions d'amélioration de la qualité de la Résidence DEBROU - Poursuivre la prise en compte individualisée de chaque réclamation ou observation des familles et des proches - Poursuivre la communication des informations auprès des résidents, de leurs familles et de leurs proches - Sensibiliser les familles et les proches aux projets portés par la Résidence DEBROU 		

Identification des acteurs à mobiliser	Direction Psychologues Service Animation Responsable Communication Responsable Accueil			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps d'information + Temps de réunion			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Nombre de séances de "Formations des Familles et des Aidants" organisées chaque année Actualisation du Livret d'accueil à destination des familles et des proches des résidents Réalisation de l'enquête de satisfaction des familles Taux d'analyse des réclamations ou observations			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	
	Date de fin :		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	
			Mi-parcours	
			Fin d'Action	
	Nombre de séances de "Formations des Familles et des Aidants" organisées chaque année		9	
	Actualisation du Livret d'accueil à destination des familles et des proches des résidents		Non	
	Réalisation de l'enquête de satisfaction des familles		Oui	
Taux d'analyse des réclamations ou observations		100%		
Nombre de réunions familles organisées par an		6		
Nombre de Comités d'Animation réalisés chaque année		28		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Promouvoir l'existence des Formations des Aidants et des Familles en interne et en externe			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°1.6			
Axe 1 : expression et participation individuelle et collective des résidents			
1.6 - Garantir aux résidents l'effectivité de leurs droits et libertés			
Personne Référente :	Directeur	Date de création	02/03/2020
Constat du diagnostic	Outils de la Loi 2002-2		
	<p>Les directives anticipées sont abordées systématiquement lors de l'admission et sont notées dans le dossier de soins informatisé du résident. Ces directives sont strictement respectées.</p> <p>Le formulaire de désignation de la personne de confiance figure au sein du Contrat de Séjour (Annexe n°4 du contrat de séjour). Chaque fois que possible, le résident désigne une personne de confiance lors de son entrée dans l'établissement.</p> <p>Le résident peut faire part, à son entrée au sein de la Résidence DEBROU, de son choix concernant l'opérateur funéraire. L'annexe 18 du Contrat de séjour offre au résident la possibilité de faire part de la conduite à tenir en cas de décès selon un formulaire préétabli. Ce document est versé au dossier de soins. Les équipes soignantes sont formées et sensibilisées au respect des souhaits des résidents et de sa famille quant à la conduite à tenir en cas de décès.</p> <p>Les coordonnées de la personne de confiance sont mises à jour au sein du dossier informatique du résident par le bureau d'accueil. En absence de personne de confiance, il est convenu avec les proches qu'une personne sera prévenue en priorité.</p> <p>La possibilité de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance est évoquée au résident lors du rendez-vous administratif, et figure également dans les Livrets d'accueil à destination du résident, de sa famille et de ses proches.</p> <p>La procédure préalable prenant en compte l'avis du résident en ce qui concerne les sorties temporaires et les hospitalisations est inscrite dans le dossier de soins individualisé du résident.</p> <p>Les directives anticipées, l'avis de la personne de confiance et les conduites définies comme "à suivre impérativement" sont pris en compte. Il est difficile d'obtenir des directives anticipées au regard des déficits cognitifs des résidents accueillis.</p> <p>La recherche et le respect des souhaits de disposition mortuaire sont réalisés dans la mesure du possible.</p>		
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le processus de désignation d'une personne de confiance par le résident - Développer le nombre de résidents avec des directives anticipées - Poursuivre la sensibilisation des membres du personnel de la Résidence DEBROU aux valeurs développées dans la Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante - Poursuivre la sensibilisation des membres du personnel de la Résidence DEBROU aux droits des résidents - Donner toute latitude au Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs, Préposé(e) de la Résidence DEBROU, pour exercer ses missions sous l'autorité du Juge des Tutelles - Réactualiser en tant que de besoin le mode opératoire « Liberté d'aller et venir » 		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Médecin coordonnateur Cadre Supérieur de Santé Paramédical Responsable Admissions		
Moyens nécessaires	Ressources internes : Temps d'information + Temps de réunion		

Indicateurs d'évaluation de l'action	Pourcentage de résidents bénéficiant de directives anticipées Pourcentage de résidents disposant d'une personne de confiance Nombre de résidents sous protection du Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs de la Résidence DEBROU Nombre de personnel formé à la Bienveillance Réactualisation du mode opératoire "Liberté d'aller et venir"			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2021		Date de fin : 31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Pourcentage de résidents bénéficiant de directives anticipées	34%		
	Pourcentage de résidents disposant d'une personne de confiance	69,23%		
	Nombre de résidents sous protection du Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs de la Résidence DEBROU	1		
	Nombre de personnel formé à la Bienveillance	115		
	Existence d'un mode opératoire "Liberté d'aller et venir"	Oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Proposer systématiquement la désignation d'une personne de confiance et la réalisation de directives anticipées lors de l'admission			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°1.7				
Axe 1 : expression et participation individuelle et collective des résidents				
1.7 - Adapter continuellement l'animation aux besoins individuels et aux souhaits des résidents				
Personne Référente :	Animatrice	Date de création	04/03/2020	
Constat du diagnostic	Projet d'animation			
	<p>Le projet d'animation est présenté et validé aux instances de la Résidence DEBROU. Il est élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire auquel participent des représentants des résidents et des familles. L'animatrice évalue les animations en adéquation avec les besoins et souhaits des résidents et, de ce fait, peut être amenée à réajuster les propositions d'animation. Selon le souhait des résidents, les activités peuvent être individuelles. Les résidents sont libres de participer ou non aux activités.</p> <p>Les animatrices sont attentives à la participation des résidents aux animations. La Résidence DEBROU organise la participation des résidents aux élections civiles.</p> <p>Des échanges intergénérationnels sont organisés : rencontres avec les enfants des écoles, des collèges et des centres aérés de la ville de Joué-lès-Tours, associations extérieures.</p>			
Description de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la mise en place du groupe de travail pluridisciplinaire permettant de concourir au projet animation, en association avec les résidents, leur famille et leurs proches - Accroître la participation et l'implication des référents institutionnels dans la mise en œuvre et la programmation des animations - Identifier des agents « Référents Animation » au sein des unités de vie de la Résidence DEBROU - Pérenniser le partenariat entre la Résidence DEBROU et les professionnels délivrant des prestations esthétiques - Améliorer l'information des familles et des proches concernant l'animation Encourager les familles et les proches à participer davantage aux animations - Faire évoluer l'animation en fonction des besoins et des souhaits des résidents - Développer un projet d'animation spécifique aux résidents accueillis dans les unités protégées de la Résidence DEBROU - Développer des activités sensorielles dans les espaces Snoezelen de la Résidence DEBROU - Adapter l'utilisation des équipements thérapeutiques au rythme de vie des résidents - Poursuivre la politique de priorisation de l'art et de la culture au sein de la Résidence DEBROU - Poursuivre l'organisation du pique-nique annuel 			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Cadre Supérieur de Santé Paramédical Service Animation Psychologues			
Moyens nécessaires	Ressources internes : Temps de préparation + Temps d'information + Temps d'évaluation			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Existence d'un projet d'animation annuel Existence d'un projet d'animation à destination des unités protégées Nombre d'agents "Référents Animation" désignés au sein des unités de vie			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2021		Date de fin : 31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Existence d'un projet d'animation annuel	Oui		
	Existence d'un projet d'animation à destination des unités protégées	Non		

atteindre	Nombre d'agents "Référénts Animation" désignés au sein des unités de vie	12		
	Organisation du pique-nique annuel	Oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Poursuivre la sensibilisation des équipes soignantes des unités de vie à l'animation Poursuivre le développement de l'animation dans les unités protégées			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°1.8				
Axe 1 : expression et participation individuelle et collective des résidents				
1.8 - Optimiser la communication des informations relatives à l'animation auprès des résidents				
Personne Référente :	Animatrice		Date de création	04/03/2020
Constat du diagnostic	Projet d'animation			
	<p>Le projet d'animation est présenté et validé aux instances de la Résidence DEBROU. Il est élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire auquel participent des représentants des résidents et des familles. L'animatrice évalue les animations en adéquation avec les besoins et souhaits des résidents et, de ce fait, peut être amenée à réajuster les propositions d'animation. Selon le souhait des résidents, les activités peuvent être individuelles. Les résidents sont libres de participer ou non aux activités.</p> <p>Les animatrices sont attentives à la participation des résidents aux animations. La Résidence DEBROU organise la participation des résidents aux élections civiles.</p> <p>Des échanges intergénérationnels sont organisés : rencontres avec les enfants des écoles, des collèges et des centres aérés de la ville de Joué-lès-Tours, associations extérieures.</p>			
Description de l'action	<p>Améliorer l'information des résidents concernant l'animation et la vie sociale</p> <p>Afficher le programme des activités proposées au sein des six unités de vie de la Résidence DEBROU</p> <p>Formaliser la programmation et le contenu des activités à remettre aux résidents</p> <p>Parfaire les supports d'information au sein de l'Accueil de la Résidence DEBROU</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Service Animation</p> <p>Responsable Communication</p> <p>Responsable Accueil</p>			
Moyens nécessaires	Ressources internes : Temps de préparation + Temps d'information			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Nombre de projets d'animation individuels mis en place ou réactualisés			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2021		Date de fin : 31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de projets d'animation individuels mis en place	312		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Individualiser l'animation</p> <p>Adapter l'animation au regard de l'approche non-médicamenteuse</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Axe 2 :

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

A remplir par l'établissement

A remplir par l'établissement

Efficienc e de gestion / politique achats

Efficienc e de gestion / politique achats

La Résidence DEBROU dispose de son propre service de blanchisserie et de restauration. Ces deux prestations sont réalisées sur place et permettent de mettre en œuvre une politique de développement durable, en particulier à l'encontre du gaspillage alimentaire et du gaspillage de ressources naturelles. Concernant le service restauration, des analyses bactériologiques sont effectuées mensuellement. Des formations à la méthode HACCP sont organisées une fois tous les deux ans pour les agents du service restauration. Un Plan de Maîtrise Sanitaire a également été mis en place. Concernant le service de blanchisserie, les agents sont formés tous les deux ans à la méthode RABC. La politique d'achat de la Résidence DEBROU respecte les dispositions de la commande publique en vigueur. La Résidence DEBROU recourt notamment à l'UGAP pour l'achat de ses principaux dispositifs médicaux. La Résidence DEBROU fait partie du GCS Achats du Centre. La Résidence DEBROU adhère au Groupement de Commande "Déchets Hospitaliers" depuis 2016.

Gouvernance

Gouvernance

La Résidence DEBROU est intégrée dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour permettre l'hospitalisation à domicile, prendre en charge les soins palliatifs, s'inscrire dans la filière gériatrique et organiser les hospitalisations des résidents. Une convention de partenariat général avec le CHRU de Tours a été signée en 2015. Une convention avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et l'Equipe Mobile Plaies et Cicatrisation du CHRU de Tours a été signée en 2015. De même, une convention de télémédecine a été signée avec le CHRU de Tours en 2019. Deux Conventions lient également la Résidence DEBROU avec des établissements d'Hospitalisation à Domicile.

La convention de gérontopsychiatrie n'est pas encore finalisée et signée.

Gestion de l'immobilier / locaux

Gestion de l'immobilier / locaux

Le Résidence DEBROU est un établissement neuf, réceptionné le 31 décembre 2015. Tous les logements sont individuels et d'une surface de 20m². Tous comportent une salle d'eau privative. Le cadre de vie a été réfléchi pour s'adapter aux résidents accueillis. 20 logements sont équipés de rails lève-personne. Visuellement à l'extérieur, le bâtiment est "vivant", changeant de couleur en fonction de l'endroit où l'on se place et en fonction de la lumière. Des espaces verts animent les extérieurs. A l'intérieur, des cadres ont été disposés pour animer le cheminement des résidents et les espaces de circulation et de vie sont systématiquement ouverts sur l'extérieur. Chaque unité de vie dispose d'une colorimétrie différente pour aider au repérage dans le bâtiment. Les numéros de logement sont de grande taille sur fond de couleur. Ils sont reportés sur une plaque d'immatriculation en relief permettant à une personne mal-voyante de se repérer. Les escaliers sont dotés de bandes podotactiles. Des guides au sol permettent de guider les résidents depuis l'entrée de la Résidence jusqu'à l'accueil. Le confort auditif a été pris en compte dans le cadre de la réalisation du bâtiment avec des matériaux "doux". Les portes des logements sont dotées de joints acoustiques. La nature des sols a été définie pour s'adapter aux résidents accueillis (sol PVC, absence de carrelage, sol antidérapant dans la salle de bain). L'éclairage interne est programmé sur horloge au niveau des circulations, des salles de bain et des sanitaires. La température des locaux est contrôlée par un système de gestion technique centralisée à l'aide de sondes intérieures et extérieures. En cas de hausse des températures en saison estivale, 9 pièces climatisées sont à disposition des résidents : les 6 salles de restaurant et d'activité, les deux PASA et la salle de Vie Sociale et Animation. Au niveau des circulations, la programmation est prévue pour un fonctionnement à 100% en journée et en continu, puis pour un passage automatique la nuit à 15% avec détecteur de présence permettant un retour à 100% dès le passage d'une personne. Les circulations sont toutes équipées de mains courantes. Des petits bancs sont répartis le long des circulations afin de permettre aux résidents de trouver des lieux de repos lors de leurs déambulations. Les accès jardins et parking sont éclairés la nuit. La rue DEBROU a été réaménagée entre 2018 et 2019. Le concept architectural respecte l'ensemble de la réglementation relative à l'accessibilité aux handicaps. Cette architecture permet également de respecter l'intimité et l'intégrité des résidents.

Certains locaux ne disposent pas d'une signalétique en braille pour les personnes mal voyantes.

Points Forts

Axes d'Améliorations

Réponses au besoins du territoire		Réponses au besoins du territoire	
<p>La Résidence DEBROU est un établissement neuf, réceptionné le 31 décembre 2015. Elle a été conçue pour répondre aux besoins de personnes âgées en situation de grande dépendance, et s'adapter à la prise en soins et au projet de vie de chacun. Elle se situe à proximité immédiate du centre-ville de Joué-lès-Tours et est accessible en bus. Une ligne de bus C3 dessert spécifiquement la Résidence DEBROU. La Résidence DEBROU est également située à une quinzaine de minutes à pied de la Ligne A du Tramway.</p> <p>La Résidence DEBROU comporte 240 logements répartis en deux bâtiments, reliés par une zone commune logistique et administrative et par une liaison fonctionnelle entre les étages. Chaque unité de vie forme un "8" permettant aux résidents de déambuler en toute sécurité tout en revenant systématiquement vers les lieux de vie collectifs.</p> <p>La Résidence DEBROU dispose de 237 places autorisées d'Hébergement Permanent. Elle comporte au rez-de-chaussée deux unités protégées de 29 logements chacune. Deux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés de 14 places chacun. Dans les étages, la Résidence DEBROU se compose de 4 unités de vie de 47 logements chacune. La Résidence DEBROU dispose également de 3 places d'Hébergement Temporaire. Les deux PASA ont été pré-labellisés en 2011 et labellisés en 2014.</p> <p>Le cadre de vie a été réfléchi pour s'adapter aux résidents accueillis : signalétique interne et externe, les circulations sont larges, éclairées et équipées de mains courantes, les salles de bain et les sanitaires sont accessibles en fauteuil roulant et équipés de barres de maintien. L'ensemble du bâtiment est labellisé "Accès Handicap". Des activités adaptées aux différentes pathologies des résidents sont prescrites et distinctes des activités d'animation. Des activités spécifiques pour les personnes présentant des détériorations intellectuelles sont mises en œuvre : activité de stimulation multisensorielles dans l'espace Snoezelen, activités au moyen d'un robot d'assistance thérapeutique et d'une table magique "ToverTafel". Ces activités répondent prioritairement aux besoins des résidents touchés par un syndrome démentiel sévère accompagné d'une apathie importante.</p>			
Autres		Autres	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
2.1	Fiabiliser la qualité des données dématérialisées	<p style="text-align: center;"><i>Cadre réservé aux commentaires CD</i></p>	
2.2	Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS		
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>	
Activité satisfaisante (99,17% en 2019) et l'EHPAD répond aux besoins du territoire			
27,31% des résidents au 31/12/19 bénéficient de l'aide sociale dans la médiane départementale (24,48%)			
Rapport annuel d'activité des PASA transmis			
Transmission des dépenses relatives au tarif global			
Pour 2019 : consultations : 21 111 € MK : 124 234 € Orthophonistes : 10 199 € labo : 33 090 € radio : 325 €			
229 refus d'admission en 2019 pour raisons médicales = Gir 3/4 et 5/6, résidents relevant d'UHR			

Pistes Actions / Thèmes des Fiches Actions

Date début	N° de Fiche	Thèmes	Actions	Date échéance
	2.1	Efficienc e de gestion / politique achats	2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification	
	2.2	Efficienc e de gestion / politique achats	2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports	
	2.3	Efficienc e de gestion / politique achats	2.3 - Inscrire la Résidence DEBROU dans une démarche respectueuse de l'environnement	

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-1 Fiabiliser la qualité des données dématérialisées transmises aux autorités de tarification

Personne Référente :	Informaticien-Qualiticien	Date de création	A Compléter	
Constat du diagnostic	Efficience de gestion			
	Les données de l'établissement sont systématiquement transmises par voie dématérialisées, en particulier par le biais de l'enquête ANAP			
Description de l'action	Répondre systématiquement, par voie dématérialisée, aux enquêtes sollicitées par les autorités de tarification Compléter annuellement les indicateurs CPOM			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Médecin coordonnateur Informaticien-Qualiticien			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps d'information			
Indicateurs d'évaluation de l'action	données tableau de bord ANAP complétées à 100% Taux d'exactitude de remplissage des SI Taux de complétude annuel des indicateurs CPOM			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	
	Date de fin :		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	
	Mi-parcours		Fin d'Action	
	données tableau de bord ANAP complétées à 100%		100%	
Taux d'exactitude de remplissage des SI (Indicateur				
Taux de complétude annuel des indicateurs CPOM				
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Intégrer les indicateurs CPOM dans l'EPRD et l'ERRD de l'établissement Formaliser les pratiques et sensibiliser l'ensemble des équipes aux enjeux de la dématérialisation des données			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°2.2

Axe 2

Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2-2 Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS sur les fonctions supports

Personne Référente :	Directeur	Date de création	06/03/2020	
Constat du diagnostic	Efficience de gestion			
	Objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par la transformation de l'offre médico-sociale : Améliorer l'efficacité des établissements : Promouvoir et favoriser les coopérations entre les ESMS (toutes formes de coopérations dont les Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) sur les fonctions supports (achats, administration, système d'information, gestion des RH, formations), et entre ESMS et établissements de santé (GHT)...			
	La Résidence DEBROU dispose de son propre service de blanchisserie et de restauration. Ces deux prestations sont réalisées sur place et permettent de mettre en œuvre une politique de développement durable, en particulier à l'encontre du gaspillage alimentaire et du gaspillage de ressources naturelles.			
	Concernant le service restauration, des analyses bactériologiques sont effectuées mensuellement. Des formations à la méthode HACCP sont organisées une fois tous les deux ans pour les agents du service restauration. Un Plan de Maîtrise Sanitaire a également été mis en place. Concernant le service de blanchisserie, les agents sont formés tous les deux ans à la méthode RABC			
Description de l'action	La politique d'achat de la Résidence DEBROU respecte les dispositions de la commande publique en vigueur. La Résidence DEBROU recourt notamment à l'UGAP pour l'achat de ses principaux dispositifs médicaux. La Résidence DEBROU fait partie du GCS Achats du Centre et adhère au Groupement de Commande "Déchets Hospitaliers".			
	Poursuivre l'intégration de la Résidence DEBROU sur le territoire de Santé d'Indre-et-Loire			

Identification des acteurs à mobiliser	Direction			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps d'information + Temps de réunion			
Indicateurs d'évaluation de l'action	existence de protocole/ convention de coopération inter établissements			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2021		Date de fin : 31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	existence de protocole/ convention de coopération inter établissements	CONVENTION GCS		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Pérenniser les conventions existantes et s'assurer de leur bonne mise en œuvre.			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°2.3

Axe 2 : déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures des CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarches de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats.

2.3 - Inscrire la Résidence DEBROU dans une démarche respectueuse de l'environnement

Personne Référente :	Directeur	Date de création	04/03/2020
Constat du diagnostic	Réponse aux besoins du territoire		
	<p>La Résidence DEBROU est un établissement neuf, réceptionné le 31 décembre 2015. Elle a été conçue pour répondre aux besoins de personnes âgées en situation de grande dépendance, et s'adapter à la prise en soins et au projet de vie de chacun. Elle se situe à proximité immédiate du centre-ville de Joué-lès-Tours et est accessible en bus. Une ligne de bus C3 dessert spécifiquement la Résidence DEBROU. La Résidence DEBROU est également située à une quinzaine de minutes à pied de la Ligne A du Tramway.</p>		
	<p>La Résidence DEBROU comporte 240 logements répartis en deux bâtiments, reliés par une zone commune logistique et administrative et par une liaison fonctionnelle entre les étages. Chaque unité de vie forme un "8" permettant aux résidents de déambuler en toute sécurité tout en revenant systématiquement vers les lieux de vie collectifs.</p>		
	<p>La Résidence DEBROU dispose de 237 places autorisées d'Hébergement Permanent. Elle comporte au rez-de-chaussée deux unités protégées de 29 logements chacune. Deux Pôles d'Activités et de Soins Adaptés de 14 places chacun. Dans les étages, la Résidence DEBROU se compose de 4 unités de vie de 47 logements chacune. La Résidence DEBROU dispose également de 3 places d'Hébergement Temporaire. Les deux PASA ont été pré-labellisés en 2011 et labellisés en 2014.</p>		
	<p>Le cadre de vie a été réfléchi pour s'adapter aux résidents accueillis : signalétique interne et externe, les circulations sont larges, éclairées et équipées de mains courantes, les salles de bain et les sanitaires sont accessibles en fauteuil roulant et équipés de barres de maintien. L'ensemble du bâtiment est labellisé "Accès Handicap".</p>		
<p>Des activités adaptées aux différentes pathologies des résidents sont prescrites et distinctes des activités d'animation. Des activités spécifiques pour les personnes présentant des détériorations intellectuelles sont mises en œuvre : activité de stimulation multisensorielles dans l'espace Snoezelen, activités au moyen d'un robot d'assistance thérapeutique et d'une table magique "ToverTafel". Ces activités répondent prioritairement aux besoins des résidents touchés par un syndrome démentiel sévère accompagné d'une apathie importante.</p>			

Description de l'action	<p>Créer et diffuser une « Charte du développement durable de la Résidence DEBROU »</p> <p>Optimiser la politique du « zéro-papier » au sein de la Résidence DEBROU</p> <p>Sensibiliser et encourager l'ensemble des acteurs de la Résidence DEBROU à réduire leur consommation de plastique</p> <p>Accentuer la politique de tri des déchets de la Résidence DEBROU</p> <p>Mettre en œuvre les dispositions du décret d'application de la Loi EGALIM du 30 octobre 2018 relatif à la restauration collective (50 % de produits de qualité et durables, dont au moins 20 % de produits biologiques)</p> <p>Mettre en œuvre les dispositions de l'ordonnance n°2019-1069 du 21 octobre 2019 relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire, en réalisant notamment un nouveau diagnostic de gaspillage alimentaire au sein de la Résidence DEBROU</p> <p>Privilégier les partenariats avec les entreprises respectueuses de l'environnement</p> <p>Respecter les dispositifs du décret n°2019-771 relatif aux obligations d'actions de réduction de la consommation énergétique</p> <p>Optimiser la performance énergétique des équipements de la Résidence DEBROU</p> <p>Maintenir la Résidence DEBROU dans un cadre de vie lumineux et verdoyant</p> <p>Réactualiser et optimiser le plan de mobilité et de transports de la Résidence DEBROU</p> <p>Réduire l'empreinte carbone de la Résidence DEBROU</p> <p>Optimiser l'organisation des livraisons de la Résidence DEBROU</p> <p>Sensibiliser les membres du personnel aux modes de transports alternatifs et respectueux de l'environnement</p>			
Identification des	Direction			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de rédaction + Temps de préparation + Temps d'information			
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Réalisation d'une Charte du Développement durable</p> <p>Mise en œuvre des dispositions du décret d'application de la Loi EGALIM</p> <p>Mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance relative à la lutte contre le gaspillage alimentaire</p> <p>Mise en œuvre du décret relatif aux obligations d'actions de réduction de la consommation énergétique</p> <p>Réactualisation du Plan de Mobilité et de Transports de la Résidence DEBROU</p>			
	Date de début : 01/01/2021		Date de fin : 31/12/2025	
	Objectif	Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours / Fin d'Action
	Existence d'une Charte du Développement durable		Non	
	Mise en œuvre des dispositions du décret d'application			
	Mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance relative			
	Mise en œuvre du décret relatif aux obligations d'actions de réduction de la consommation énergétique			
Existence d'un Plan de Mobilité et de Transports de la Résidence DEBROU		Oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Poursuivre la vigilance quant au gaspillage alimentaire, en optimisant notamment la gestion des stocks et en sensibilisant l'ensemble des membres du personnel.</p> <p>Inciter les agents à utiliser les modes de transports alternatifs (covoiturage, tramway, vélo, marche, etc.)</p> <p>Promouvoir l'utilisation des modes de transports alternatifs</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Axe 3

Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

Points Forts

Axes d'Améliorations

<i>A remplir par l'établissement</i>		<i>A remplir par l'établissement</i>	
Ouverture sur l'environnement		Ouverture sur l'environnement	
<p>Conventions relatives à la filière gériatrique : De multiples conventions lient la Résidence DEBROU au réseau gériatrique. La Résidence DEBROU est intégrée dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour permettre l'hospitalisation à domicile, prendre en charge les soins palliatifs, s'inscrire dans la filière gériatrique et organiser les hospitalisations des résidents. Une convention de partenariat général avec le CHRU de Tours a été signée en 2015. Elle organise notamment le recours aux services d'urgences et de médecine gériatrique. Une convention avec l'Unité Mobile de Soins Palliatifs du CHRU de Tours a été signée en 2015. Une convention relative aux modalités d'intervention de l'équipe mobile plaies et cicatrisation du CHRU de Tours a été signée en 2015. Une convention avec l'Unité d'Hébergement Renforcé du CH de Luynes a été signée en 2013. Une convention de télé-médecine a été signée avec le CHRU de Tours le 03 décembre 2019. Une convention avec l'ASSAD-HAD 37 a été signée le 05 août 2015. Une convention avec LNA HAD du Centre a été signée le 07 avril 2015. Une convention avec le Laboratoire CERBALLIANCE et le Laboratoire Bio-Centre Loire a été conclue en juillet 2019. Une convention avec le Laboratoire ABO+ a été signée en octobre 2017.</p> <p>Conventions relatives aux transports sanitaires : Une convention avec Harmonie Ambulance a été signée en 2012. Une convention avec Jussieu Secours - Ambulances Barthes a été signée en 2012.</p> <p>Conventions avec le secteur psychiatrique : Dans le cadre de la convention de partenariat signée entre la Résidence DEBROU et le CHRU de Tours en 2015, un psychiatre et un infirmier référent du service de psychiatrie B du CHRU de Tours interviennent dans la Résidence DEBROU en tant que de besoin. Une fiche de demande d'évaluation peut être renseignée par un infirmier du service de psychiatrie B du CHRU de Tours, éventuellement suivie d'une intervention du psychiatre. Une prise en charge spécifique, dont la procédure de déclaration de chambre de répit psychiatrique peut être ordonnée par le service de psychiatrie B du CHRU de Tours. Un partenariat informel a été identifié avec une clinique géronto-psychiatrique.</p> <p>Soins palliatifs : Outre les conventions conclues avec l'Unité Mobile de Soins Palliatifs et les services d'hospitalisation à domicile, la Résidence DEBROU dispose d'une procédure de repérage des soins palliatifs. Cette procédure implique notamment l'organisation de réunion pluridisciplinaire de déclaration de soins palliatifs incluant résident, familles et équipes soignantes. Un plan de soins palliatifs est par suite élaboré.</p>			
Contribution aux parcours		Contribution aux parcours	
<p>Organisation médicale de la Résidence DEBROU : Le médecin coordonnateur de la Résidence DEBROU est titulaire d'un diplôme de médecin capacitaire en gériatrie. Les 6 autres médecins salariés de la Résidence DEBROU sont majoritairement titulaires d'une capacité en gériatrie et/ou disposent d'un Diplôme Universitaire spécifique à la prise en soins des personnes âgées : nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, plaies et escarres, iatrogénie médicale, troubles psycho-comportementaux, maladies infectieuses, etc. Chaque médecin salarié est référent d'une de ces thématiques.</p>		La participation des intervenants libéraux aux réunions d'information gérontologique est modérée.	
Développement des Systèmes d'information		Développement des Systèmes d'information	
<p>Dossier de soins du résident : La Résidence DEBROU utilise la messagerie sécurisée et le Dossier Médical Partagé. Le Dossier individuel du résident contient : le Dossier de Liaison Unique, Le Dossier Médical Partagé, le Dossier Documentaire de Compte-rendus, le Projet de Vie Personnalisé, le dossier de suivi PASA, le tableau de suivi des Projets de Vie. Le Dossier de Liaison Unique est également utilisé et fourni à chaque hospitalisation du résident. Ce DLU est hébergé sur le Dossier Médical Partagé. Les dossiers de demande d'admission sont notamment réceptionnés par le biais de ViaTrajectoire. Les transmissions sont tracées dans le dossier de soins informatisés des résidents. La traçabilité des praticiens extérieurs est assurée par un scan d'observations sur ordonnances libres. Tous les professionnels sont à même de renseigner le dossier de soins informatisé du résident via un code d'accès personnel. Les différents bilans paracliniques sont intégrés dans le dossier informatisé du résident. Un logiciel de contrôle d'interaction des médicaments est intégré au dossier informatisé du résident. Une fiche ARCADIS de suivi des plaies et escarres est remplie, permettant d'obtenir des statistiques et échéances regroupables.</p> <p>Accès à l'information : Pour les équipes soignantes, l'outil informatique "Comment faire" répertorie l'ensemble des modes opératoires, fiches techniques, etc. L'informatisation totale du dossier de soins des résidents est en cours de déploiement : les soignants bénéficient de tablettes tactiles leur permettant de renseigner directement les soins apportés au résident dans le logiciel de transmission, garantissant ainsi la fiabilité des données et le respect du RGPD. Une veille statistique sur les items de santé publique est mise en place via ARCADIS. La fibre est en cours d'installation dans l'établissement.</p> <p>Gestion pharmaceutique : La gestion pharmaceutique est réalisée par convention avec la pharmacie de Saint-Pierre-des-Corps. Les prescriptions médicales sont écrites, datées, signées, informatisées et transmises à la pharmacie sans retranscription. La dispensation, la distribution et la préparation des médicaments est assurée par un robot (US Robotic), avec une double sécurité optique et morphologique des unités de prise. En cas de défaillance, un second robot a été mis en place. Le robot permet un ensachage spécifique et une distribution extemporanée effective.</p> <p>Sécurisation des SI : La Résidence DEBROU dispose d'un informaticien/qualiticien à temps plein. Deux sauvegardes des données sont organisées. Une troisième sauvegarde strictement externe sera également mise en œuvre.</p>		Certains professionnels libéraux ne renseignent pas les dossiers de soins informatisés. La réévaluation échancée du suivi informatisé des plaies et pansements reste à améliorer.	
Autres		Autres	
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental	
3.1	Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD		
3.2	Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs		
3.3	Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-		
3.4	Réduire le taux de passage aux urgences de résidents par une coopération renforcée		
3.5	Organiser un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée		
3.6	Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique		

Nb de journées d'hospitalisation 2019 = 556/ 85079, soit 0,65% < médiane (0,85%) ; taux de passage aux urgences sans hospi = ??? (moyenne régionale de 13,2%)

intervention d'un psychiatre du CHRU à la demande mais convention de géronto-psychiatrie non signée

Equipe médicale et paramédicale renforcée (6 médecins salariés titulaires de DU en gériatrie), limitant l'utilisation de la télé-médecine

Décès hors de l'EHPAD en 2019 : 22/96

Changement du logiciel de santé dans le cadre de l'AAP numérique 2021 (constitution d'un groupe de ESMS situés en Bretagne utilisant le même logiciel)

Pistes Actions / Thèmes des Fiches Actions

Date début	N° de Fiche	Thèmes	Actions	Date échéance
	3.1	Ouverture sur l'environnement	3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD	
	3.2	Ouverture sur l'environnement	3-2 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs	
	3.3	Développement des Systèmes d'information	3-3 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé	
	3.4	Ouverture sur l'environnement	3-4 Réduire le taux de passage aux urgences de résidents par une coopération renforcée avec les établissements de santé	
	3.5	Ouverture sur l'environnement	3-5 Organiser un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée	
	3.6	Contribution aux parcours	3-6 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique	

Fiche Action N°3.1

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-1 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes d'HAD

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	09/03/2020
Constat du diagnostic	<p>Contribution aux parcours</p> <p>objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire objectif PRS n° 13 adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie</p> <p>La Résidence DEBROU dispose de six médecins salariés assurant une continuité médicale tous les jours de la semaine, justifiant ainsi le faible taux de recours à l'HAD. De multiples conventions lient la Résidence DEBROU au réseau gériatrique. La Résidence DEBROU est intégrée dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour permettre l'hospitalisation à domicile. Une convention de partenariat général avec le CHRU de Tours a été signée en 2015. Elle organise notamment le recours aux services d'urgences et de médecine gériatrique. Une convention avec l'ASSAD-HAD 37 a été signée le 05 août 2015. Une convention avec LNA HAD du Centre a été signée le 07 avril 2015.</p>		
Description de l'action	Poursuivre le développement de l'offre médicale actuelle de la Résidence DEBROU et recourir aux équipes d'HAD en tant que de besoin.		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Médecin coordonnateur		
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de réunion		
Indicateurs d'évaluation de l'action	Existence de protocole/ convention de coopération interétablissements Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an Nombre d'interventions de l'HAD / an Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée		
	Date de début :	01/01/2021	Date de fin : 31/12/2025
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours Fin d'Action

Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Existence de protocole/ convention de coopération interétablissements	CONVENTION GCS				
	Nombre et taux de résidents pris en charge par l'HAD / an	2	1%			
	Nombre d'interventions de l'HAD / an	2				
	Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur	Oui				
	Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	17%				
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Maintenir le niveau d'attractivité médicale et paramédicale de la Résidence DEBROU afin d'être en mesure de proposer aux résidents une prise en soins de qualité. Poursuivre la sensibilisation et la formation des équipes soignantes à la prise en charge de la douleur.					
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint					

Fiche Action N°3.2
Axe 3
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels
3-2 Encourager, renforcer et développer les partenariats avec les équipes de soins palliatifs

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	09/03/2020						
Constat du diagnostic	Contribution aux parcours								
	<p>objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé</p> <p>objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire</p> <p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale</p> <p>objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie</p> <p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie</p>								
Constat du diagnostic	<p>La Résidence DEBROU dispose de six médecins salariés assurant une continuité médicale tous les jours de la semaine, justifiant ainsi le faible taux de recours aux équipes mobiles de soins palliatifs.</p> <p>78 agents sont spécifiquement formés à la prise en charge de la douleur. Des Comités Ethiques sont organisés en tant que de besoin et font l'objet d'un émargement systématique. Un médecin salarié de l'établissement est référent Soins Palliatifs et le Directeur de la Résidence DEBROU est titulaire d'un DU Soins Palliatifs.</p> <p>De multiples conventions lient la Résidence DEBROU au réseau gériatrique. La Résidence DEBROU est intégrée dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour prendre en charge les soins palliatifs.</p> <p>Une convention de partenariat général avec le CHRU de Tours a été signée en 2015. Elle organise notamment le recours aux services d'urgences et de médecine gériatrique.</p> <p>Une convention avec l'Unité Mobile de Soins Palliatifs du CHRU de Tours a été signée en 2015.</p> <p>Outre les conventions conclues avec l'Unité Mobile de Soins Palliatifs et les services d'hospitalisation à domicile, la Résidence DEBROU dispose d'une procédure de repérage des soins palliatifs. Cette procédure implique notamment l'organisation de réunions pluridisciplinaires de déclaration de soins palliatifs incluant résident, familles et équipes soignantes. Un plan de soins palliatifs est par suite élaboré.</p>								
	Description de l'action	Poursuivre le développement de l'offre médicale actuelle de la Résidence DEBROU et recourir aux équipes de soins palliatifs en tant que de besoin Evaluer systématiquement la douleur et la tracer							
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Médecin coordonnateur								
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de Réunion + Temps d'information + Temps de formation								
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP</p> <p>Nombre d'intervention de l'EADSP</p> <p>Taux de résidents décédés en EHPAD</p> <p>Taux de résidents décédés en hospitalisation</p> <p>Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur</p>								
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021		Date de fin :		31/12/2025		
	Objectif Indicateur de suivi			Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
	convention avec EADSP (indicateur ANAP convention avec des équipes mobiles)			EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE EQUIPE DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE					
	nombre et taux de résidents pris en charge par l'EADSP			3		1%			
	nombre d'intervention de l'EADSP			3					
	Taux de résidents décédés en hospitalisation			6%					
	Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur			78					
	Taux de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée			17%					
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Poursuivre la formation des équipes à la prise en charge de la douleur et développer les Comités Ethiques internes								

Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint
--	---

Fiche Action N°3.3

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-3 Sécuriser la prise en charge médicale et la coordination des soins par le recours à la E-santé

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	09/03/2020					
Constat du diagnostic	Développement des SI							
	<p>objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé</p> <p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale</p> <p>objectif PRS n° 29 développer l'usage d'outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé</p> <p>objectif PRS n° 31 développer les services et les usages de la télémédecine pour un égal accès aux soins des patients</p>							
Constat du diagnostic	<p>De multiples conventions lient la Résidence DEBROU au réseau gériatrique.</p> <p>La Résidence DEBROU est intégrée dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour permettre l'hospitalisation à domicile, prendre en charge les soins palliatifs, s'inscrire dans la filière gériatrique et organiser les hospitalisations des résidents.</p> <p>Dans le cadre de la convention de partenariat signée entre la Résidence DEBROU et le CHRU de Tours en 2015, un psychiatre et un infirmier référent du service de psychiatrie B du CHRU de Tours interviennent dans la Résidence DEBROU en tant que de besoin.</p> <p>Une convention de partenariat général avec le CHRU de Tours a été signée en 2015. Elle organise notamment le recours aux services d'urgences et de médecine gériatrique.</p> <p>Une convention de télémédecine a été signée avec le CHRU de Tours en décembre 2019.</p> <p>La Résidence DEBROU utilise la messagerie sécurisée et le Dossier Médical Partagé. Le Dossier individuel du résident contient : le Dossier de Liaison Unique, Le Dossier Médical Partagé, le Dossier Documentaire de Compte-rendus, le Projet de Vie Personnalisé, le dossier de suivi PASA, le tableau de suivi des Projets de Vie. Le Dossier de Liaison Unique est également utilisé et fourni à chaque hospitalisation du résident. Ce DLU est hébergé sur le Dossier Médical Partagé.</p> <p>Les dossiers de demande d'admission sont notamment réceptionnés par le biais de ViaTrajectoire.</p> <p>Les transmissions sont tracées dans le dossier de soins informatisé des résidents. La traçabilité des praticiens extérieurs est assurée par un scan d'observations sur ordonnances libres. Tous les professionnels sont à même de renseigner le dossier de soins informatisé du résident via un code d'accès personnel. Les différents bilans paracliniques sont intégrés dans le dossier informatisé du résident. Un logiciel de contrôle d'interaction des médicaments est intégré au dossier informatisé du résident.</p> <p>Une fiche ARCADIS de suivi des plaies et escarres est remplie, permettant d'obtenir des statistiques et échéances regroupables.</p>							
	Description de l'action	Poursuivre le développement de l'offre médicale actuelle de la Résidence DEBROU et recourir aux téléconsultations en tant que de besoin.						
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Médecin coordonnateur							
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de formation + Temps d'information							
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>compatibilité du logiciel soin avec le DMP</p> <p>Taux de résidents avec un DMP</p> <p>Nombre de télé-expertises et/ou téléconsultations réalisées / an</p> <p>Nombre de demande d'admission Via-Trajectoire reçues / an</p> <p>% de résidents admis par Via Trajectoire</p> <p>Taux de professionnels disposant d'une MSS</p>							
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	Date de fin :		31/12/2025		
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
	compatibilité du logiciel soin avec le DMP		Oui					
	taux de résidents avec un DMP		100%					
	si télémédecine : nombre de télé-expertise et/ ou téléconsultations réalisées / an		4					
	Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an		300					
	% de résidents admis par via trajectoire		0					
	% de résidents admis par via trajectoire		0					
taux de professionnels disposant d'une MSS		Oui						
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Former le personnel soignant à l'utilisation des équipements de télémédecine en tant que de besoin</p> <p>Poursuivre le déploiement de l'offre médicale actuelle de la Résidence DEBROU</p> <p>Poursuivre la mise en place du projet de téléconsultation en dermatologie</p>							
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint							

Fiche Action N°3.4

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-4 Réduire le taux de passage aux urgences de résidents par une coopération renforcée avec les établissements de santé

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	09/03/2020	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement			
	<p>objectif PRS n° 12 garantir une gradation de l'offre en soins pour assurer un maillage adapté et sécurisé sur chaque territoire</p> <p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les Personnes Agées fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie</p> <p>Le médecin coordonnateur de la Résidence DEBROU est titulaire d'un diplôme de médecin capacitaire en gériatrie. Les autres médecins salariés de la Résidence DEBROU sont majoritairement titulaires d'une capacité en gériatrie et/ou disposent d'un Diplôme Universitaire spécifique à la prise en soins des personnes âgées : nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, plaies et escarres, iatrogénie médicale, troubles psycho-comportementaux, maladies infectieuses, etc. Chaque médecin salarié est référent d'une de ces thématiques. L'organisation médicale institutionnelle répond à une prise en charge des personnes âgées 24H/24 : la continuité des soins médicaux est assurée en semaine par les médecins salariés gériatres de l'établissement, et SOS Médecin ainsi que le SAMU sont contactés en cas d'urgence. Les urgences de premier niveau sont donc assurées en interne par les médecins salariés. Le tableau des médecins salariés est affiché dans tous les relais de soins et connu des soignants.</p> <p>Une Commission Gériatrique est organisée deux fois par an. Elle est présidée par le médecin coordonnateur de la Résidence DEBROU. Des médecins et professionnels de santé libéraux sont invités à y participer. Le médecin coordonnateur de la Résidence DEBROU participe également à l'information gériatrique des médecins généralistes et spécialistes (groupes qualité Mediqua), et des personnels paramédicaux libéraux ou salariés.</p> <p>Des réunions pluridisciplinaires sont organisées deux fois par semaine dans les services autour du médecin coordonnateur.</p> <p>La Résidence DEBROU dispose d'un Cadre Supérieur de Santé Paramédical et de deux Cadres de Santé Paramédicaux, dont un spécifiquement dédié aux unités protégées. Les Cadres de Santé sont tous les trois responsables des projets de vie et de soins, des procédures, des modes opératoires, de la qualité et de l'organisation des soins auprès des résidents, des proches et des familles.</p> <p>Des consultations basse-vision sont organisées en cas de besoin.</p> <p>Les résidents peuvent avoir accès à une consultation mémoire au service de médecine interne gériatrique du CHRU de Tours ou au CM2R si besoin.</p> <p>Les kinésithérapeutes libéraux sont sollicités sur prescription médicale pour des prises en charge individuelles.</p> <p>Des résidents bénéficient de visites programmées d'IDE spécialisées et de psychiatrie.</p>			
Description de l'action	Poursuivre le déploiement de l'offre médicale et paramédicale de la Résidence DEBROU afin d'offrir aux résidents une prise en soins de qualité			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Médecin coordonnateur Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadres de Santé Paramédicaux			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de réunion			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Coopération inter-établissement Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	
	Date de fin :		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	
			Mi-parcours	
Coopération inter établissement		CONVENTION GCS		
Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences		73%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Maintenir le niveau d'attractivité médicale et paramédicale de la Résidence DEBROU afin d'être en mesure de proposer aux résidents une prise en soins de qualité.			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N° 3.5

Axe 3

participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social

3-5 Organiser un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit ou d'IDE de nuit mutualisée

Personne Référente :	Directeur	Date de création	09/03/2020	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement			
	<p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale</p> <p>objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie</p> <p>La Résidence DEBROU dispose de médecins salariés permettant d'assurer une présence et une continuité médicale tous les jours de la semaine. Un(e) IDE de nuit est présent(e) 80% du temps dans l'établissement. A ce titre, la Résidence DEBROU souhaite donc recruter un(e) 3ème IDE de nuit afin de disposer de la présence d'un(e) IDE 24H/24 et 7J/7. En cas d'absence de l'IDE de nuit (congé, maladie, absence imprévue), une astreinte de l'IDE de jour est mise en place.</p>			
Description de l'action	Recruter une IDE de nuit supplémentaire afin de bénéficier d'une présence IDE 24H/24 et 7J/7.			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de recrutement			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE Nombre d'interventions de l'IDE Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	
	Date de fin :		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	
			Mi-parcours	
Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE		0		
Nombre d'interventions de l'IDE		0		
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit		0		

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Déterminer en amont la fiche de poste de l'IDE de nuit supplémentaire.
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint

Fiche Action N° 3.6
Axe 3
participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social
3-6 Développer les partenariats avec les acteurs de la filière gériatrique

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	09/03/2020	
Constat du diagnostic	Ouverture sur l'environnement			
	<p>objectif PRS n° 11 optimiser le parcours de l'usager et sa bonne orientation en promouvant la connaissance de l'offre en santé objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie</p> <p>De multiples conventions lient la Résidence DEBROU au réseau gériatrique. La Résidence DEBROU est intégrée dans un réseau gérontologique et a noué divers liens avec une formalisation par convention pour permettre l'hospitalisation à domicile, prendre en charge les soins palliatifs, s'inscrire dans la filière gériatrique et organiser les hospitalisations des résidents. Une convention de partenariat général avec le CHRU de Tours a été signée en 2015. Elle organise notamment le recours aux services d'urgences et de médecine gériatrique. Une convention avec l'Unité Mobile de Soins Palliatifs du CHRU de Tours a été signée en 2015. Une convention relative aux modalités d'intervention de l'équipe mobile plaies et cicatrisation du CHRU de Tours a été signée en 2015. Une convention avec l'Unité d'Hébergement Renforcé du CH de Luynes a été signée en 2013. Une convention de télé-médecine a été signée avec le CHRU de Tours le 03 décembre 2019. Une convention avec l'ASSAD-HAD 37 a été signée le 05 août 2015. Une convention avec LNA HAD du Centre a été signée le 07 avril 2015. Une convention avec le Laboratoire CERBALLIANCE et le Laboratoire Bio-Centre Loire a été conclue en juillet 2019. Une convention avec le Laboratoire ABO+ a été signée en octobre 2017. Une convention avec Harmonie Ambulance a été signée en 2012. Une convention avec Jussieu Secours - Ambulances Barthes a été signée en 2012. Dans le cadre de la convention de partenariat signée entre la Résidence DEBROU et le CHRU de Tours en 2015, un psychiatre et un infirmier référent du service de psychiatrie B du CHRU de Tours interviennent dans la Résidence DEBROU en tant que de besoin. Une fiche de demande d'évaluation peut être renseignée par un infirmier du service de psychiatrie B du CHRU de Tours, éventuellement suivie d'une intervention du psychiatre. Une prise en charge spécifique, dont la procédure de déclaration de chambre de répit psychiatrique peut être ordonnée par le service de psychiatrie B du CHRU de Tours. Un partenariat informel a été identifié avec une clinique géronto-psychiatrique.</p>			
Description de l'action	Poursuivre les partenariats dans lesquels la Résidence DEBROU est engagée et favoriser leur accroissement dans certains secteurs. Signer la convention de gérontopsychiatrie			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Médecin coordonnateur			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de réunion			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Convention avec un service de gérontopsychiatrie Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :	
	01/01/2021		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Convention avec un service de gérontopsy	0		
	Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	Oui		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Formaliser une convention avec une clinique de gérontopsychiatrie			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Axe 4

développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

Points Forts

Axes d'Améliorations

<i>A remplir par l'établissement</i>	<i>A remplir par l'établissement</i>
<p>Maîtrise des risques</p> <p>Sécurité des données : Une note de service RGPD et une Charte Informatique ont été diffusées. La Charte informatique est signée par tout membre du personnel de la Résidence DEBROU. L'ensemble des agents est sensibilisé au secret professionnel. L'accès aux dossiers informatiques du résident se fait par des codes secrets individuels. Deux DPO ont été désignés et disposent d'une boîte mail propre : dpo@mdebrou.com. Le Contrat de séjour et le règlement de fonctionnement ont également été modifiés au regard du RGPD. La Résidence DEBROU dispose de deux contrats de sécurité informatique, auprès de la SHAM : un contrat Tout Risque Informatique et un contrat Cyber-Solution.</p> <p>Sécurité des Soins : Au sein de la Résidence DEBROU, une équipe pluridisciplinaire composée de : six médecins salariés, trois psychologues, un ergothérapeute, trois Cadres de santé, des IDE de jour et de nuit, d'ASG et d'une majorité d'Aides-Soignants garantissent la sécurité des soins apportés aux résidents. Un DARI a été finalisé et est révisé chaque année devant le CHSCT. L'établissement dispose de six médecins salariés, dont un est désigné référent "litrôgenie" et participe aux activités CLLIN et OMEDIT. Chacun des six médecins salariés de la Résidence DEBROU est référent d'un spécialiste (nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, escarres, etc.). Des modes opératoires relatifs à la sécurité des soins sont écrits (déshydratation, dénutrition, prévention des chutes, etc.). Le dossier individuel contient toutes les données du résident (identification du médecin traitant, antécédents médicaux, allergies et contre-indications médicamenteuses, évaluation globale, affections, état de dépendance, traitement mis en œuvre, suivi et évaluation, protocoles de soin et aides mis en œuvre, synthèses périodiques, etc.). Les déclarations de chute sont réalisées par l'intermédiaire d'une fiche de chute et sont scannées dans le dossier de soins du résident. En équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute analyse les conditions de survenue des chutes lorsqu'elles sont récurrentes et met en place des actions correctives. Les chutes font l'objet d'un signalement, sont tracées dans le dossier du résident et font l'objet d'échange lors des transmissions. Gestion du risque Canicule : Les équipes sont sensibilisées à la déshydratation et font preuve de vigilance et de surveillance. Le Plan Bleu est opérationnel et le Plan Canicule est rédigé. Des tours de boissons réguliers sont réalisés par l'équipe soignante. Des boissons à texture adaptée sont proposées. Tous les ans, deux agents sont spécifiquement recrutés du 1er juillet au 31 août pour renforcer l'équipe soignante dans le cadre de l'hydratation des résidents. La validation de l'hydratation est réalisée par les agents, et vérifiée au moins une fois par semaine par les Cadres de Santé Paramédicaux. Les IDE sont autorisés à poser la première perfusion de réhydratation sous cutanée si nécessaire, dans le cadre d'un mode opératoire. Recours à la contention : Le mode opératoire "Contention physique" est écrit. Tous les recours à la contention physique font l'objet d'une discussion en équipe en transmission et/ou en Groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle (GAPP) avec une analyse bénéfice/risque. Les contentions physiques sont prescrites, tracées, échelonnées et évaluées et font l'objet d'un avenant au Contrat de Séjour du résident. En cas d'agitation psychiatrique sévère, une déclaration en chambre de répit pourra être prononcée par le service de psychiatrie B du CHRU de Tours validé par un protocole personnalisé et des critères de suivi.</p>	
<p>Continuité de l'accompagnement</p> <p>Les admissions : Un mode opératoire "Admissions" est formalisé de la demande jusqu'à l'entrée du résident au sein de la Résidence DEBROU. Chaque demande d'admission est systématiquement soumise à avis médical du médecin coordonnateur, du médecin traitant et à l'avis des Cadres de Santé Paramédicaux. Une évaluation globale individuelle est alors effectuée notamment par l'évaluation GIB. En cas de troubles du comportement significatifs signalés dans le dossier d'admission, un formulaire de repérage des troubles du comportement est envoyé au médecin traitant. Une rencontre complémentaire pour évaluation dans le cadre de la pré-admission est organisée au cas par cas. La Commission d'admission est constituée du Directeur, du médecin-coordonnateur, du Cadre Supérieur de Santé Paramédicale et de la Responsable des admissions. Avant son entrée en institution, le résident et sa famille sont invités à visiter le logement dans lequel le résident sera hébergé. Une visite de pré-admission est systématiquement réalisée pour les entrées en unité protégée. Lors de chaque admission, un référent institutionnel est attribué à chaque résident. Son rôle est de devenir l'interlocuteur privilégié du résident, de sa famille, de ses proches et de l'ensemble du personnel de la Résidence DEBROU quant à la situation du résident. Le séjour du résident : Un registre papier des entrées et des sorties, en lien avec les fiches de mouvements journaliers, est tenu à jour par le bureau d'Accueil. Les fiches de mouvements journaliers sont renseignées quotidiennement par les IDE et transmises au bureau d'Accueil. Un registre informatisé est également tenu à jour quotidiennement. Un état mensuel permet de synthétiser l'ensemble des mouvements (entrées, hospitalisations, congés, sorties, etc.). Tout résident peut disposer de la clé de son logement à sa demande. La Résidence DEBROU fait du logement du résident le substitut de son domicile : il peut donc s'y rendre librement à tout moment de la journée. De même, le résident peut se rendre à tout moment de la journée dans les lieux collectifs. Un mode opératoire "Liberté d'aller et venir" est formalisé. Trois soignants ont reçu la formation d'ASG. Les professionnels sont formés aux prises en charge non médicamenteuses des troubles du comportement. L'approche non médicamenteuse est développée au sein de toutes les unités de vie et des formations internes sont régulièrement organisées en ce sens. Le nombre d'AS a été renforcé dans les équipes (28,8 ETP en 2009 et 58 ETP en 2019). Respect et garantie des droits : La Charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante est affichée dans le hall d'accueil et remise au résident lors du rendez-vous d'admission. Elle figure également dans le Livret d'Accueil du Résident et sur le site internet www.debrou.fr. Ces principes sont repris et complétés dans une "Charte de la Bientraitance et de la Citoyenneté de la Résidence DEBROU". Un cycle de formation "Bientraitance et Citoyenneté" est annuellement animé par le Directeur et une des trois psychologues de l'établissement, à destination des membres du personnel de la Résidence DEBROU. Une Charte de la Laïcité a été élaborée et est disponible sur le site internet www.debrou.fr. Un lieu polyculturel est situé au rez-de-chaussée et un planning culturel est affiché sur un espace dédié à proximité de l'accueil de la Résidence DEBROU. Un agent de la Résidence DEBROU a obtenu en 2019 son certificat national de compétence MJPM (Mandatitaire Judiciaire à la Protection des Majeurs). Il a été nommé préposé à la Résidence DEBROU par arrêté de Mme la Préfète d'Indre-et-Loire du 17 janvier 2020 et par décision du Directeur de la Résidence DEBROU. Sur la base des observations des équipes médicales et soignantes, une analyse de premier niveau est effectuée concernant la protection juridique des résidents. Un mode opératoire "Dépôt des biens et des valeurs" est formalisé. L'annexe 10 du Contrat de Séjour est relative à la liberté d'aller et venir du résident : cette annexe est renseignée après chaque entrée afin d'évaluer si l'état de santé du résident nécessite une éventuelle contention ou une restriction de sa liberté d'aller et venir. Ce document est envoyé par courrier au résident afin qu'il prenne connaissance des mesures et dispose de la possibilité d'en discuter avec l'équipe médicale. Le document doit être remis par le résident dans un délai de 15 jours en mentionnant s'il accepte ou non les mesures.</p>	
<p>Sécurisation du circuit du médicament</p> <p>Le mode opératoire "Circuit du médicament" a été révisé en 2018. La dispensation est réalisée nominativement par la pharmacie, avec un suivi de gestion des stocks et des péremptions. Le local à pharmacie est sécurisé par un digicode. Les stupéfiants sont délivrés sur prescriptions médicales et rangées dans un coffre uniquement accessible aux IDE. Depuis 2018, la Résidence DEBROU bénéficie de nouveaux chariots de distribution fermés. Les médicaments sont préparés par robot PDA au sein de la pharmacie prestataire sélectionnée après la mise en œuvre d'une procédure de marché public. Une liste raisonnée OMEDIT préférentielle des médicaments et des psychotropes et une liste des médicaments écrasables sont rédigées. La Résidence DEBROU dispose d'un logiciel intégré de suivi des interactions médicamenteuses (DISPEN). Une surveillance spécifique des classes médicamenteuses à risque est assurée (psychotropes). Parmi les six médecins salariés de la Résidence DEBROU, un médecin est référent "litrôgenie". Le livret du médicament (base OMEDIT CENTRE) est mis en place et à disposition des médecins libéraux. Il fait l'objet d'une actualisation annuelle. Un mode opératoire "Ecrasement des médicaments" définit les modalités pratiques de l'écrasement des médicaments (décision, recommandation, matériel).</p>	
<p>Politique de prévention</p> <p>Accompagnement des résidents, de leurs familles et de leurs proches : Lors de leur entrée dans l'établissement, un RDV avec le Directeur est systématiquement proposé au résident et à sa famille. Ce RDV est tracé dans le dossier du résident. Une rencontre par an et par unité de vie, soit 6 réunions par an est également organisée par le Directeur pour rencontrer les résidents et familles. Cette rencontre en présence du Directeur Adjoint, du Cadre Supérieur de Santé Paramédicale, des Cadres de Santé, de la psychologue et des représentants du personnel soignant de l'unité de vie concernée est un lieu d'échange : elle permet d'apporter des réponses aux interrogations et demandes. Des Groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle et des Comités Ethiques sont organisés en tant que de besoin par les équipes médicales et paramédicales. Les familles y sont associées le cas échéant. Des enquêtes de satisfaction sont organisées annuellement auprès des résidents et/ou des familles. Chaque résident et chaque famille disposent également d'un référent institutionnel chargé de leur accompagnement tout au long du séjour. Prévention des Risques : Livré en 2016, le bâtiment de la Résidence DEBROU a été conçu de manière à ce qu'il y ait une séparation nette entre les espaces dédiés aux résidents et les espaces dédiés aux personnels (infirmerie, salles de transmissions, niveau logistique) afin d'assurer la sécurité des résidents. Il respecte toutes les normes en vigueur. L'établissement dispose d'accès par codes aux différents unités de vie (escaliers et ascenseurs). Le code est affiché pour permettre l'accès et la sortie aux résidents autonomes et aux visiteurs. Les unités protégées disposent de digicodes supplémentaires pour entrer et sortir. Les deux portes automatiques d'entrée de la Résidence DEBROU sont équipées de digicodes. L'accès au niveau logistique du rez-de-jardin est rendu inaccessible aux résidents et aux visiteurs. La Résidence DEBROU développe une politique d'action(s) et de prévention concernant notamment : les troubles sensoriels, les chutes, les troubles nutritionnels, les escarres et la régression de la motricité, les anomalies d'élimination urinaire et fécale, les chutes, la douleur, l'obligation vaccinale, l'isolement relationnel, la maltraitance et la promotion de la bientraitance, l'accompagnement de la fin de vie, les infections nosocomiales et communautaires, la gestion de l'urgence, etc. Ces éléments font l'objet de modes opératoires dédiés. Ces modes opératoires sont accessibles sur le serveur de la Résidence DEBROU ("Rubrique Comment Faire" + Documents officiels). Certains sont affichés aux endroits prévus à cet effet (ex. lavage des mains affiché aux points d'eau). Hygiène et sécurité : L'ensemble du personnel est sensibilisé aux méthodes de l'amélioration de la qualité notamment par les formations HACCP, RABC, Humanitude, Bientraitance, Gestion des petits conflits avec la famille, etc. Un responsable Qualité-Informatique est désigné et est détenteur du DU "Démarche Qualité et Gestion des Risques". La démarche qualité est pilotée en réunion de direction, des axes d'amélioration sont identifiés à 5 ans et intégrés au projet institutionnel de la Résidence DEBROU. Tout dysfonctionnement est signalé par le biais des fiches d'évènement indésirable. Le dernier avis favorable de la Commission Départementale de Sécurité date du 04 juillet 2019. Le personnel est informé des consignes de sécurité par voie de notes de service. Les consignes de sécurité sont également affichées dans tous les locaux. Le point est abordé en CHSCT. Chaque année, 4 groupes de 12 personnes bénéficient de la formation sécurité incendie. A ce jour, tous les agents ont été formés. Un agent est détenteur du SSIAP 1 et est en cours de formation pour le SSIAP 2. Des exercices sont effectués au sein de la Résidence DEBROU. La procédure de réarmement du SSI est disponible sous format vidéo sur le serveur accessible à tous. Les produits dangereux sont stockés dans les locaux fermant à clé pour les étages et sous code pour le magasin central. Les locaux réservés aux professionnels sont identifiés. Hormis des gaines techniques verrouillées et/ou condamnées par des mains courantes uniquement démontables par le personnel, les unités de vie ne comportent pas de locaux techniques. Des espaces distincts et réservés aux services logistiques sont inaccessibles aux résidents. Le linge contaminé est stocké</p>	
<p>Soins Palliatifs et fin de vie</p> <p>La Résidence DEBROU a conclu une convention avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHRU de Tours. Le Directeur et un médecin salarié de l'établissement sont titulaires d'un DU "Prise en charge de la douleur et des soins palliatifs". Ce médecin salarié est référent "Douleur et Soins Palliatifs" au sein de la Résidence DEBROU. La majorité des membres du personnel a bénéficié d'une formation en la matière : plusieurs sessions sont organisées par an. Les échelles d'évaluation de la douleur (DOLOPLUS, EVA) sont utilisées et les résultats sont tracés dans le dossier de soins informatisé du résident. Une mode opératoire "Prise en charge des Soins Palliatifs" est écrite. Une procédure d'utilisation d'antalgiques centraux a été définie. Il existe également une procédure "si besoin" pour la prescription d'antalgiques à la demande. Une procédure de repérage des soins palliatifs est déterminée. La famille peut être prévenue de nuit et/ou de jour : son souhait est recueilli. La famille peut rester la nuit, un lit d'appoint est mis à sa disposition. Un accompagnement psychologique est proposé aux familles et aux proches, mais également aux familles lors des GAPP et des temps de transmission. Les équipes soignantes sont formées à la prise en charge de la douleur, aux soins palliatifs et la fin de vie.</p>	

Bientraitance		
<p>Une politique de respect de la dignité individuelle est développée au sein de la Résidence DEBROU, de même qu'une politique de soins et valeurs éthiques dans le domaine des toilettes et des soins apportés aux résidents. Ces pratiques ont été validées par l'évaluation externe d'avril 2013. Des formations "Prendre Soins et Bientraitance" sont proposées aux membres du personnel tous les ans. Le Directeur et la psychologue proposent également tous les ans une formation "Bientraitance et Citoyenneté". Tous les ans, le Directeur de la Résidence DEBROU organise des réunions de direction dans chaque service. Ces réunions sont notamment l'occasion de rappeler les valeurs de Bientraitance, d'Ecoute et de Citoyenneté qui guident la Résidence DEBROU dans l'accomplissement de sa mission. Le Livret d'accueil du résident, des familles et des proches comporte également un Guide contre la Maltraitance.</p> <p>Les résidents peuvent recevoir leur famille et leurs proches au sein de leur logement ou bien dans des salons spécifiquement dédiés à cet effet. Chaque unité de vie dispose d'au moins un de ces salons familles.</p> <p>Les familles et les proches du résident sont également invités à participer à des "Formations des Aidants" organisées tous les deux mois par l'une des trois psychologues de la Résidence DEBROU. Les familles et aidants du domicile sont également conviés à y participer. Ces formations sont des espaces de partage entre les familles et les proches des résidents. Elles permettent également aux familles d'en apprendre plus sur les troubles psycho-comportementaux dont sont atteints leurs proches. Un film de présentation de ces formations aidants a été réalisé et mis à disposition de tous sur le site internet www.debrou.fr.</p> <p>Les résidents atteints de détérioration intellectuelle bénéficient d'un projet de vie spécifique visant au maintien de leur autonomie psychique et physique. L'unité protégée accueille prioritairement des résidents présentant des troubles du comportement. Les PASA complètent cette offre de soins en faveur de la bientraitance. Trois ASG ainsi que des agents paramédicaux assurent l'accompagnement des résidents bénéficiaires du PASA. Une prise en charge spécifique est assurée par les psychologues. Celle-ci est prescrite et tracée dans le dossier de soins informatisé du résident.</p>		
N° d'objectif	Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS	Objectifs généraux du Conseil Départemental
4.1	Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation	
4.2	Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	
4.3	Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins buccodentaires	
4.4	Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication	
4.5	Déclarer et traiter les événements indésirables	
4.6	Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	
4.7	Sécuriser le circuit du médicament de la prescription à la distribution	
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>
2 unités sécurisées, présence de 2 PASA permettant d'accompagner spécifiquement les personnes avec troubles du comportement PASA : accueil de personnes de l'unité Alzheimer		
DARI élaboré		
Profil RESIDEHPAD satisfaisant par rapport aux moyennes régionales et nationales (nombre moyen de médicaments par résident, prescription des neuroleptiques notamment)		
Evaluation gériatrique standardisée réalisée		
4 ETP la nuit (1 IDE, 1 AS, 2 ASH), dispositif de vidéosurveillance complète le dispositif de nuit		

Pistes Actions / Thèmes des Fiches Actions

Date début	N° de Fiche	Thèmes	Actions	Date échéance
	4.1	Politique de prévention	4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident	
	4.2	Politique de prévention	4-2 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe	
	4.3	Politique de prévention	4-3 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins buccodentaires	
	4.4	Politique de prévention	4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication	
	4.5	Maîtrise des risques	4-5 Déclarer et analyser les événements indésirables	
	4.6	Politique de prévention	4-6 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes	
	4.7	Maîtrise des risques	4-7 Sécuriser le circuit du médicament	
	4.8	Maîtrise des risques	4.8 - Sécuriser la prise en soins des résidents	
	4.9	Bientraitance	4.9 - Poursuivre l'inscription de la Résidence DEBROU dans les valeurs de Bientraitance, d'Ecoute et de Citoyenneté	

Fiche Action N° 4.1

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-1 Améliorer la prise en charge des résidents atteints de MND ou de trouble du comportement, favoriser le maintien et la réhabilitation des fonctions cognitives du résident

Personne Référente :	Psychologue	Date de création	10/03/2020
	Politique de prévention		

	<p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie développer le recours à l'évaluation gériatrique en ayant recours aux équipes mobiles de gériatrie, télémédecine, consultations avancées, développer le recours à l'expertise géro-psycho-geriatrique, favoriser le diagnostic précoce du déclin cognitif.....</p>				
Constat du diagnostic	<p>Au sein de la Résidence DEBROU, une équipe pluridisciplinaire composée de : six médecins salariés, trois psychologues, un ergothérapeute, trois Cadres de santé paramédicaux, des IDE de jour et de nuit, d'ASG et d'une majorité d'Aides-Soignants garantissent la sécurité des soins apportés aux résidents. Un DARI a été finalisé et est révisé chaque année devant le CHSCT. L'établissement dispose de six médecins salariés, dont un est désigné référent "Troubles du Comportement" et est actuellement en cours d'obtention d'un DU de Psychopathologie de la Personne Âgée. Chaque médecin salarié de la Résidence DEBROU est référent d'une spécialité (nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, escarres, etc.). Des modes opératoires relatifs à la sécurité des soins sont écrits (déshydratation, dénutrition, prévention des chutes, etc.). La Résidence DEBROU dispose de deux PASA de 14 places chacun, placés sous la responsabilité de la psychologue dédiée aux unités protégées et animés par les 3 ASG de l'établissement. Des ateliers mémoires sont proposés aux résidents accueillis au PASA une fois par semaine. Le Plan de Formation de la Résidence DEBROU comporte des formations à la prise en soins et à l'accompagnement des résidents présentant des troubles du comportement. Des formations à destination des familles, des proches et des aidants de l'établissement et du domicile sont également proposées tous les deux mois par la psychologue de l'établissement dédiée aux unités protégées.</p>				
Description de l'action	<p>Développer différentes formes de thérapies non médicamenteuses adaptées afin de diminuer les troubles du comportement des résidents (unité sécurisée ou non), comme les "activités flash" dans les services et pas seulement dans les PASA Étudier le profil des personnes accueillies et celles qui pourraient être accueillies au PASA (nombre de personnes des unités protégées / file active, nombre de personnes éligibles non accueillies) (cf FAQ PASA : Le PASA étant une réponse à la prise en charge des résidents atteints de maladie d'Alzheimer dans la journée, il apporte une réponse complémentaire aux unités déjà existantes comme les cantous et les unités pour personnes désorientées ainsi que pour les unités classiques d'EHPAD)</p>				
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction Médecin coordonnateur Cadre Supérieur de Santé Paramédical Psychologues</p>				
Moyens nécessaires	<p>Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de réunion + Temps de formation + Temps d'information S'inscrire dans les appels à candidatures prévention ARS, Conférence des financeurs afin de rechercher des financements complémentaires</p>				
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Taux d'occupation du PASA Nombre de résidents en atelier mémoire par an Nombre d'ASG en ETP Nombre d'agents formés aux troubles du comportement</p>				
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :		
	01/01/2021		31/12/2025		
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux d'occupation du PASA		100%		
	Nombre de résidents en atelier mémoire par an		42		
	Nombre d'ASG en ETP		3.00		
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement		181			
Nombre d'activités flash mises en place					
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Les valeurs de bientraitance, d'écoute et de citoyenneté doivent être partagées par l'ensemble des acteurs de la Résidence DEBROU. Les nouveaux agents doivent bénéficier de formations leur permettant de prendre en soins la population accueillie au sein de la Résidence DEBROU. Transformer des postes d'AS en postes d'ASG dans la mesure du possible. Poursuivre la mise en œuvre des formations des familles, proches et aidants aux troubles du comportement et à la maladie d'Alzheimer et apparentées.</p>				
Commentaires sur le Constat de résultat	<p>A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint</p>				

Fiche Action N° 4.2

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-2 Améliorer la couverture vaccinale contre la grippe

Personne Référente :	Médecin coordonnateur + Médecine du Travail	Date de création	10/03/2020		
Constat du diagnostic	<p>Politique de prévention objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie</p> <p>Au sein de la Résidence DEBROU, une équipe pluridisciplinaire composée de : six médecins salariés, trois psychologues, un ergothérapeute, trois Cadres de santé, des IDE de jour et de nuit, d'ASG et d'une majorité d'Aides-Soignants garantissent la sécurité des soins apportés aux résidents. Un DARI a été finalisé et est révisé chaque année devant le CHSCT. L'établissement dispose de six médecins salariés. Chacun des six médecins salariés de la Résidence DEBROU est référent d'une spécialité (nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, escarres, etc.). Des modes opératoires relatifs à la sécurité des soins sont écrits (déshydratation, dénutrition, prévention des chutes, etc.). Le dossier individuel contient toutes les données du résident (identification du médecin traitant, antécédents médicaux, allergies et contre-indications médicamenteuses, évaluation globale, affections, état de dépendance, traitement mis en œuvre, suivi et évaluation, protocoles de soin et d'aides mis en œuvre, synthèses périodiques, etc.).</p>				
Description de l'action	<p>Poursuivre l'organisation médicale et soignante actuelle de la Résidence DEBROU.</p>				
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction Médecin coordonnateur</p>				
Moyens nécessaires	<p>Ressources Internes : Temps de formation + Temps d'information</p>				
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Taux de résidents vaccinés contre la grippe Taux de personnel vacciné contre la grippe</p>				
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :		
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux de résidents vaccinés contre la grippe		95%		
	Taux de personnel vaccinés contre la grippe		25%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Poursuivre la sensibilisation des personnels, des résidents, de leurs familles et de leurs proches aux enjeux de la vaccination contre la grippe. Inciter les professionnels à se faire vacciner au sein de l'établissement pour bénéficier d'un meilleur suivi du nombre de professionnels vaccinés.</p>				
Commentaires sur le Constat de résultat	<p>A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint</p>				

Fiche Action N° 4.3

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-3 Améliorer la prévention et la dénutrition et les soins bucco-dentaires

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	10/03/2020
Constat du diagnostic	<p>Politique de prévention</p> <p>objectif PRS n° 5 préserver une équité de chances en matière de prévention objectif PRS n°16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie Développer une prise en charge en soins territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement (soins bucco-dentaires, gynécologie, addictions...) développer les dépistages des troubles visuels, auditifs, ainsi que la prévention et les soins bucco-dentaires.</p> <p>Au sein de la Résidence DEBROU, une équipe pluridisciplinaire composée de : six médecins salariés, trois psychologues, un ergothérapeute, trois Cadres de santé paramédicaux, des IDE de jour et de nuit, d'ASG et d'une majorité d'Aides-Soignants garantissent la sécurité des soins apportés aux résidents. La Résidence DEBROU dispose également d'une diététicienne à temps plein dans l'établissement. Elle est chargée de l'élaboration des plans alimentaires ainsi que des menus proposés à l'ensemble des résidents. Des modes opératoires relatifs à la prise en charge de la dénutrition ont été élaborés et sont connus de l'ensemble des agents. Des fiches hydriques et alimentaires sont également réalisées en tant que de besoin, en particulier pour les résidents présentant une dénutrition. Des repas thérapeutiques, des repas à thèmes et des repas "manger main" sont également proposés aux résidents afin de lutter contre la dénutrition. Un menu de substitution est proposé à tout résident qui en formule la demande. Une Commission des Menus est organisée au minimum 4 fois par an en présence de représentants des résidents. Cette Commission des Menus se prononce notamment sur la qualité et la quantité des menus proposés aux résidents. Des fiches de satisfaction concernant les repas sont également mises à disposition des familles et des proches et font l'objet d'un traitement quotidien par le Directeur. Les équipes sont sensibilisées à la déshydratation et à la dénutrition et font preuve de vigilance et de surveillance. Le Plan Bleu est opérationnel et le Plan Canicule est rédigé. Des tours de boissons réguliers sont réalisés par l'équipe soignante. Des boissons à texture adaptée sont proposées. Tous les ans, deux agents sont spécifiquement recrutés du 1er juillet au 31 août pour renforcer l'équipe soignante dans le cadre de l'hydratation des résidents. La validation de l'hydratation est réalisée par les agents, et vérifiée au moins une fois par semaine par les Cadres de Santé Paramédicaux. Les IDE sont autorisés à poser la première perfusion de réhydratation sous cutanée si nécessaire, dans le cadre d'un mode opératoire.</p>		
Description de l'action	<p>Poursuivre la mise en œuvre des repas thérapeutiques et repas à thèmes. Poursuivre le développement du "manger main" Poursuivre la réalisation des enquêtes de satisfaction des repas et l'organisation régulière des Commissions des Menus Développer la prise en charge bucco-dentaire au sein de la Résidence DEBROU Renforcer la politique de repérage des risques de dénutrition et de déshydratation des résidents Poursuivre la surveillance des personnes à risque de dénutrition Identifier des infirmiers référents pour la prévention et la prise en charge des escarres</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction Médecin coordonnateur Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadre de Santé Diététicienne Responsable Restauration</p>		
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps d'information + Temps de formation		
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition Surveillance de la courbe de poids Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments Résultat des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration Existence d'une convention pour les soins bucco-dentaires Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage bucco-dentaire</p>		
	Date de début :	01/01/2021	Date de fin : 31/12/2025
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge de la dénutrition	Oui	
	Surveillance de la courbe de poids	Oui	
	Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	55%	
	Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	Réalisée	
	Existence d'une convention pour les soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissement de santé)	Non	
	Taux de résidents ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire	0%	
	Nombre de résidents dénutris	128	
	Désignation d'infirmiers référents pour la prévention et la prise en charge des escarres	Oui	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Malgré l'existence de formations relatives à la prise en charge bucco-dentaire, la Résidence DEBROU doit faire évoluer son offre médicale en la matière, en proposant notamment des dépistages bucco-dentaires ou en formalisant une convention avec un médecin dentiste libéral pour programmer des interventions au sein de l'établissement. Il conviendra également d'intégrer la dimension bucco-dentaire au projet médical de la Résidence DEBROU.</p>		
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint		

Fiche Action N° 4.4

Axe 4

Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4-4 Améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et la diminution de la polymédication

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	10/03/2020
	<p>Politique de prévention</p> <p>objectif PRS n° 24 réduire la iatrogénie médicamenteuse évitable en réduisant le recours à certains médicaments objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie</p>		

Constat du diagnostic	<p>Au sein de la Résidence DEBROU, une équipe pluridisciplinaire composée de : six médecins salariés, trois psychologues, un ergothérapeute, trois Cadres de santé, des IDE de jour et de nuit, d'ASG et d'une majorité d'Aides-Soignants garantissent la sécurité des soins apportés aux résidents.</p> <p>Un DARI a été finalisé et est révisé chaque année devant le CHSCT. L'établissement dispose de six médecins salariés, dont un est désigné référent "Iatrogénie" et participe aux activités CCLIN et OMEDIT. Chacun des six médecins salariés de la Résidence DEBROU est référent d'une spécialité (nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, escarres, etc.). Des modes opératoires relatifs à la sécurité des soins sont écrits (déshydratation, dénutrition, prévention des chutes, etc.).</p> <p>Le mode opératoire "Circuit du médicament" a été révisé en 2018. La dispensation est réalisée nominativement par la pharmacie, avec un suivi de gestion des stocks et des péremptions. Le local à pharmacie est sécurisé par un digicode. Les stupéfiants sont délivrés sur prescriptions médicales et rangées dans un coffre uniquement accessible aux IDE. Depuis 2016, la Résidence DEBROU bénéficie de nouveaux chariots de distribution fermés.</p> <p>Les médicaments sont préparés par robot PDA au sein de la pharmacie prestataire sélectionnée après la mise en œuvre d'une procédure de marché public. Une liste raisonnée OMEDIT préférentielle des médicaments et des psychotropes et une liste des médicaments écrasables sont rédigées. La Résidence DEBROU dispose d'un logiciel intégré de suivi des interactions médicamenteuses (DISPEN). Une surveillance spécifique des classes médicamenteuses à risque est assurée (psychotropes). Parmi les six médecins salariés de la Résidence DEBROU, un médecin est référent "Iatrogénie".</p> <p>Le livret du médicament (base OMEDIT CENTRE) est mis en place et à disposition des médecins libéraux. Il fait l'objet d'une actualisation annuelle. Un mode opératoire "Ecrasement des médicaments" définit les modalités pratiques de l'écrasement des médicaments (décision, recommandation, matériel, transmissions). Des bilans biologiques et cliniques sont régulièrement réalisés.</p>									
Description de l'action	<p>Poursuivre la réduction et la prescription raisonnée des psychotropes, en particulier neuroleptiques</p> <p>Maintenir la réalisation des prescriptions médicales par les médecins traitants dès lors qu'il existe une nomenclature de prescription</p> <p>Maintenir les prescriptions médicales écrites, datées, signées, informatisées et transmises à la pharmacie sans retranscription</p> <p>Réactualiser annuellement le Livret du médicament</p> <p>Maintenir le niveau de sécurité dans le circuit du médicament</p> <p>Pérenniser et interroger régulièrement l'organisation du circuit du médicament de la Résidence DEBROU en sécurisant en particulier la distribution et la préparation extemporanée des traitements</p>									
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Médecin coordonnateur</p> <p>Cadre Supérieur de Santé Paramédical</p> <p>Psychologues</p>									
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de rédaction + Temps d'information									
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDHPAD)</p> <p>Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an</p> <p>Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés</p> <p>Existence d'un protocole de bonne pratique de prescription.</p>									
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021		Date de fin :		31/12/2025			
	Objectif indicateur de suivi				Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
	Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescriptions par mois (RESIDHPAD)									
	Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an (RESIDHPAD)				74					
	Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés et taux d'EIG analysés				0%		100%			
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée ...)				Oui						
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La Résidence DEBROU développe l'approche non-médicamenteuse afin de réduire la polymédication et l'usage de psychotropes. Le développement de cette approche doit être poursuivi et faire l'objet d'un axe spécifique du projet institutionnel 2021-2025.									
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint									

Fiche Action N° 4.5										
Axe 4										
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes										
4-5 Déclarer et analyser les événements indésirables										
Personne Référente :	Directeur-Adjoint		Date de création	10/03/2020						
Constat du diagnostic	<p>Maîtrise des risques</p> <p>objectif PRS n° 25 promouvoir et favoriser la déclaration et le traitement des événements indésirables en développant la culture positive de l'erreur</p> <p>objectif PRS n° 26 assurer l'analyse approfondie des événements indésirables graves associés à des soins</p> <p>La démarche qualité est pilotée en réunion de direction, des axes d'amélioration sont identifiés à 5 ans.</p> <p>Le Directeur réalise des informations quotidiennes sur la démarche qualité auprès des responsables de service lors des réunions de Direction, auprès du personnel lors des réunions de Direction dans les différents services et auprès des résidents, familles et proches lors des réunions familles. Les dernières enquêtes de satisfaction des résidents et des familles ont fait l'objet d'une analyse et ont donné lieu à des recommandations.</p> <p>Les dysfonctionnements sont déclarés par le biais des fiches d'événements indésirables. Ces fiches sont recensées et étudiées quotidiennement par l'équipe de Direction qui propose des solutions concrètes et durables pour améliorer le fonctionnement de l'établissement. Elles font également l'objet d'un rapport annuel publié, après présentation devant les instances, sur le site internet www.debrou.fr. Un registre des satisfactions, des plaintes, des réclamations est mis en place avec suivi des réponses sur la forme et le fond adressées aux résidents, familles ou proches ayant formulé une remarque quel qu'en soit le domaine.</p>									
Description de l'action	<p>Assurer une mise à jour régulière de la feuille d'évènement indésirable pour répondre aux besoins des résidents, des familles, des proches et des membres du personnel de la Résidence DEBROU</p> <p>Recenser les plaintes les plus récurrentes afin de mettre en place des mesures de prévention éventuelles</p> <p>Poursuivre la prise en compte individualisée des plaintes, réclamations ou satisfactions exprimées par les résidents, leur famille et leurs proches</p> <p>Encourager l'ensemble des membres du personnel de la Résidence DEBROU à signaler les événements indésirables</p> <p>Poursuivre le suivi des événements indésirables déclarés au sein de la Résidence DEBROU</p> <p>Poursuivre le suivi du registre des satisfactions, des plaintes et des réclamations de la Résidence DEBROU</p> <p>Poursuivre le suivi concernant l'évaluation annuelle des objectifs du plan d'amélioration de la qualité de la Résidence DEBROU</p>									
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction</p> <p>Responsable Communication</p> <p>Responsable Accueil</p>									
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps d'évaluation + Temps de rédaction des courriers de réponse + Temps d'information									
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration des EIG</p> <p>Protocole de déclaration des EIG</p> <p>Nombre d'EIG déclarés</p> <p>Nombre de RETEX formalisés</p>									
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021		Date de fin :		31/12/2025			
	Objectif indicateur de suivi				Situation Actuelle		Mi-parcours		Fin d'Action	
	Adoption d' une charte d'incitation à la déclaration				Oui					
	Protocole de déclaration des EIG				Oui					
	Nombre d'EIG déclarés				0					
Nombre de RETEX formalisés				15						
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Poursuivre la politique d'amélioration continue de la qualité actuelle de la Résidence DEBROU et l'incitation à la déclaration systématique de tout évènement indésirable.</p> <p>Garantir à chacun une réponse individualisée.</p> <p>Poursuivre la réalisation de Groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle en cas d'évènement indésirable et/ou de situation complexe.</p>									

Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint
---	---

Fiche Action N° 4.6					
Axe 4					
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes					
4-6 Améliorer la prévention et la prise en charge des chutes					
Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	10/03/2020		
Constat du diagnostic	<p>Politique de prévention</p> <p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques de chute</p>				
	<p>Au sein de la Résidence DEBROU, une équipe pluridisciplinaire composée de : six médecins salariés, trois psychologues, un ergothérapeute, trois Cadres de santé, des IDE de jour et de nuit, d'ASG et d'une majorité d'Aides-Soignants garantissent la sécurité des soins apportés aux résidents. L'établissement dispose de six médecins salariés. Chacun des six médecin salarié de la Résidence DEBROU est référent d'une spécialité (nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, escarres, etc.). Des modes opératoires relatifs à la sécurité des soins sont écrits (déshydratation, dénutrition, prévention des chutes, etc.). Les déclarations de chute sont réalisées par l'intermédiaire d'une fiche de chute et sont scannées dans le dossier de soins du résident. En équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute analyse les conditions de survenue des chutes lorsqu'elles sont récurrentes et met en place des actions correctives. Les chutes font l'objet d'un signalement, sont tracées dans le dossier du résident et font l'objet d'échange lors des transmissions. Le mode opératoire "Contention physique" est écrit. Tous les recours à la contention physique font l'objet d'une discussion en équipe en transmission et/ou en Groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle (GAPP) avec une analyse bénéfique/risque. Les contentions physiques sont prescrites, tracées, échéancées et évaluées et font l'objet d'un avenant au Contrat de Séjour du résident. En cas d'agitation psychiatrique sévère, une déclaration en chambre de répit pourra être prononcée par le service de psychiatrie B du CHRU de Tours, validée par un protocole personnalisé et des critères de suivi.</p>				
Description de l'action	<p>Maintenir et optimiser l'offre médicale de la Résidence DEBROU</p> <p>Poursuivre la réduction et la prescription raisonnée des psychotropes, en particulier neuroleptiques</p> <p>Poursuivre la collaboration avec le pharmacien référent relative à la prescription de chaussures adaptées à la prévention des chutes</p> <p>Poursuivre la politique de réduction du risque sensoriel afin d'éviter les chutes liées à une basse vision</p> <p>Pérenniser l'analyse des chutes et leurs conséquences au sein de la Résidence DEBROU</p> <p>Poursuivre le suivi des statistiques des hospitalisations des résidents de la Résidence DEBROU</p> <p>Mettre en place des ateliers de prévention des chutes (répondre aux appels à projets Conférence des financeurs et/ou ARS) ouverts sur l'extérieur (cf axe 6)</p>				
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Médecin coordonnateur</p> <p>Cadre Supérieur de Santé Paramédical</p> <p>Ergothérapeute</p>				
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de formation + Temps d'information				
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Protocole de prévention des chutes</p> <p>Nombre de chutes prises en charge</p> <p>Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation</p> <p>Nombre de chuteurs à répétition</p> <p>Protocole de contention</p> <p>Taux de résidents avec une contention prescrite</p> <p>Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique</p>				
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021		
	Date de fin :		31/12/2025		
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Protocole de prévention de chutes		Oui		
	Nombre de chutes prises en charge		1407		
	Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation		0%		
	Nombre de chuteurs à répétition		63		
Protocole de contention		Oui			
Taux de résidents avec contention prescrite		0%			
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique		142			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Poursuivre l'organisation d'ateliers d'activité physique.</p> <p>Pérenniser l'organisation médicale et paramédicale actuelle de la Résidence DEBROU contribuant à limiter les hospitalisations dues aux chutes.</p>				
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint				

Fiche Action N° 4.7				
Axe 4				
Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes				
4-7 Sécuriser le circuit du médicament				
Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	10/03/2020	
Constat du diagnostic	<p>Maîtrise des risques</p> <p>objectif PRS n° 37 repérer de façon précoce les PA fragiles afin d'éviter ou retarder la perte d'autonomie Renforcer les stratégies de lutte contre les facteurs d'hospitalisation ou de ré-hospitalisation évitables du sujet âgé avec une politique coordonnée de prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse</p>			
	<p>Le mode opératoire "Circuit du médicament" a été révisé en 2018. La dispensation est réalisée nominativement par la pharmacie, avec un suivi de gestion des stocks et des péremptions. Le local à pharmacie est sécurisé par un digicode. Les stupéfiants sont délivrés sur prescriptions médicales et rangées dans un coffre uniquement accessible aux IDE. Depuis 2016, la Résidence DEBROU bénéficie de nouveaux chariots de distribution fermés. Les médicaments sont préparés par robot PDA au sein de la pharmacie prestataire sélectionnée après la mise en œuvre d'une procédure de marché public. Une liste raisonnée OMEDIT préférentielle des médicaments et des psychotropes et une liste des médicaments écrasables sont rédigées. La Résidence DEBROU dispose d'un logiciel intégré de suivi des interactions médicamenteuses (DISPEN). Une surveillance spécifique des classes médicamenteuses à risque est assurée (psychotropes). Parmi les six médecins salariés de la Résidence DEBROU, un médecin est référent "Iatrogénie".</p> <p>Le livret du médicament (base OMEDIT CENTRE) est mis en place et à disposition des médecins libéraux. Il fait l'objet d'une actualisation annuelle.</p> <p>Un mode opératoire "Ecrasement des médicaments" définit les modalités pratiques de l'écrasement des médicaments (décision, recommandation, matériel, transmissions). Des bilans biologiques et cliniques sont régulièrement réalisés.</p>			

Description de l'action	Maintenir la réalisation des prescriptions médicales par les médecins traitants dès lors qu'il existe une nomenclature de prescription Maintenir les prescriptions médicales écrites, datées, signées, informatisées et transmises à la pharmacie sans retranscription Renforcer l'investissement des médecins libéraux dans le suivi informatique des dossiers des résidents Réactualiser annuellement le Livret du médicament Réaliser annuellement le Rapport médical Maintenir le niveau de sécurité dans le circuit du médicament Pérenniser et interroger régulièrement l'organisation du circuit du médicament de la Résidence DEBROU en sécurisant en particulier la distribution et la préparation extemporanée des traitements			
Identification des acteurs à mobiliser	Médecin coordonnateur Pharmacien référent Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadres de Santé			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de rédaction des rapports + Temps d'information			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Présence d'un protocole relatif au circuit du médicament Réalisation de l'auto-diagnostic sur le circuit du médicament Nombre d'évènements indésirables en lien avec des médicaments/ordonnances			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2021	Date de fin :	31/12/2025
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	Fin d'Action
	Présence d'un protocole circuit du médicament		Oui	
	L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?		Oui	
	Nombre d'écarts		9	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La désignation du pharmacien prestataire par le biais d'un marché public devra être renouvelée en 2020 selon la même procédure. La préparation des médicaments par robot PDA permet d'améliorer la qualité de vie au travail des agents et de garantir la sécurité des résidents. Les intervenants libéraux doivent être davantage sensibilisés aux modes opératoires et bonnes pratiques de la Résidence DEBROU.			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°4.8

Axe 4 : développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4.8 - Sécuriser la prise en soins des résidents

Personne Référente :	Médecin coordonnateur	Date de création	04/03/2020	
Constat du diagnostic	Maîtrise des risques Au sein de la Résidence DEBROU, une équipe pluridisciplinaire composée de : six médecins salariés, trois psychologues, un ergothérapeute, trois Cadres de santé paramédicaux, des IDE de jour et de nuit, d'ASG et d'une majorité d'Aides-Soignants garantissent la sécurité des soins apportés aux résidents. L'établissement dispose de six médecins salariés. Chacun des six médecins salariés de la Résidence DEBROU est référent d'une spécialité (nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, escarres, etc.). Des modes opératoires relatifs à la sécurité des soins sont écrits (déshydratation, dénutrition, prévention des chutes, etc.). Le dossier individuel contient toutes les données du résident (identification du médecin traitant, antécédents médicaux, allergies et contre-indications médicamenteuses, évaluation globale, affections, état de dépendance, traitement mis en œuvre, suivi et évaluation, protocoles de soin et d'aides mis en œuvre, synthèses périodiques, etc.). Les déclarations de chute sont réalisées par l'intermédiaire d'une fiche de chute et sont scannées dans le dossier de soins du résident. En équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute analyse les conditions de survenue des chutes lorsqu'elles sont récurrentes et met en place des actions correctives. Les chutes font l'objet d'un signalement, sont tracées dans le dossier du résident et font l'objet d'échange lors des transmissions. Les équipes sont sensibilisées à la déshydratation et font preuve de vigilance et de surveillance. Le Plan Bleu est opérationnel et le Plan Canicule est rédigé. Des tours de boissons réguliers sont réalisés par l'équipe soignante. Des boissons à texture adaptée sont proposées. Tous les ans, deux agents sont spécifiquement recrutés du 1er juillet au 31 août pour renforcer l'équipe soignante dans le cadre de l'hydratation des résidents. La validation de l'hydratation est réalisée par les agents, et vérifiée au moins une fois par semaine par les Cadres de Santé Paramédicaux. Les IDE sont autorisés à poser la première perfusion de réhydratation sous cutanée si nécessaire, dans le cadre d'un mode opératoire.			
Description de l'action	Organiser la traçabilité des agents présents au cours des transmissions Maintenir la pertinence des échanges et des thèmes lors des temps de transmissions Sensibiliser à nouveau les professionnels libéraux à l'obligation de tracer leurs interventions dans les dossiers de soins Rappeler aux membres du personnel de la Résidence DEBROU de maintenir verrouillés les locaux de stockage des produits d'entretien et des produits dangereux Rappeler aux membres du personnel de la Résidence DEBROU de maintenir les locaux techniques verrouillés Poursuivre la mise à jour du document unique des risques professionnels de la Résidence DEBROU			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Médecin coordonnateur Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadres de Santé Paramédicaux Diététicienne IDE + AS + ASHQ + AH			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de formation + Temps d'information + Temps d'évaluation			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Informatisation totale du dossier de soins des résidents Nombre de résidents dénutris Désignation d'infirmiers référents pour la prévention et la prise en charge des escarres			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :	01/01/2021	Date de fin :	31/12/2025
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	Fin d'Action
	Informatisation totale du dossier de soins des résidents			
	Existence du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels		Oui	
	Réalisation des visites réglementaires de sécurité		Oui	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Les informations délivrées lors des transmissions doivent être systématiquement tracées dans les dossiers de soins des résidents. Les modes opératoires doivent être réactualisés en tant que de besoin.			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°4.9

Axe 4 : développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes

4.9 - Poursuivre l'inscription de la Résidence DEBROU dans les valeurs de Bientraitance, d'Ecoute et de Citoyenneté

Personne Référente :	Directeur	Date de création	04/03/2020	
	Bientraitance			

Constat du diagnostic	<p>Une politique de respect de la dignité individuelle est développée au sein de la Résidence DEBROU, de même qu'une politique de soins et valeurs éthiques dans le domaine des toilettes et des soins apportés aux résidents. Ces pratiques ont été validées par l'évaluation externe d'avril 2013. Des formations "Prendre Soins et Bienveillance" sont proposées aux membres du personnel tous les ans. Le Directeur et la psychologue proposent également tous les ans une formation "Bienveillance et Citoyenneté". Tous les ans, le Directeur de la Résidence DEBROU organise des réunions de direction dans chaque service. Ces réunions sont notamment l'occasion de rappeler les valeurs de Bienveillance, d'Ecoute et de Citoyenneté qui guident la Résidence DEBROU dans l'accomplissement de sa mission. Le Livret d'accueil du résident, des familles et des proches comporte également un Guide contre la Maltraitance.</p> <p>Les résidents peuvent recevoir leur famille et leurs proches au sein de leur logement ou bien dans des salons spécifiquement dédiés à cet effet. Chaque unité de vie dispose d'au moins un de ces salons familles.</p> <p>Les familles et les proches du résident sont également invités à participer à des "Formations des Aidants" organisées tous les deux mois par l'une des trois psychologues de la Résidence DEBROU. Les familles et aidants du domicile sont également conviés à y participer. Ces formations sont des espaces de partage entre les familles et les proches des résidents. Elles permettent également aux familles d'en apprendre plus sur les troubles psycho-comportementaux dont sont atteints leurs proches. Un film de présentation de ces formations aidants a été réalisé et mis à disposition de tous sur le site internet www.debrou.fr.</p> <p>Les résidents atteints de détérioration intellectuelle bénéficient d'un projet de vie spécifique visant au maintien de leur autonomie psychique et physique. L'unité protégée accueille prioritairement des résidents présentant des troubles du comportement. Les PASA complètent cette offre de soins en faveur de la bienveillance. Trois ASG ainsi que des agents paramédicaux assurent l'accompagnement des résidents bénéficiaires du PASA. Une prise en charge spécifique est assurée par les psychologues. Celle-ci est prescrite et tracée dans le dossier de soins informatisé du résident.</p>			
Description de l'action	<p>Maintenir le leitmotiv de la Résidence DEBROU de s'inscrire en toute priorité comme un lieu de vie</p> <p>Faire de chaque jour un moment de libre expression citoyenne, de partage et de convivialité</p> <p>Maintenir la politique de respect de la dignité humaine au sein de la Résidence DEBROU</p> <p>Maintenir la politique de sensibilisation des équipes soignantes concernant le « savoir-être » et le contact social</p> <p>Poursuivre la sensibilisation et la formation des équipes aux principes de Prise en soins et de Bienveillance</p> <p>Maintenir la prise en compte des souhaits et des besoins des résidents dans le projet institutionnel</p> <p>Poursuivre la sensibilisation des membres du personnel au respect des souhaits du résident et de sa famille, en situation de fin de vie</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction</p> <p>Médecin Coordonnateur</p> <p>Cadre Supérieur de Santé Paramédical</p> <p>Cadres de Santé Paramédicaux</p> <p>Psychologues</p>			
Moyens nécessaires	<p>Ressources Internes : Temps de formation + Temps d'information + Temps d'évaluation</p>			
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Nombre de formations Bienveillance suivies / an</p> <p>Nombre de CVS organisés par an</p> <p>Nombre de Comités Animation réalisés / an</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	<p>Date de début : 01/01/2021</p>	<p>Date de fin : 31/12/2025</p>		
	<p>Objectif Indicateur de suivi</p>	<p>Situation Actuelle</p>	<p>Mi-parcours</p>	<p>Fin d'Action</p>
	<p>Nombre de formations Bienveillance suivies / an</p>	<p>43</p>		
	<p>Nombre de CVS organisés par an</p>	<p>4</p>		
	<p>Nombre de Comités Animation réalisés / an</p>	<p>35</p>		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>A compléter par l'établissement</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat	<p>A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint</p>			

DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

A remplir par l'établissement

A remplir par l'établissement

Amélioration de la qualité de vie au travail

Amélioration de la qualité de vie au travail

Une démarche AQVT de la Résidence DEBROU a été financée par l'ANFH en 2017. La Résidence DEBROU a également candidaté au cluster AQVT. Un comité de suivi de l'AQVT du personnel a été mis en place en 2017. Un accord avec le syndicat Sud-Santé sociaux concernant l'organisation du travail a été signé en 2019. Cette organisation du travail est fondée sur la proximité et la transparence. Une astreinte administrative réglementaire de terrain est disponible 24H/24, renforcée par une astreinte IDE 24H/24. Une couverture médicale tous les jours de semaine est effectuée par les médecins salariés de l'établissement.

Le Plan de Prévention des Risques Psycho-Sociaux et d'Amélioration de la Qualité de Vie au Travail a été validé en CHSCT. Des fiches d'évènement indésirables relatives aux risques psycho-sociaux sont analysées au sein du CHSCT. Le traitement des plaintes et des problématiques est organisé par l'équipe d'encadrement de l'établissement. Les temps de transmissions constituent également des temps de débriefing face à des évènements aigus difficiles. Un lien avec la médecine du travail est organisé sur le site de la Résidence DEBROU et au CHRU de Tours. Le médecin du travail reçoit les agents en tant que de besoin.

Le personnel bénéficie également d'un soutien individualisé en situation de stress ou d'agression. Un système de vidéo-accompagnement de nuit permet d'améliorer la qualité de vie des résidents tout en optimisant la sécurité professionnelle du personnel.

La politique de gestion des ressources humaines permet le remplacement systématique de toute absence.

0,5 ETP supplémentaire est affecté à chaque unité de vie de la Résidence DEBROU le week-end et les jours fériés.

Des GAPP sont organisés tous les vendredis. A cette occasion, le médecin coordonnateur réunit l'équipe soignante d'une unité de vie autour du Cadre de Santé du secteur concerné, ainsi que des professionnels pouvant apporter leur expertise sur des sujets précis. Ces rencontres permettent aux équipes d'étudier et d'analyser les situations les mettant en difficulté. L'objectif est de parvenir à une prise en soins individualisée. Les GAPP permettent de développer des valeurs communes et de donner aux agents des clés pour individualiser au maximum la prise en soins des résidents.

Evolution des compétences de professionnels

Evolution des compétences de professionnels

Chaque année, le Plan de formation est construit après sollicitation individuelle et écrite de l'ensemble des agents. Il est ensuite présenté aux instances puis validé en tenant compte des priorités de la Résidence DEBROU et des budgets disponibles. Des formations collectives sont priorisées pour tous les services en interne (Humanitude, bientraitance, maladie d'Alzheimer, gestion des petits conflits avec la famille, etc.) et à l'extérieur de l'établissement (sécurité incendie).

La formation GAPA (Gestion et Activation de la Personne Agée) est réalisée en interne par un agent de la Résidence DEBROU qui se déplace dans les unités de soins afin de former les agents au plus près des besoins des résidents.

La formation continue et les formations diplômantes occupent une place importante dans le plan de formation.

Des formations sont réalisées tout au long de l'année pour prévenir tout type d'accidents (manutention, GAPA, habilitations électriques, prise en charge des troubles psychiatriques, etc.).

Des formations à l'utilisation du logiciel ARCADIS et aux modes opératoires sont également programmées.

La formation aux gestes et soins d'urgences est inscrite tous les ans au plan de formation. Elle intègre toutes les catégories de personnel soignant ; une formation spécifique aux gestes d'urgence est réalisée en direction du personnel non soignant.

Un Plan Quinquennal de Formations de Longue Durée est également mis en place, de même que le Développement Professionnel Continu.

La Résidence DEBROU privilégie la promotion interne et organise régulièrement (voire tous les ans) des concours. Tous les ans, des ASHQ sont envoyés en école d'AS. La Validation des Acquis de l'Expérience est également utilisée pour l'obtention du diplôme d'Etat d'AS.

Pour les locaux communs, un agent a obtenu un Bac Professionnel dédié à l'hygiène des sols et des surfaces. Cet agent est chargé d'encadrer directement l'équipe d'hygiène des logements sur le terrain.

Les agents bénéficient du Compte Personnel de Formation et son informés de son existence notamment par le biais du Livret d'accueil.

Points Forts

Axes d'Améliorations

Pistes Actions / Thèmes des Fiches Actions

Date début	N° de Fiche	Thèmes	Actions	Date échéance
	5.1	Amélioration de la qualité de vie au travail	5-1 Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail	
	5.2	Evolution des compétences de professionnels	5-2 Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques	
	5.3	Evolution des compétences de professionnels	5-3 améliorer la politique de gestion des emplois et compétences	
	5.4	Evolution des compétences de professionnels	5.4 - Préciser les missions et renforcer les compétences des membres du personnel de la Résidence DEBROU	
	5.5	Evolution des compétences de professionnels	5.5 - Renforcer l'équipe infirmière	
	5.6	Evolution des compétences de professionnels	5.6 - Poursuivre le déploiement de l'équipe hôtelière	
	5.7	Evolution des compétences de professionnels	5.7 - Accueillir chaque nouveau membre du personnel comme il se doit	

Fiche Action N° 5.1

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-1 Développer des organisations et des leviers d'amélioration de la qualité de vie au travail

Personne Référente :	Directeur	Date de création	13/03/2020
Constat du diagnostic	Amélioration de la qualité de vie au travail objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale Améliorer l'efficacité des établissements : Conduire en partenariat entre l'ARS, les Conseils départementaux et les fédérations d'établissements un plan d'action concernant les organisations de travail, et les leviers d'amélioration à la fois de la qualité des prises en charge et de la qualité de vie au travail pour les personnels,		
	Une démarche AQVT de la Résidence DEBROU a été financée par l'ANFH en 2017. La Résidence DEBROU a également candidaté au cluster AQVT proposé par l'ARACT Centre-Val de Loire en lien avec l'ARS Centre-Val de Loire. Un comité de suivi de l'AQVT du personnel a été mis en place en 2017. L'amélioration continue de la qualité de vie au travail des professionnels est un axe majeur du projet d'établissement 2021-2025. Un accord avec le syndicat Sud-Santé sociaux concernant l'organisation du travail a été signé en 2019. Cette organisation du travail est fondée sur la proximité et la transparence. Une astreinte administrative réglementaire de terrain est disponible 24H/24, renforcée par une astreinte IDE 24H/24. Une couverture médicale tous les jours de semaine est effectuée par les médecins salariés de l'établissement. Le Plan de Prévention des Risques Psycho-Sociaux et d'Amélioration de la Qualité de Vie au Travail a été validé en CHSCT. Des fiches d'évènement indésirables relatives aux risques psycho-sociaux sont analysées au sein du CHSCT. Le traitement des plaintes et des problématiques est organisé par l'équipe d'encadrement de l'établissement. Les temps de transmissions constituent également des temps de débriefing face à des évènements aigus difficiles. Un lien avec la médecine du travail est organisé sur le site de la Résidence DEBROU et au CHRU de Tours. Le médecin du travail reçoit les agents en tant que de besoin. Le personnel bénéficie également d'un soutien individualisé en situation de stress ou d'agression. Un système de vidéo-accompagnement de nuit permet d'améliorer la qualité de vie des résidents tout en optimisant la sécurité professionnelle du personnel. La politique de gestion des ressources humaines permet le remplacement systématique de toute absence. 0,5 ETP supplémentaire est affecté à chaque unité de vie de la Résidence DEBROU le week-end et les jours fériés. Des GAPP sont organisés tous les vendredis. A cette occasion, le médecin coordonnateur réunit l'équipe soignante d'une unité de vie autour du Cadre de Santé du secteur concerné, ainsi que des professionnels pouvant apporter leur expertise sur des sujets précis. Ces rencontres permettent aux équipes d'étudier et d'analyser les situations les mettant en difficulté. L'objectif est de parvenir à une prise en soins individualisée. Les GAPP permettent de développer des valeurs communes et de donner aux agents des clés pour individualiser au maximum la prise en soins des résidents.		

Description de l'action	<p>Poursuivre la politique d'amélioration de la qualité de vie au travail des membres du personnel de la Résidence DEBROU (mobilisation des crédits ARS Ségur investissements du quotidien)</p> <p>Optimiser les conditions de travail des membres du personnel de la Résidence DEBROU</p> <p>Pérenniser l'organisation du travail des Cadres de Santé Paramédicaux</p> <p>Pérenniser l'organisation actant la désignation d'un(e) infirmier/ère référent(e) au sein de chaque service de soins</p> <p>Poursuivre le déploiement de 0.5 ETP supplémentaire dans toutes les unités de vie le week-end et les jours fériés</p> <p>Poursuivre le remplacement systématique de toute absence au sein des services de soins de la Résidence DEBROU</p> <p>Renforcer la place des Aides-Soignants au sein de tous les services de soins de la Résidence DEBROU</p> <p>Consolider le rôle professionnel et l'action des référents institutionnels</p> <p>Appliquer et faire évoluer en tant que de besoin le plan de prévention des risques professionnels de la Résidence DEBROU</p> <p>Poursuivre la politique de prévention des troubles musculo-squelettiques</p> <p>Ergonomiser tous les postes de travail en tant que de besoin</p> <p>Poursuivre le déploiement des séances de réveil musculaire du personnel soignant de la Résidence DEBROU</p> <p>Accompagner le projet professionnel de chaque membre du personnel de la Résidence DEBROU</p> <p>Maintenir les propositions de postes aménagés au regard des situations individuelles de chaque membre du personnel</p> <p>Mettre en œuvre la nouvelle réglementation relative à l'entretien professionnel</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction</p> <p>Cadre Supérieur de Santé Paramédical</p>			
Moyens nécessaires	<p>Ressources Internes : Temps de formation + Temps d'évaluation</p>			
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Taux d'absentéisme</p> <p>Taux d'absentéisme de courte durée</p> <p>Taux d'accidents du travail</p> <p>Taux d'ETP vacants au 31/12</p> <p>Taux de rotation des personnels</p> <p>Taux de personnel occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management</p> <p>Ratio d'encadrement global</p> <p>Nombre de point GIR par AS</p> <p>Ratio d'encadrement AS/ASHQ</p> <p>Ratio d'encadrement IDE</p> <p>Taux de remplacement du personnel</p> <p>Nombre de professionnels formés aux TMS ou aux RPS depuis moins de 3 ans</p> <p>Nombre de professionnels bénéficiant d'un poste aménagé</p> <p>Existence du Plan de Prévention des Risques Professionnels</p> <p>Nombre de formations diplômantes / an</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	<p>Date de début : 01/01/2021 Date de fin : 31/12/2025</p>			
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Taux d'absentéisme	9.54%		6.00%
	Taux d'absentéisme courte durée	0.49%		
	Taux d'accident du travail	1.78%		
	Taux d'ETP vacants au 31/12	0.00%		
	Taux de rotation des personnels	9.81%		
	Taux de personnel occupant une fonction de gestion	4.29%		
	Ratio d'encadrement global	0.80		
	Nombre de points GIR par AS	16		
	Ratio d'encadrement AS/ASH	0.50		
	Ratio d'encadrement IDE	0.07		
	Taux de remplacement du personnel	100%		
	Nombre de professionnels formés aux TMS ou aux RPS	87		
	Nombre de professionnels bénéficiant d'un poste	3		
Existence du Plan de Prévention des Risques	Oui			
Nombre de formations diplômantes / an	9			
Projet d'accueil des remplaçants élaboré	Non			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>La réduction des TMS et l'ergonomisation des postes de travail est un enjeu essentiel pour favoriser l'employabilité et la soutenabilité du travail des professionnels. La Résidence DEBROU doit poursuivre sa politique d'amélioration constante de la qualité de vie au travail des agents et de réduction de l'absentéisme. Les séances de réveil musculaires organisées au sein de la Résidence DEBROU par un agent spécifiquement formé sont particulièrement bénéfiques aux agents. Les résidents peuvent également se joindre aux agents s'ils le souhaitent. Ils constituent de véritables moments d'échanges et de partage.</p> <p>La Résidence DEBROU souhaite maintenir sa politique de formation et de promotion interne qui contribue fortement à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels. Le maintien du bâti en bon état et le remplacement ou la réparation systématique du matériel défectueux ou endommagé est également un facteur de satisfaction du personnel.</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat	<p>A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint</p>			

Axe 5

Ressources Humaines

accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5-2 Améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques

Personne Référente :	Directeur	Date de création	13/03/2020		
Constat du diagnostic	Amélioration de la qualité de vie au travail				
	<p>objectif PRS n° 14 favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale : améliorer en continu la qualité des accompagnements en favorisant l'adaptation des pratiques</p> <p>objectif PRS n° 16 anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie : structurer et développer les dispositifs de formation</p> <p>Chaque année, le plan de formation est construit après sollicitation individuelle et écrite de l'ensemble des agents. Il est ensuite présenté aux instances puis validé en tenant compte des priorités de la Résidence DEBROU et des budgets disponibles. Un Plan Quinquennal de Formations de Longue Durée est également mis en place, de même que le Développement Professionnel Continu.</p> <p>La Résidence DEBROU privilégie la promotion interne et organise régulièrement (voire tous les ans) des concours. Tous les ans, des ASHQ sont envoyés en école d'AS. La Validation des Acquis de l'Expérience est également utilisée pour l'obtention du diplôme d'Etat d'AS. Pour les locaux communs, un agent a obtenu un Bac Professionnel dédié à l'hygiène des sols et des surfaces. Cet agent est chargé d'encadrer directement l'équipe d'hygiène des logements sur le terrain.</p> <p>Les agents bénéficient du Compte Personnel de Formation et sont informés de son existence notamment par le biais du Livret d'accueil.</p> <p>Une politique de prévention des Risques Psycho-Sociaux et des Troubles Musculosquelettiques est mise en œuvre au sein de la Résidence DEBROU. Un agent de l'établissement est spécifiquement formé à la prévention des troubles musculosquelettiques et à la manutention. Il dispense ainsi des formations à l'ensemble du personnel soignant, en particulier des formations GAPA (Gestion et Activation de la Personne Agée) et manutention. Ce même agent propose également des séances de réveil musculaire aux équipes soignantes, avant leur prise de poste.</p> <p>La Résidence DEBROU est engagée dans une politique d'ergonomisation des postes de travail. 20 logements de l'établissement sont ainsi équipés de rails à moteur, et plusieurs équipements électriques sont mis à disposition des membres du personnel (verticalisateur, lève-personne, etc.). Les services de blanchisserie sont quant à eux équipés de chariots à remontée automatique. Des postes aménagés sont proposés aux agents en tant que de besoin au regard de leurs contraintes personnelles, après avis de la Médecine du Travail.</p> <p>Des formations collectives sont priorisées pour tous les services en interne (Humanitude, bientraitance, maladie d'Alzheimer, gestion des petits conflits avec la famille, etc.) et à l'extérieur de l'établissement (sécurité incendie). La formation GAPA (Gestion et Activation de la Personne Agée) est réalisée en interne par un agent de la Résidence DEBROU qui se déplace dans les unités de soins afin de former les agents au plus près des besoins des résidents. La formation continue et les formations diplômantes occupent une place importante dans le plan de formation. Des formations sont réalisées tout au long de l'année pour prévenir tout type d'accidents (manutention, GAPA, habilitations électriques, prise en charge des troubles psychiatriques, etc.). Des formations à l'utilisation du logiciel ARCADIS et aux modes opératoires sont également programmées. La formation aux gestes et soins d'urgences est inscrite tous les ans au plan de formation. Elle intègre toutes les catégories de personnel soignant ; une formation spécifique aux gestes d'urgence est réalisée en direction du personnel non soignant.</p>				
Description de l'action	<p>Poursuivre l'élaboration du plan de formation (cf pièce annexe), en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmenter le nombre de membres du personnel formé à la démarche Humanitude© Etendre la formation à l'utilisation du défibrillateur à l'ensemble des membres du personnel Former et désigner un médecin au DU « Psychopathologie de la personne âgée » Former un agent au DU « Prise en charge de la douleur et des soins palliatifs » Faire bénéficier les Aides-Soignants volontaires de la formation d'Assistant de Soins en Gériatrie <p>Poursuivre et adapter la formation des agents aux missions d'hygiène des locaux</p> <p>Poursuivre la sensibilisation des agents à l'utilisation des outils informatiques concernant le suivi des plaies et pansements</p> <p>Poursuivre les formations flash pour garantir l'appropriation des modes opératoires : contention physique, aux soins palliatifs et à la fin de vie</p> <p>Poursuivre et maintenir l'information gériatrique des intervenants libéraux</p> <p>Harmoniser les pratiques professionnelles pour offrir à chaque résident une prise en soins de qualité et favoriser la cohésion au sein de l'établissement : politique de rédaction et d'actualisation des modes opératoires</p> <p>Maintenir l'accessibilité des modes opératoires existants</p>				
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction</p> <p>Médecin coordonnateur</p> <p>Cadre Supérieur de Santé Paramédical</p> <p>Cadres de Santé Paramédicaux</p> <p>Responsable Ressources Humaines</p> <p>Informaticien/Qualiticien</p>				
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps d'évaluation + Temps de rédaction + Temps de formation				
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers</p> <p>Plan de formation</p> <p>Nombre d'agents formés à la prévention des TMS ou postures et RPS</p> <p>Nombre de formations diplômantes / an</p> <p>Nombre de départs en formation / an</p>				
	Date de début :		01/01/2021		
	Date de fin :		31/12/2025		
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Démarche formalisée de gestion prévisionnelle des métiers		OUI		
	Plan de formation : O/N		Oui		
	Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculo-squelettiques ou postures et RPS		87		
	Nombre de modes opératoires réactualisés / an		16		
Nombre de formations diplômantes / an		9			
Nombre de départs en formation / an		127			

Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	La formation et l'existence de modes opératoires sont des éléments essentiels pour permettre l'harmonisation des pratiques professionnelles. Garantir à tout membre du personnel l'accès à la formation et proposer des formations en adéquation avec les spécificités du public accueilli.
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint

Fiche Action N° 5.3
Axe 5
Ressources Humaines
accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail
5-3 améliorer la politique de gestion des emplois et compétences

Personne Référente :	Cadre Supérieur de Santé Paramédical	Date de création	13/03/2020			
Constat du diagnostic	Evolution des compétences des professionnels					
	<p>Chaque année, le Plan de formation est construit après sollicitation individuelle et écrite de l'ensemble des agents. Il est ensuite présenté aux instances puis validé en tenant compte des priorités de la Résidence DEBROU et des budgets disponibles. Des formations collectives sont priorisées pour tous les services en interne (Humanitude, bientraitance, maladie d'Alzheimer, gestion des petits conflits avec la famille, etc.) et à l'extérieur de l'établissement (sécurité incendie). La formation GAPA (Gestion et Activation de la Personne Agée) est réalisée en interne par un agent de la Résidence DEBROU qui se déplace dans les unités de soins afin de former les agents au plus près des besoins des résidents. La formation continue et les formations diplômantes occupent une place importante dans le plan de formation. Un Plan Quinquennal de Formations de Longue Durée est également mis en place, de même que le Développement Professionnel Continu.</p> <p>La Résidence DEBROU privilégie la promotion interne et organise régulièrement (voire tous les ans) des concours. Tous les ans, des ASHQ sont envoyés en école d'AS. La Validation des Acquis de l'Expérience est également utilisée pour l'obtention du diplôme d'Etat d'AS. Pour les locaux communs, un agent a obtenu un Bac Professionnel dédié à l'hygiène des sols et des surfaces. Cet agent est chargé d'encadrer directement l'équipe d'hygiène des logements sur le terrain.</p> <p>Les agents bénéficient du Compte Personnel de Formation et sont informés de son existence notamment par le biais du Livret d'accueil.</p>					
Description de l'action	<p>Augmentation du taux d'encadrement AS pour renforcer la qualité de prise en charge (unité sécurisée et secteur ouvert) par la mobilisation de la convergence tarifaire soins et dépendance suivant le tableau prévisionnel ci-joint</p> <p>Recruter X apprentis AS (cf crédits dédiés ANFH)</p> <p>Maintenir la sensibilisation et la formation des équipes dans le domaine des toilettes et des soins apportés au résident</p> <p>Identifier des personnes ressources sur lesquelles s'appuyer pour former les agents en interne.</p> <p>Pérenniser la sensibilisation des agents aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles</p> <p>Des rappels réguliers doivent être effectués par les Cadres de Santé, en particulier lors des temps de transmissions et des groupes d'analyse de la pratique professionnelle.</p>					
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction</p> <p>Cadre Supérieur de Santé Paramédical</p> <p>Cadres de Santé Paramédicaux</p> <p>Psychologues</p> <p>Responsable Ressources Humaines</p>					
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de formation					
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Organisation comprenant un pool de remplacement</p> <p>Nombre de formations qualifiantes</p> <p>Nombre de personnels formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs depuis moins de 3 ans</p> <p>Nombre de personnels formés à la dénutrition depuis moins de 3 ans</p> <p>Existence de protocoles et modes opératoires liés à la contention physique</p>					
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	Date de fin :		31/12/2025
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action	
	Organisation comprenant un pool de remplacement		Oui			
	Nombre de formations qualifiantes		9			
	Nombre de personnels formés à la prise en charge de la douleur et aux soins palliatifs depuis moins de 3 ans		78			
	Nombre de personnels formés à la dénutrition depuis		37			
	Existence de protocoles et modes opératoires liés à la contention physique		Oui			
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir						
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint					

Fiche Action N°5.4

Axe 5 : Ressources Humaine; accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5.4 - Préciser les missions et renforcer les compétences des membres du personnel de la Résidence DEBROU

Personne Référente :	Directeur	Date de création	04/03/2020
Constat du diagnostic	Evolution des compétences des professionnels		
	<p>Chaque année, le Plan de formation est construit après sollicitation individuelle et écrite de l'ensemble des agents. Il est ensuite présenté aux instances puis validé en tenant compte des priorités de la Résidence DEBROU et des budgets disponibles. Des formations collectives sont priorisées pour tous les services en interne (Humanitude, bienveillance, maladie d'Alzheimer, gestion des petits conflits avec la famille, etc.) et à l'extérieur de l'établissement (sécurité incendie). La formation GAPA (Gestion et Activation de la Personne Agée) est réalisée en interne par un agent de la Résidence DEBROU qui se déplace dans les unités de soins afin de former les agents au plus près des besoins des résidents. La formation continue et les formations diplômantes occupent une place importante dans le plan de formation. Des formations sont réalisées tout au long de l'année pour prévenir tout type d'accidents (manutention, GAPA, habilitations électriques, prise en charge des troubles psychiatriques, etc.). Des formations à l'utilisation du logiciel ARCADIS et aux modes opératoires sont également programmées. La formation aux gestes et soins d'urgences est inscrite tous les ans au plan de formation. Elle intègre toutes les catégories de personnel soignant ; une formation spécifique aux gestes d'urgence est réalisée en direction du personnel non soignant. Un Plan Quinquennal de Formations de Longue Durée est également mis en place, de même que le Développement Professionnel Continu. La Résidence DEBROU privilégie la promotion interne et organise régulièrement (voire tous les ans) des concours. Tous les ans, des ASHQ sont envoyés en école d'AS. La Validation des Acquis de l'Expérience est également utilisée pour l'obtention du diplôme d'Etat d'AS. Pour les locaux communs, un agent a obtenu un Bac Professionnel dédié à l'hygiène des sols et des surfaces. Cet agent est chargé d'encadrer directement l'équipe d'hygiène des logements sur le terrain. Les agents bénéficient du Compte Personnel de Formation et sont informés de son existence notamment par le biais du Livret d'accueil.</p>		
Description de l'action	<p>Poursuivre et renforcer l'accompagnement du personnel dans l'accomplissement de ses missions Réactualiser les fiches de poste des membres du personnel de la Résidence DEBROU en tant que de besoin Réactualiser en tant que de besoin la fiche de poste « Référent Institutionnel » Finaliser la fiche de poste « Référent du Projet de Vie » Mieux identifier les personnels ressources au sein de la Résidence DEBROU Réactualiser la liste des « Référents Hygiène » Désigner parmi les Aides-Soignants de la Résidence DEBROU des référents aux troubles psycho-gériatriques</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadres de Santé Paramédicaux</p>		
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de formation + Temps d'évaluation		
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Nombre de départs en formation / an Nombre d'IDE référents d'une thématique Nombre d'AS référents d'une thématique</p>		
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021
	Date de fin :		31/12/2025
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours
	Fin d'Action		
	Nombre de départs en formation / an	189	
	Nombre d'IDE référents d'une thématique	29	
	Nombre d'AS référents d'une thématique	87	
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Poursuivre la formation des agents aux troubles psycho-gériatrique, en particulier les Aides-Soignant(e)s. Poursuivre la politique de formation et de promotion interne développée au sein de la Résidence DEBROU.</p>		
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint		

Fiche Action N°5.5

Axe 5 : Ressources Humaine; accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5.5 - Renforcer l'équipe infirmière

Personne Référente :	Directeur	Date de création	04/03/2020
	Evolution des compétences des professionnels		

Constat du diagnostic	<p>Le médecin coordonnateur de la Résidence DEBROU est titulaire d'un diplôme de médecin capacitaine en gériatrie. Les autres médecins salariés de la Résidence DEBROU sont majoritairement titulaires d'une capacité en gériatrie et/ou disposent d'un Diplôme Universitaire spécifique à la prise en soins des personnes âgées : nutrition et troubles de la déglutition, soins palliatifs, plaies et escarres, iatrogénie médicale, troubles psycho-comportementaux, maladies infectieuses, etc. Chaque médecin salarié est référent d'une de ces thématiques. L'organisation médicale institutionnelle répond à une prise en charge des personnes âgées 24H/24 : la continuité des soins médicaux est assurée en semaine par les médecins salariés gériatres de l'établissement, et SOS Médecin ainsi que le SAMU sont contactés en cas d'urgence. Les urgences de premier niveau sont donc assurées en interne par les médecins salariés de l'établissement.</p> <p>La Résidence DEBROU dispose d'un Cadre Supérieur de Santé Paramédical et de deux Cadres de Santé Paramédicaux, dont un spécifiquement dédié aux unités protégées. Les Cadres de Santé sont tous les trois responsables des projets de vie et de soins, des procédures, des modes opératoires, de la qualité et de l'organisation des soins auprès des résidents, des proches et des familles.</p> <p>La Résidence DEBROU dispose d'une quinzaine d'infirmiers diplômés d'Etat de jour, et de deux IDE de nuit. Les infirmiers sont responsables de leur service et constituent un relai essentiel pour les Cadres de Santé Paramédicaux. Chaque infirmier est référent d'une thématique (dénutrition, troubles de la déglutition, plaies et escarres, projet de vie, etc.).</p>			
Description de l'action	<p>Stabiliser l'équipe infirmière Réactualiser la liste des infirmiers référents Renforcer l'infirmier dans son rôle de pilotage du Projet de Vie Adapter les ressources humaines infirmières la nuit en créant un poste d'infirmier supplémentaire</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction Médecin coordonnateur Cadre Supérieure de Santé Paramédical</p>			
Moyens nécessaires	<p>Ressources Internes : Temps d'évaluation + Temps de formation + Temps d'information</p>			
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Effectifs IDE dans l'établissement Nombre d'IDE référents d'une thématique Nombre d'IDE référent par unité de vie Nombre d'IDE affectés aux nuits</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	
	Date de fin :		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	
			Mi-parcours	
			Fin d'Action	
	Effectifs IDE dans l'établissement		15	
Nombre d'IDE référents d'une thématique		29		
Nombre d'IDE référents par unité de vie		6		
Nombre d'IDE affectés aux nuits		2		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Les infirmiers doivent monter en compétence et être positionnés comme de véritables relais des Cadres de Santé, en particulier pour faire le lien entre les médecins salariés et les agents de proximité. Ils doivent également constituer des personnes ressources auprès des familles et des résidents. La promotion de l'équipe infirmière contribue à améliorer leur qualité de vie au travail, mais également celle des agents de proximité.</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat	<p>A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint</p>			

Fiche Action N°5.6

Axe 5 : Ressources Humaine; accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5.6 - Poursuivre le déploiement de l'équipe hôtelière

Personne Référente :	Directeur-Adjoint	Date de création	04/03/2020
Constat du diagnostic	<p>Evolution des compétences professionnelles</p> <p>La Résidence DEBROU dispose de ses propres services de blanchisserie et de restauration. Ces deux prestations sont réalisées sur place et permettent de mettre en œuvre une politique de développement durable, en particulier à l'encontre du gaspillage alimentaire et du gaspillage de ressources naturelles. Concernant le service restauration, des analyses bactériologiques sont effectuées mensuellement. Des formations à la méthode HACCP sont organisées une fois tous les deux ans pour les agents du service restauration. Un Plan de Maîtrise Sanitaire a également été mis en place. Concernant le service de blanchisserie, les agents sont formés tous les deux ans à la méthode RABC. Les valeurs d'hôtellerie portées par la Résidence DEBROU se retrouvent au travers son adage "Nous sommes à l'hôtel, nous sommes au restaurant."</p> <p>La gastronomie est présente dans de nombreuses activités proposées aux résidents (repas thérapeutiques, repas à thèmes, ateliers pâtisserie, etc.). Une équipe d'Agents Hôtelières spécifiquement dédiée au service des repas des résidents a été créée mais nécessite d'être renforcée et professionnalisée.</p>		
Description de l'action	<p>Réinterroger l'organisation du travail de l'équipe hôtelière et poursuivre sa mise en place Constituer une véritable équipe hôtelière au sein de la Résidence DEBROU Former les agents hôteliers de la Résidence DEBROU aux bases de la démarche HACCP Créer un poste de gouvernant(e) au sein de la Résidence DEBROU Former l'équipe hôtelière de la Résidence DEBROU aux arts de la table Harmoniser les pratiques hôtelières au sein de la Résidence DEBROU</p>		

Identification des acteurs à mobiliser	Direction			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps d'évaluation + Temps de formation			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Nombre de personnels formés à la démarche HACCP depuis moins de 3 ans Nombre de personnels formés à l'alimentation et à la dénutrition de la personne âgée depuis moins de 3 ans			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2021		Date de fin	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Nombre de personnels formés à la démarche HACCP	17		
	Nombre de personnels formés à l'alimentation et à la dénutrition de la personne âgée depuis moins de 3 ans	37		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'équipe hôtelière doit être sensibilisée aux arts de la table, mais également aux spécificités du public en situation de grande dépendance accueilli au sein de la Résidence DEBROU. Un travail de recherche et de développement pourrait être engagé pour développer les arts de la table et la gastronomie française au sein de la Résidence DEBROU.			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N°5.7

Axe 5 : Ressources Humaine; accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail

5.7 - Accueillir chaque nouveau membre du personnel comme il se doit

Personne Référente :	Directeur	Date de création	04/03/2020	
Constat du diagnostic	Amélioration de la qualité de vie au travail			
	La Résidence DEBROU entretient un lien collaboratif avec les instituts de formation. A ce titre l'établissement accueille de nombreux stagiaires provenant des écoles de formation professionnelle (IFSI, IFAS, EHESP, Ecole des Cadres, psychologues, restauration, personnel administratif, lycées professionnels, MFR, ASG, etc.). Un livret d'accueil dédié aux stagiaires des écoles est consultable et téléchargeable sur le site internet www.debrou.fr . Chaque stagiaire bénéficie d'un suivi personnalisé effectué par un ou plusieurs agents référents. Les agents référents chargés de l'encadrement des stagiaires sont formés au tutorat.			
	Description de l'action			
Réactualiser le Livret d'Accueil dédié aux personnels titulaires, contractuels et stagiaires des Ecoles Continuer à former des Aides-Soignants de la Résidence DEBROU pour l'encadrement des stagiaires Former un(e) infirmier/ère chargé(e) du tutorat pour l'encadrement des stagiaires				
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Cadre Supérieur de Santé Paramédical			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de rédaction du livret d'accueil + Temps de formation			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Actualisation du Livret d'accueil à destination du personnel Nombre de stagiaires accueillis au sein de l'établissement / an (toutes catégories confondues)			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début : 01/01/2021		Date de fin : 31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
	Actualisation du Livret d'accueil à destination du	Non		
	Nombre de stagiaires accueillis au sein de	44		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	L'accueil de stagiaires doit être proposé et organisé autant que possible, du collège aux écoles de formations professionnelles. Il permet aux agents d'évoluer professionnellement en se positionnant comme tuteurs de stage. Les tuteurs de stage doivent continuer à bénéficier d'une formation afin d'encadrer au mieux les stagiaires accueillis.			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Axe 6
Objectifs spécifiques et Projets innovants (optionnel)

Points Forts

Axes d'Améliorations

<i>A remplir par l'établissement</i>		<i>A remplir par l'établissement</i>	
Bâtiment		Bâtiment	
Accompagnement		Accompagnement	
<p>Deux PASA de 14 places chacun ont été pré-labellisés en 2011 et labellisés en 2014. Les activités PASA sont prescrites. Il existe un mode opératoire « Prise en charge des crises d'agitation aiguë ». Un support de travail a été construit et est utilisé pour aider à la démarche diagnostique, thérapeutique et préventive des fragilités psycho comportementale. Ce support a été présenté et validé en Commission d'accompagnement non médicamenteux. Il existe des activités spécifiques pour les personnes présentant une détérioration intellectuelle : activité de stimulations multi sensorielles au sein de la salle snoezelen. Cette activité est profitable aux résidents de toutes unités de vie dès lors qu'elle répond aux soins nécessaires à leur accompagnement. Un mode opératoire a été réalisé et validé. Les équipes de proximité réalisent aussi des activités adaptées l'après-midi après le temps du goûter. D'autres activités spécifiques débutent au moyen d'un robot interactif émotionnel « Phoque Paro » à versant d'apaisement et d'une table magique « Tovertafel » à l'attention prioritairement des résidents touchés par un syndrome démentiel sévère accompagné d'une apathie importante.</p>			
Ouverture sur l'extérieur		Ouverture sur l'extérieur	
Autres		Autres	
N° d'objectif	<u>Objectifs généraux de l'ARS en lien avec le PRS</u>	<u>Objectifs généraux du Conseil Départemental</u>	
<i>Cadre réservé aux commentaires ARS</i>		<i>Cadre réservé aux commentaires CD</i>	
Quid du PASA de nuit (CNR) ?			

Pistes Actions / Thèmes des Fiches Actions

Date début	N° de Fiche	Thèmes	Actions	Date échéance
	6.1	Accompagnement	6.1 - Multiplier les outils thérapeutiques confortant l'approche non-médicamenteuse	31/12/25
	6.2	Accompagnement	6.2 - Promouvoir l'approche non-médicamenteuse en interne et en externe	31/12/25
	6.3	Accompagnement	6.3 Vers un EHPAD ressources	31/12/25

Fiche Action N°6.1

Axe 6 : objectifs spécifiques et projets innovants

6.1 - Multiplier les outils thérapeutiques confortant l'approche non-médicamenteuse

Personne Référente :	Directeur	Date de création	16/03/2020
	Accompagnement		

Constat du diagnostic	Deux PASA de 14 places chacun ont été pré-labelisés en 2011 et labelisés en 2014. Les activités PASA sont prescrites. Il existe un mode opératoire « Prise en charge des crises d'agitation aiguë ». Un support de travail a été construit et est utilisé pour aider à la démarche diagnostique, thérapeutique et préventive des fragilités psycho comportementales. Ce support a été présenté et validé en Commission d'accompagnement non médicamenteux. Il existe des activités spécifiques pour les personnes présentant une détérioration intellectuelle : activité de stimulations multi sensorielles au sein de la salle snoezelen. Cette activité est profitable aux résidents de toutes unités de vie dès lors qu'elle répond aux soins nécessaires à leur accompagnement. Un mode opératoire a été réalisé et validé. Les équipes de proximité réalisent aussi des activités adaptées l'après-midi après le temps de la collation. D'autres activités spécifiques débutent au moyen d'un robot interactif émotionnel « Phoque Paro » à versant d'apaisement et d'une table magique « Tovertafel » à l'attention prioritairement des résidents touchés par un syndrome démentiel sévère accompagné d'une apathie importante.			
Description de l'action	Installer des Tovertafel (Tables Magiques) dans les six unités de vie de la Résidence DEBROU Recourir en tant que de besoin à l'utilisation des robots émotionnels d'assistance thérapeutique dans toutes les unités de vie de la Résidence DEBROU Former les membres du personnel de la Résidence DEBROU à l'utilisation des ToverTafel (Tables Magiques) et des robots émotionnels d'assistance thérapeutique Adapter l'utilisation des équipements thérapeutiques au rythme de vie des résidents Poursuivre la sensibilisation des équipes soignantes de la Résidence DEBROU à l'utilisation des Espaces Multi-sensoriels Poursuivre la sensibilisation des équipes soignantes de la Résidence DEBROU à l'utilisation, en tant que de besoin, des jardins thérapeutiques et des autres espaces de vie			
Identification des acteurs à mobiliser	Direction Psychologues Cadre Supérieur de Santé Paramédical Cadres de Santé Paramédicaux Services Techniques			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps de préparation + Temps de réunion + Temps de formation + Temps d'information			
Indicateurs d'évaluation de l'action	Nombre de ToverTafel installées dans les services de soins Nombre de Phoques Paro déployés dans l'établissement Nombre de personnel formé aux troubles psycho-comportementaux Nombre de réunions Recherche & Développement / an			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	
	Date de fin :		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	
	Mi-parcours		Fin d'Action	
	Nombre de ToverTafel installées dans les services de		6	
Nombre de Phoques Paro déployés dans l'établissement		2		
Nombre de personnel formé aux troubles du		147		
Nombre de réunions Recherche & Développement / an		4		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	Poursuivre la formation des membres du personnel à l'utilisation des outils confortant l'approche non-médicamenteuse. Poursuivre l'engagement de la Résidence DEBROU dans l'approche non-médicamenteuse.			
Commentaires sur le Constat de résultat				

Fiche Action N°6.2

Axe 6 : objectifs spécifiques et projets innovants

6.2 - Promouvoir l'approche non-médicamenteuse en interne et en externe

Personne Référente :	Directeur	Date de création	16/03/2020
Constat du diagnostic	Accompagnement		
	<p>Deux PASA de 14 places chacun ont été pré-labelisés en 2011 et labelisés en 2014. Les activités PASA sont prescrites. Il existe un mode opératoire « Prise en charge des crises d'agitation aiguë ». Un support de travail a été construit et est utilisé pour aider à la démarche diagnostique, thérapeutique et préventive des fragilités psycho comportementales. Ce support a été présenté et validé en Commission d'accompagnement non médicamenteux. Il existe des activités spécifiques pour les personnes présentant une détérioration intellectuelle : activité de stimulations multi sensorielles au sein de la salle snoezelen. Cette activité est profitable aux résidents de toutes unités de vie dès lors qu'elle répond aux soins nécessaires à leur accompagnement. Un mode opératoire a été réalisé et validé. Les équipes de proximité réalisent aussi des activités adaptées l'après-midi après le temps de la collation. D'autres activités spécifiques débutent au moyen d'un robot interactif émotionnel « Phoque Paro » à versant d'apaisement et d'une table magique « Tovertafel » à l'attention prioritairement des résidents touchés par un syndrome démentiel sévère accompagné d'une apathie importante.</p> <p>Des formations à destination des aidants des personnes accueillies au sein de la Résidence DEBROU mais également du domicile sont organisées tous les deux mois au sein de la Résidence DEBROU, sous la responsabilité de la psychologue dédiée aux unités protégées. Le Directeur de la Résidence DEBROU rencontre également tous les ans les familles de chaque unité de vie afin de leur exposer les projets portés par l'établissement et plus particulièrement l'approche non-médicamenteuse, représentant six réunions par an.</p>		

Description de l'action	<p>Actualiser le projet institutionnel de la Résidence DEBROU à travers l'approche non-médicamenteuse</p> <p>Poursuivre les Groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle en y associant la famille, en tant que de besoin</p> <p>Réaliser et diffuser un film sur l'approche non-médicamenteuse au sein de la Résidence DEBROU</p> <p>Renforcer l'approche non-médicamenteuse au sein de l'ensemble des unités de vie de la Résidence DEBROU</p> <p>Déterminer des objectifs spécifiques à destination des unités protégées de la Résidence DEBROU</p> <p>Maintenir l'accompagnement et les soins des personnes souffrant de troubles psycho-affectifs</p> <p>Désigner parmi les Aides-Soignants de la Résidence DEBROU des référents aux troubles psycho-gériatriques</p> <p>Former des soignants de la Résidence DEBROU aux troubles psycho-gériatriques et les positionner comme personnes ressources</p> <p>Pérenniser l'organisation actuelle du travail des psychologues de la Résidence DEBROU</p>			
Identification des acteurs à mobiliser	<p>Direction</p> <p>Psychologues</p> <p>Médecin coordonnateur</p> <p>Cadre Supérieur de Santé Paramédical</p> <p>Cadres de Santé Paramédicaux</p>			
Moyens nécessaires	Ressources Internes : Temps d'information + Temps de formation + Temps de réunion			
Indicateurs d'évaluation de l'action	<p>Nombre de Commissions PASA organisées chaque année</p> <p>Taux d'occupation du PASA</p> <p>Nombre de formations des Aidants organisées / an</p> <p>Nombre de réunions familles organisées / an</p> <p>Nombre de GAPP organisés par an</p> <p>Existence d'un projet de soins spécifiques à destination des Unités Protégées</p> <p>Nombre de personnels formés aux troubles du comportement</p> <p>Taux d'occupation du PASA</p>			
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		01/01/2021	
	Date de fin :		31/12/2025	
	Objectif Indicateur de suivi		Situation Actuelle	
			Mi-parcours	
			Fin d'Action	
	Nombre de Commissions PASA organisées chaque année		4	
	Taux d'occupation du PASA		100%	
	Nombre de formations des Aidants organisées / an		9	
	Nombre de GAPP organisés par an		15	
	Nombre de réunions familles organisées / an		6	
Existence d'un projet de soins spécifique à destination des Unités Protégées		Non		
Nombre de personnels formés aux troubles du comportement depuis moins de 3 ans		181		
Taux d'occupation du PASA		100%		
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	<p>Poursuivre la réalisation des formations à destination des familles et des aidants.</p> <p>Maintenir l'organisation des GAPP en y associant la famille, afin de l'impliquer dans la prise en soins de leur proche.</p> <p>Les Commissions PASA permettent d'évaluer l'approche non-médicamenteuse mise en œuvre au sein de la Résidence DEBROU et de la faire évoluer.</p>			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

Fiche Action N° 6.3

Vers un EHPAD ressources

Personne Référente :	direction	Date de création	01/01/2021
références au diagnostic partagé et au PRS2			
Description de l'action	<p>Définir et expérimenter un modèle d'EHPAD ressources en lien et en coordination avec les services existants (CCAS, DAC, PFR...) : définition des bénéficiaires du domicile, type de services (hébergement temporaire), actions de prévention (chutes), professionnels mobilisés, mobilité</p> <p>Présenter un autre projet de prévention dans le cadre de la conférence des financeurs ouvert sur l'extérieur</p>		
Identification des acteurs à mobiliser	Direction		

Moyens nécessaires				
Indicateurs d'évaluation de l'action				
Calendrier prévisionnel & Indicateurs cible à atteindre	Date de début :		Date de fin :	
	Objectif Indicateur de suivi	Situation Actuelle	Mi-parcours	Fin d'Action
Points de vigilance Bonnes pratiques à promouvoir	A compléter par l'établissement			
Commentaires sur le Constat de résultat	A compléter par l'établissement une fois l'objectif atteint			

FICHE INDICATEURS

CPOM

Finess : **37000655**

EHPAD DEBROU

Public Territorial

C A EHPAD DEBROU (37000945)

Etb.Social Communal

12 R DEBROU 37300 JOUE LES TOURS

Téléphone : 02 47 68 41 41 Email : directeur@mrdebrou.com

A remplir par l'établissement pour le diagnostic et à envoyer chaque année à l'ARS

Contribution aux parcours	2018	2019	2020	Observations
Convention avec un service de psychiatrie ou de gérontopsychiatrie formalisée (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	Convention de partenariat général signée avec le CHRU de Tours en 2015 et réactualisée en 2020. Adhésion de la Résidence DEBROU au GHT Touraine-Val de Loire en 2021.
Taux de passage aux urgences sans hospitalisation	8%	5%	9%	47 journées sur 519 journées d'hospitalisation en 2020
Taux d'hospitalisation complète	1%	1%	1%	472 journées d'hospitalisation complète sur 84359 journées dans l'EHPAD réalisées au titre de l'année 2020, soit 0.5 %
Nombre de journées d'hospitalisation	507	698	519	

Projet d'accompagnement personnalisé	2018	2019	2020	Observations
Taux de signature	100.00%	100.00%	100.00%	100% des PAP proposés sont signés par le résident ou son représentant légal et/ou sa famille
Nombre de PAP signés par le résident	77	145	98	100% des PAP proposés sont signés par le résident ou son représentant légal et/ou sa famille
Taux de révision ou d'actualisation des PAP	100.00%	100.00%	100.00%	
Formalisation de la démarche PAP au sein de l'établissement	Oui	Oui	Oui	Un mode opératoire spécifique est élaboré
Taux de résidents ayant leurs directives anticipées	35.00%	34.00%	29.00%	

Développement des Systèmes d'Information	2018	2019	2020	Observations
Compatibilité du logiciel soins avec le DMP (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	100% des résidents ayant donné leur accord et ayant un INS propre disposent d'un DMP ouvert
Taux de résidents avec un DMP	100%	100%	100%	
Existence d'une messagerie sécurisée	Oui	Oui	Oui	
Nombre de demandes d'admission Via-Trajectoire reçues / an	188	300	373	
Taux de résidents admis par Via-Trajectoire	19%	30%	53%	

Télé médecine	2018	2019	2020	Observations
Le matériel est-il présent dans l'établissement ? (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
Si oui, nombre d'appareils	3	3	3	1 chariot de télé médecine + 2 postes équipés Covotem
Si oui, est-il utilisé ? (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	Présence de six médecins salariés dans l'établissement, assurant une permanence médicale tous les jours de la semaine.
Si oui, indiquez le nombre par an	3	4	13	
Si oui, indiquez la file active				

Liste des professionnels consultés :

Dermatologie

Gérontopsychiatrie

Médecine gériatrique

Personnel	2018	2019	2020	Observations
Taux de remplacement du personnel	100.00%	100.00%	100.00%	Politique de remplacement systématique des agents, sauf impossibilité organisationnelle
Personnel non qualifié (ASH faisant fonction d'AS) en ETP	0.00	0.00	0.00	
Nombre d'ASG en ETP	3.00	3.00	3.00	
Plan de formation (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prévention des troubles musculosquelettique ou postures et RPS	47	87	89	Le plan de formation 2020 a été fortement impacté par l'épidémie de Covid-19.
Organisation comprenant un pool de remplacement	Oui	Oui	Oui	L'établissement dispose d'une équipe mobile et remplace systématiquement les agents absents
Nombre de formations qualifiantes	8	9	9	

Personnel de nuit	2018	2019	2020	Observations
Nombre d'ETP de l'EHPAD (AS/IDE/ASH/Autres) affectés aux nuits	8.00	8.00	8.00	
% de Personnel Diplômé	50%	50%	50%	
Nombre de personnels AS présents chaque nuit	1	1	1	
% de Personnel Diplômé	100%	100%	100%	
Nombre de personnels ASH présents chaque nuit	2	2	2	
Nombre de personnels autres présents chaque nuit	1	1	1	1 IDE de nuit
Mise en place d'astreinte d'IDE de nuit (Oui ou Non)	Non	Non	Non	En cas d'absence de l'IDE de nuit (congé ou absence imprévue), une astreinte de l'IDE de jour est mise en place
si oui, cette astreinte d'IDE de nuit est-elle mutualisée (Oui ou Non)	Non	Non	Non	
si oui, avec qui ?				
Nombre de conseils téléphoniques de l'IDE				
Nombre d'interventions de l'IDE				
Nombre d'hospitalisations non programmées la nuit				Donnée non disponible
si non, hors AAC, réflexion en cours pour la mise en place de ce dispositif ? (Oui ou Non)	Non	Non	Non	La Résidence DEBROU souhaite recruter une troisième IDE de nuit

Rapport Médical	2018	2019	2020	Observations
Présence d'un protocole sur le circuit du médicament (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
L'auto-diagnostic sur le circuit du médicament est-il réalisé ?	Oui	Oui	Oui	
nombre d'écarts	16	9	11	Nombre d'évènements indésirables déclarés en lien avec des médicaments et/ou des ordonnances
Présence d'un protocole sur le circuit du médicament de la prescription à la distribution (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
Taux de résidents ayant une structure modifiée des aliments	55%	55%	53%	Un médecin salarié de l'établissement est référent Nutrition - Diabète. Une diététicienne à temps plein.
Présence d'un protocole de prévention et de la prise en charge de la dénutrition (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
nombre de résidents dénutris	119	128	132	IMC inférieur à 23 En 2020, 52 résidents en dénutrition sévère (IMC inférieur à 18)
Surveillance de la courbe de poids	Oui	Oui	Oui	Une ergothérapeute établit un suivi mensuel du poids des résidents.
Résultats des enquêtes de satisfaction sur la thématique de la restauration	Réalisée	Réalisée	En 2020, l'enquête de satisfaction sur la thématique de la restauration a été fortement impactée par l'épidémie de COVID-19	En présence des membres du CVS, l'évaluation des repas est réalisée au minimum 4 fois par an lors de la Commission des Menus, et fait l'objet d'un procès-verbal. Des fiches d'évaluation des repas sont également mises à disposition des résidents et de leurs familles/proches.
Présence d'un protocole de prévention des chutes (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
% de chutes ayant entraîné une hospitalisation	1%	0%	0%	0,37% en 2019 0,18 % en 2020
Nombre de chutes prises en charge	1393	1407	1772	
Nombre de chuteurs à répétition	42	63	68	Sont considérés comme chuteurs à répétition les résidents chutant plus de 5 fois par an.
Nombre de résidents participant à des ateliers d'activité physique	140	142	137	Les ateliers d'activité physique sont réalisés par l'ergothérapeute de la Résidence DEBROU.
Présence d'un protocole de contention (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
% de résidents pour lesquels une contention a été prescrite				205 mesures de contention ont été prescrites en 2018, 171 mesures de contention ont été prescrites en 2019 et 184 mesures de contention ont été prescrites en 2020. Ces contentions font l'objet d'une prescription médicale, d'un avenant au Contrat de Séjour et d'une évaluation/validation en équipe pluridisciplinaire. Le logiciel de l'établissement ne permet pas de comptabiliser de manière automatique le nombre de résidents ayant bénéficié d'une contention à l'année. Les contentions sont : une ou deux barrières de lit et/ou la mise en place d'une ceinture pelvienne. Un même résident peut faire l'objet de plusieurs contentions en même temps (ceinture pelvienne + barrière de lit la nuit) et/ou disposer de plusieurs prescriptions au cours de l'année. Le nombre ici affiché correspond donc à l'ensemble des prescriptions médicales réalisées au titre des années 2018, 2019 et 2020.

% de résidents pris en charge par l'EADSP	1.00%	1.00%	1,40%	1 médecin salarié de l'établissement est diplômé et référent en Soins Palliatifs. Il assure la prise en soins et le suivi des personnes déclarées en soins palliatifs. Le Directeur de l'établissement est également diplômé d'un DU Soins Palliatifs
nombre de résidents pris en charge par l'EADSP	2	3	5	
Nombre d'intervention de l'EADSP	2	3	5	
Présence d'un protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
Nombre d'agents formés à la prise en charge de la douleur	43	62	50	Un médecin salarié de l'établissement est Référent Douleur - Soins Palliatifs.
% de résidents ayant eu une évaluation de la douleur tracée	10%	17%	19%	
Nombre de résidents ayant eu plus de 2 psychotropes différents par an	81	74	60	
Nombre de résidents ayant eu plus de 10 lignes de prescription par mois	6%	5%	5,10%	En 2018, 6% des résidents disposaient de plus de 10 lignes de prescription par mois, contre 5% en 2019 et 5,10% en 2020.
Adoption d'une charte d'incitation à la déclaration d'EIG	Oui	Oui	Oui	
Protocole de déclaration des EIG	Oui	Oui	Oui	
Taux d'EIG en lien avec des médicaments analysés	0%	0%	0%	
Taux d'EIG analysés	100%	100%	100%	100% des EI déclarés sont analysés
Nombre d'EIG déclarés / an	4	0	0	EIG déclarés auprès de l'ARS
Nombre de RETEX formalisés /an	31	15	14	Nombre de Groupes d'Analyse de la Pratique Professionnelle réalisés en équipe pluridisciplinaire, avec feuille d'émergence systématique.
Existence d'un protocole de bonnes pratiques de prescription (revue des ordonnances, prescription informatisée, prescriptions à durée déterminée, ...)	Oui	Oui	Oui	Un médecin salarié de l'établissement est référent latrogénie.
% de résidents vaccinés pour la grippe	88%	95%	92%	
% de personnel vacciné pour la grippe	23%	25%	26%	Pourcentage de vaccinations déclarées et réalisées au sein de l'établissement. Ne prend donc pas en compte les vaccinations non déclarées et réalisées en cabinet de ville.
Existence d'une convention pour soins bucco dentaires (cabinets dentaires, établissements de santé)	Non	Non	Non	En 2018, 3 agents ont été formés à la prise en charge bucco-dentaire. 6 agents ont bénéficié de cette formation en 2019. 3 agents ont bénéficié de cette formation en 2020
% de résidents ayant bénéficiés d'un dépistage buccodentaire				Outre les soins dentaires réalisés en tant que de besoin en cabinet dentaire de ville, cette donnée n'est pas disponible
Présence d'un protocole de prévention et de prise en charge des escarres (Oui ou Non)	Oui	Oui	Oui	
Nombre de résidents pris en charge par l'HAD/an	0	2	7	Le faible recours à l'HAD de la Résidence DEBROU s'explique par l'emploi de six médecins salariés et d'une présence médicale tous les jours de la semaine.
Taux de résident pris en charge par l'HAD	0%	1%	2%	Soit 0,5% en 2019 2% en 2020
Nombre d'interventions de l'HAD/an	0	2	7	
% de résidents avec escarres	2%	2%	5,5%	Un médecin salarié de l'établissement est référent Plaies et Escarres
taux de résidents décédés en hospitalisation	4%	6%	9,2%	Soit 96% de résidents décédés dans l'établissement en 2018, 94% en 2019 et 90,8% en 2020
taux de résidents décédés en EHPAD	22%	21%	29%	Ce pourcentage s'explique par l'accueil prioritaire de résidents très dépendants (GIR 1 et 2) et polyopathologiques
Taux d'admission dans un service de médecine gériatrique ou autre service sans passage aux urgences		73%		Donnée non comptabilisée en 2018
Convention avec un gérontopsy	En cours	En cours	En cours	Convention en cours de finalisation
Convention avec au moins un acteur de la filière gériatrique	Oui	Oui	Oui	Une convention de partenariat général a été signée avec le CHRU de Tours en 2015 et réactualisée en 2020.
Taux d'occupation du PASA	100%	100%	100%	
Nombre de résidents en atelier mémoire par an	40	42	40	Chaque PASA de la Résidence DEBROU propose 1 atelier mémoire par semaine
Nombre d'agents formés aux troubles du comportement	147	181	145	Le plan de formation 2020 a été fortement impacté par l'épidémie de Covid-19.

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES

- Le tableau GPEC.
- Le Plan de Développement des Compétences 2021-2025.
- Le point de situation des crédits non reconductibles alloués sur 3 ans.
- Le point de situation des effectifs.

Gestion prévisionnelle de la masse salariale

NOM DE L'ESMS : EHPAD Debrou

Convergence soins 2017-2021 : 630 223.04 (hors Ségur qui sont en financement complémentaire)
 Convergence dépendance 2017-2023 : 124 382.60

	2020		2021			2022			2023			2024			2025			Analyse sur les 5 ans							
	ETP	Rémunération annuelle totale	ETP	Indemnité de départ (retraite) - privé	Rémunération annuelle totale	Ecart rémunération annuelle (N - N-1)	ETP	Indemnité de départ (retraite) - privé	Rémunération annuelle totale	Ecart rémunération annuelle (N+1 - N)	ETP	Indemnité de départ (retraite) - privé	Rémunération annuelle totale	Ecart rémunération annuelle (N+2 - N+1)	ETP	Indemnité de départ (retraite) - privé	Rémunération annuelle totale	Ecart rémunération annuelle (N+3 - N+2)	Ecart ETP (N+4 - N)	Indemnité de départ (retraite) - privé	Ecart rémunération annuelle (N+4 - N)				
Cadres/administratifs	9.00	535 890 €	9.00		579 648 €	43 758 €	9.00		588 342 €	8 695 €	9.00		597 167 €	8 825 €	9.00		606 125 €	8 958 €	9.00		615 217 €	9 092 €	0.00	- €	79 327 €
Médical	1.00	248 093 €	1.00		256 423 €	8 330 €	1.00		260 270 €	3 846 €	1.00		264 174 €	3 904 €	1.00		268 136 €	3 963 €	1.00		272 159 €	4 022 €	0.00	- €	24 066 €
Soignant																									
- IDE	18.00	1 063 735 €	18.00		1 148 913 €	85 177 €	19.00		1 230 932 €	82 020 €	19.00		1 249 396 €	18 464 €	19.00		1 268 137 €	18 741 €	19.00		1 287 159 €	19 022 €	1.00	- €	223 424 €
- Aide soign	57.00	2 577 522 €	59.00		2 720 851 €	143 329 €	61.00		2 858 582 €	137 731 €	63.00		2 998 380 €	139 797 €	65.00		3 140 274 €	141 894 €	65.00		3 187 378 €	47 104 €	6.00	- €	609 855 €
- Autre pers	4.00	193 113 €	4.00		207 038 €	13 925 €	4.00		210 144 €	3 106 €	4.00		213 296 €	3 152 €	4.00		216 495 €	3 199 €	4.00		219 743 €	3 247 €	0.00	- €	26 630 €
- ASHQ	48.00	2 712 823 €	46.00		2 976 060 €	263 237 €	44.00		2 923 782 €	-52 278 €	42.00		2 870 721 €	-53 062 €	40.00		2 816 863 €	-53 858 €	40.00		2 859 116 €	42 253 €	-6.00	- €	146 293 €
- Animation	2.00	96 842 €	2.00		114 463 €	17 622 €	2.00		116 180 €	1 717 €	2.00		117 923 €	1 743 €	2.00		119 692 €	1 769 €	2.00		121 487 €	1 795 €	0.00	- €	24 646 €
- Psycholog	1.20	77 168 €	1.20		86 792 €	9 624 €	1.50		110 118 €	23 325 €	1.50		111 770 €	1 652 €	1.50		113 446 €	1 677 €	1.50		115 148 €	1 702 €	0.30	- €	37 980 €
Logistique	23.50	775 437 €	23.50		793 264 €	17 827 €	23.50		805 163 €	11 899 €	23.50		817 240 €	12 077 €	23.50		829 499 €	12 259 €	23.50		841 942 €	12 442 €	0.00	- €	66 504 €
TOTAL	163.70	8 280 624 €	163.70	- €	8 883 453 €	602 829 €	165.00	- €	9 103 514 €	220 061 €	165.00	- €	9 240 067 €	136 553 €	165.00	- €	9 378 668 €	138 601 €	- €	- €	9 519 348 €	140 680 €	0.00	- €	1 238 724 €

Remarques :

PGA	90 628.56	PGA	102 400.32	PGA	105 871.52	PGA	109 342.71	PGA	112 813.91	PGA	112 310.03
CTI	152 827.20	CTI	830 221.44	CTI	849 366.74	CTI	862 107.24	CTI	875 038.85	CTI	888 164.43
PRIME COVID	169 000.00										
TOTAL	7 868 168.50	TOTAL	7 950 831.05	TOTAL	8 148 275.81	TOTAL	8 268 616.82	TOTAL	8 390 815.02	TOTAL	8 518 873.34

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2021

Intitulé de formation	Domaine	Organisme	Nombre d'agents par an	Coût pédagogique par agent	Coût de remplacement	Montant pris en charge ANFH	Reste à charge EHPAD prévisionnel annuel (sur 5 ans)
De la bientraitance au comportement thérapeutique	Tous service	Interne	10	12.25	1 225.00	1 225.00	0.00
Alzheimer et stratégies d'accompagnement	Tous service	Interne	10	12.25	1 225.00	1 225.00	0.00
Comprendre et gérer l'agressivité et la violence	IDE, AS, ASHQ	FORMA SANTE	4	542.00	1 960.00	1 960.00	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 2	AS, IDE	FORMA SANTE	6	306.00	2 205.00	2 205.00	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 1	ASHQ, ADM., LOGISTIQUE	IFSU	4	180.00	980.00	980.00	0.00
Prise en charge de la douleur / soins palliatifs	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	4	318.00	2 450.00	2 450.00	0.00
Accompagnement personnalisé des résidents	IDE, AS, ASHQ	Ergoform	20	560.00	9 800.00	9 800.00	0.00
Hygiène bucco-dentaire	IDE, AS, ASHQ	IFSO	4	238.00	980.00	980.00	0.00
Intimité et sexualité	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	4	216.00	980.00	980.00	0.00
Prevention des chutes	IDE, AS, ASHQ	FORMAVENIR	4	369.00	2 940.00	2 940.00	0.00
Gestion Activation Personnes Agées	IDE, AS, ASHQ	Interne	24	61.25	5 880.00	5 880.00	0.00
Prise en chages des troubles psychatrique en EHPAD	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	4	285.00	1 470.00	1 470.00	0.00
Formations plaies et cicatrisations	IDE	CHRU TOURS	4	135.75	490.00	490.00	0.00
Encadrement des élèves IDE	IDE	IFSO	1	460.00	490.00	490.00	0.00
Encadrement des élèves AS	AS	IFSO	2	230.00	490.00	490.00	0.00
Assistant de Soins en Gériologie	AS	CROIX ROUGE	1	1 996.00	2 450.00	2 450.00	0.00
Diplôme IDE	AS	CHRU TOURS	1	197.00	0.00	0.00	0.00
Accompagnement des personnes en fin de vie	IDE, AS, ASHQ	INFIPP	2	398.00	735.00	735.00	0.00
Valoriser l'image de la personne âgée en institution	IDE, AS, ASHQ	INFIPP	2	206.00	490.00	490.00	0.00
Prise en chages des troubles de la déglutition	IDE, AS, ASHQ	TONIC PLUS	2	260.00	490.00	490.00	0.00
Prise en charge de la dénutrition des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	2	225.00	490.00	490.00	0.00
Construire un projet d'animation et des activités	AS, ASHQ	RESEAU CEDRE	2	196.00	490.00	490.00	0.00
Soins et hygiène des pieds des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	IRFA EVOLUTION	2	250.00	490.00	490.00	0.00
Formateur Gestion Activation Personnes Agées	AS	SIFAM	2	2 193.00	1 225.00	1 225.00	0.00
HACCP	LOGISTIQUE	IRFA EVOLUTION	12	227.52	0.00	0.00	0.00
RABC	LOGISTIQUE	DLC	8	230.00	0.00	0.00	0.00
Manutention des charges	LOGISTIQUE	CHRU TOURS	12	115.00	0.00	0.00	0.00
Formations diverses, congrès et compte personnel de formation	Tous service	DIVERS	6	133.33	200.00	200.00	0.00
Formation A.S.	ASHQ	CHRU TOURS	2	2 321.96	25 032.40	20 800.00	4 232.40
Formation A.S. (en cours)	ASHQ	CHRU TOURS	2	3 278.04	41 288.61	30 000.00	11 288.61
Formation IDE	AS	CHRU TOURS	2	4 600.00	31 185.40	23 200.00	7 985.40
CAP Blanchisserie Industrielle (en cours)	OP	CTTN IREN	1	2 300.00	2 450.00	2 450.00	0.00

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2022

Intitulé de formation	Domaine	Organisme	Nombre d'agents par an	Coût pédagogique par agent	Coût de remplacement	Montant pris en charge ANFH	Reste à charge EHPAD prévisionnel annuel (sur 5 ans)
De la bientraitance au comportement thérapeutique	Tous service	Interne	10	151.27	1 512.70	1 512.70	0.00
Alzheimer et stratégies d'accompagnement	Tous service	Interne	10	151.27	1 512.70	1 512.70	0.00
Comprendre et gérer l'agressivité et la violence	IDE, AS, ASHQ	FORMA SANTE	8	4 336.00	4 840.64	4 840.64	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 2	AS, IDE	FORMA SANTE	9	2 754.00	4 084.29	4 084.29	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 1	ASHQ, ADM., LOGISTIQUE	IFSU	9	1 620.00	2 333.88	2 333.88	0.00
Prise en charge de la douleur / soins palliatifs	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 272.00	4 538.10	4 538.10	0.00
Accompagnement personnalisé des résidents	IDE, AS, ASHQ	Ergoform	20	11 200.00	12 101.60	12 101.60	0.00
Hygiène bucco-dentaire	IDE, AS, ASHQ	IFSO	4	952.00	1 210.16	1 210.16	0.00
Intimité et sexualité	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	4	864.00	1 210.16	1 210.16	0.00
Prevention des chutes	IDE, AS, ASHQ	FORMAVENIR	4	1 476.00	3 631.32	3 631.32	0.00
Gestion Activation Personnes Agées	IDE, AS, ASHQ	Interne	36	2 722.86	10 891.44	10 891.44	0.00
Prise en charge des troubles psychiatrique en EHPAD	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 710.00	2 722.86	2 722.86	0.00
Formations plaies et cicatrisations	ide	CHRU TOURS	4	543.00	605.08	605.08	0.00
Encadrement des élèves IDE	IDE	IFSO	2	460.00	605.08	605.08	0.00
Encadrement des élèves AS	AS	IFSO	2	460.00	605.08	605.08	0.00
Accompagnement des personnes en fin de vie	AS	INFIPP	6	2 388.00	2 722.86	2 722.86	0.00
Conduire un entretien professionnel	CADRE SANTE	CNEH	3	460.00	0.00	0.00	0.00
Prise en charge des troubles de la déglutition	IDE, AS, ASHQ	TONIC PLUS	6	1 560.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Prise en charge de la dénutrition des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 350.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Construire un projet d'animation et des activités	AS, ASHQ	RESEAU CEDRE	6	1 176.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Soins et hygiène des pieds des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	IRFA EVOLUTION	6	1 500.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Formations et recyclages (HACCP, RABC, Habilitation, CACES, etc...)	LOGISTIQUE	DIVERS	12	4 570.20	0.00	0.00	0.00
Manutention des charges	LOGISTIQUE	CHRU TOURS	12	1 380.00	0.00	0.00	0.00
Formations diverses, congrès et compte personnel de formation	Tous service	DIVERS	6	600.00	800.00	800.00	0.00
Formation A.S.	ASHQ	CHRU TOURS	2	4 475.44	48 170.05	20 800.00	27 370.05
Formation A.S. (en cours)	ASHQ	CHRU TOURS	2	6 713.16	72 255.07	36 400.00	35 855.07
Formation IDE (en cours)	AS	CHRU TOURS	2	14 140.00	85 759.85	63 800.00	21 959.85

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2023

Intitulé de formation	Domaine	Organisme	Nombre d'agents par an	Coût pédagogique par agent	Coût de remplacement	Montant pris en charge ANFH	Reste à charge EHPAD prévisionnel annuel (sur 5 ans)
De la bientraitance au comportement thérapeutique	Tous service	Interne	10	151.27	1 512.70	1 512.70	0.00
Alzheimer et stratégies d'accompagnement	Tous service	Interne	10	151.27	1 512.70	1 512.70	0.00
Comprendre et gérer l'agressivité et la violence	IDE, AS, ASHQ	FORMA SANTE	8	4 336.00	4 840.64	4 840.64	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 2	AS, IDE	FORMA SANTE	9	2 754.00	4 084.29	4 084.29	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 1	ASHQ, ADM., LOGISTIQUE	IFSU	9	1 620.00	2 333.88	2 333.88	0.00
Prise en charge de la douleur / soins palliatifs	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 272.00	4 538.10	4 538.10	0.00
Accompagnement personnalisé des résidents	IDE, AS, ASHQ	Ergoform	20	11 200.00	12 101.60	12 101.60	0.00
Hygiène bucco-dentaire	IDE, AS, ASHQ	IFSO	4	952.00	1 210.16	1 210.16	0.00
Intimité et sexualité	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	4	864.00	1 210.16	1 210.16	0.00
Prevention des chutes	IDE, AS, ASHQ	FORMAVENIR	4	1 476.00	3 631.32	3 631.32	0.00
Gestion Activation Personnes Agées	IDE, AS, ASHQ	Interne	36	2 722.86	10 891.44	10 891.44	0.00
Prise en charge des troubles psychiatrique en EHPAD	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 710.00	2 722.86	2 722.86	0.00
Formations plaies et cicatrisations	ide	CHRU TOURS	4	543.00	605.08	605.08	0.00
Encadrement des élèves IDE	IDE	IFSO	2	460.00	605.08	605.08	0.00
Encadrement des élèves AS	AS	IFSO	2	460.00	605.08	605.08	0.00
Accompagnement des personnes en fin de vie	AS	INFIPP	6	2 388.00	2 722.86	2 722.86	0.00
Conduire un entretien professionnel	CADRE SANTE	CNEH	3	460.00	0.00	0.00	0.00
Prise en charge des troubles de la déglutition	IDE, AS, ASHQ	TONIC PLUS	6	1 560.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Prise en charge de la dénutrition des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 350.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Construire un projet d'animation et des activités	AS, ASHQ	RESEAU CEDRE	6	1 176.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Soins et hygiène des pieds des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	IRFA EVOLUTION	6	1 500.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Formations et recyclages (HACCP, RABC, Habilitation, CACES, etc...)	LOGISTIQUE	DIVERS	12	4 570.20	0.00	0.00	0.00
Manutention des charges	LOGISTIQUE	CHRU TOURS	12	1 380.00	0.00	0.00	0.00
Formations diverses, congrès et compte personnel de formation	Tous service	DIVERS	6	600.00	800.00	800.00	0.00
Formation A.S.	ASHQ	CHRU TOURS	2	4 475.44	48 170.05	20 800.00	27 370.05
Formation A.S. (en cours)	ASHQ	CHRU TOURS	2	6 713.16	72 255.07	36 400.00	35 855.07
Formation IDE (en cours)	AS	CHRU TOURS	2	14 140.00	85 759.85	63 800.00	21 959.85
Formation IDE en Pratique Avancée	IDE	UNIVERSITE TOURS	1	4 700.00	17 855.84	0.00	17 855.84

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2024

Intitulé de formation	Domaine	Organisme	Nombre d'agents par an	Coût pédagogique par agent	Coût de remplacement	Montant pris en charge ANFH	Reste à charge EHPAD prévisionnel annuel (sur 5 ans)
De la bientraitance au comportement thérapeutique	Tous service	Interne	10	151.27	1 512.70	1 512.70	0.00
Alzheimer et stratégies d'accompagnement	Tous service	Interne	10	151.27	1 512.70	1 512.70	0.00
Comprendre et gérer l'agressivité et la violence	IDE, AS, ASHQ	FORMA SANTE	8	4 336.00	4 840.64	4 840.64	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 2	AS, IDE	FORMA SANTE	9	2 754.00	4 084.29	4 084.29	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 1	ASHQ, ADM., LOGISTIQUE	IFSU	9	1 620.00	2 333.88	2 333.88	0.00
Prise en charge de la douleur / soins palliatifs	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 272.00	4 538.10	4 538.10	0.00
Accompagnement personnalisé des résidents	IDE, AS, ASHQ	Ergoform	20	11 200.00	12 101.60	12 101.60	0.00
Hygiène bucco-dentaire	IDE, AS, ASHQ	IFSO	4	952.00	1 210.16	1 210.16	0.00
Intimité et sexualité	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	4	864.00	1 210.16	1 210.16	0.00
Prevention des chutes	IDE, AS, ASHQ	FORMAVENIR	4	1 476.00	3 631.32	3 631.32	0.00
Gestion Activation Personnes Agées	IDE, AS, ASHQ	Interne	36	2 722.86	10 891.44	10 891.44	0.00
Prise en charge des troubles psychiatrique en EHPAD	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 710.00	2 722.86	2 722.86	0.00
Formations plaies et cicatrisations	ide	CHRU TOURS	4	543.00	605.08	605.08	0.00
Encadrement des élèves IDE	IDE	IFSO	2	460.00	605.08	605.08	0.00
Encadrement des élèves AS	AS	IFSO	2	460.00	605.08	605.08	0.00
Accompagnement des personnes en fin de vie	AS	INFIPP	6	2 388.00	2 722.86	2 722.86	0.00
Conduire un entretien professionnel	CADRE SANTE	CNEH	3	460.00	0.00	0.00	0.00
Prise en charge des troubles de la déglutition	IDE, AS, ASHQ	TONIC PLUS	6	1 560.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Prise en charge de la dénutrition des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 350.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Construire un projet d'animation et des activités	AS, ASHQ	RESEAU CEDRE	6	1 176.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Soins et hygiène des pieds des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	IRFA EVOLUTION	6	1 500.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Formations et recyclages (HACCP, RABC, Habilitation, CACES, etc...)	LOGISTIQUE	DIVERS	12	4 570.20	0.00	0.00	0.00
Manutention des charges	LOGISTIQUE	CHRU TOURS	12	1 380.00	0.00	0.00	0.00
Formations diverses, congrès et compte personnel de formation	Tous service	DIVERS	6	600.00	800.00	800.00	0.00
Formation A.S.	ASHQ	CHRU TOURS	2	4 475.44	48 170.05	20 800.00	27 370.05
Formation A.S. (en cours)	ASHQ	CHRU TOURS	2	6 713.16	72 255.07	36 400.00	35 855.07
Formation IDE (en cours)	AS	CHRU TOURS	2	14 140.00	46 778.10	34 800.00	11 978.10
Formation IDE en Pratique Avancée	IDE	UNIVERSITE TOURS	1	5 300.00	17 855.84	0.00	17 855.84

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES 2025

Intitulé de formation	Domaine	Organisme	Nombre d'agents par an	Coût pédagogique par agent	Coût de remplacement	Montant pris en charge ANFH	Reste à charge EHPAD prévisionnel annuel (sur 5 ans)
De la bientraitance au comportement thérapeutique	Tous service	Interne	10	151.27	1 512.70	1 512.70	0.00
Alzheimer et stratégies d'accompagnement	Tous service	Interne	10	151.27	1 512.70	1 512.70	0.00
Comprendre et gérer l'agressivité et la violence	IDE, AS, ASHQ	FORMA SANTE	8	4 336.00	4 840.64	4 840.64	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 2	AS, IDE	FORMA SANTE	9	2 754.00	4 084.29	4 084.29	0.00
Gestes d'Urgence et de Secours Niveau 1	ASHQ, ADM., LOGISTIQUE	IFSU	9	1 620.00	2 333.88	2 333.88	0.00
Prise en charge de la douleur / soins palliatifs	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 272.00	4 538.10	4 538.10	0.00
Accompagnement personnalisé des résidents	IDE, AS, ASHQ	Ergoform	20	11 200.00	12 101.60	12 101.60	0.00
Hygiène bucco-dentaire	IDE, AS, ASHQ	IFSO	4	952.00	1 210.16	1 210.16	0.00
Intimité et sexualité	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	4	864.00	1 210.16	1 210.16	0.00
Prevention des chutes	IDE, AS, ASHQ	FORMAVENIR	4	1 476.00	3 631.32	3 631.32	0.00
Gestion Activation Personnes Agées	IDE, AS, ASHQ	Interne	36	2 722.86	10 891.44	10 891.44	0.00
Prise en charge des troubles psychiatrique en EHPAD	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 710.00	2 722.86	2 722.86	0.00
Formations plaies et cicatrisations	ide	CHRU TOURS	4	543.00	605.08	605.08	0.00
Encadrement des élèves IDE	IDE	IFSO	2	460.00	605.08	605.08	0.00
Encadrement des élèves AS	AS	IFSO	2	460.00	605.08	605.08	0.00
Accompagnement des personnes en fin de vie	AS	INFIPP	6	2 388.00	2 722.86	2 722.86	0.00
Conduire un entretien professionnel	CADRE SANTE	CNEH	3	460.00	0.00	0.00	0.00
Prise en charge des troubles de la déglutition	IDE, AS, ASHQ	TONIC PLUS	6	1 560.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Prise en charge de la dénutrition des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	ADVITAM	6	1 350.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Construire un projet d'animation et des activités	AS, ASHQ	RESEAU CEDRE	6	1 176.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Soins et hygiène des pieds des personnes âgées	IDE, AS, ASHQ	IRFA EVOLUTION	6	1 500.00	1 815.24	1 815.24	0.00
Formations et recyclages (HACCP, RABC, Habilitation, CACES, etc...)	LOGISTIQUE	DIVERS	12	4 570.20	0.00	0.00	0.00
Manutention des charges	LOGISTIQUE	CHRU TOURS	12	1 380.00	0.00	0.00	0.00
Formations diverses, congrès et compte personnel de formation	Tous service	DIVERS	6	600.00	800.00	800.00	0.00
Formation A.S.	ASHQ	CHRU TOURS	2	4 475.44	48 170.05	20 800.00	27 370.05
Formation A.S. (en cours)	ASHQ	CHRU TOURS	2	6 713.16	72 255.07	36 400.00	35 855.07

**Suivi des résultats et bilan CNR
CPOM Debrou 2021-2025**

RESULTATS 2017 à 2020

Résultats	SOINS + DEPENDANCE	HEBERGEMENT
2017	336 250,67€	107 754,91€
2018	135 138,52€	2 493 512,73€
2019	1 703,94€	1 184,06€
2020	235 465,75€	10 437,41€

CNR 2016 à 2020

2016	150 000€ remplacement de personnel 76 156€ frais financier	226 156€
2017	112 416 € remplacement de personnel	112 416€
2018	215 744€ formation, remplacement de personnel et PASA	215 744€
2019	22 528€ AAC prévention (achat de 2 Tovertafel)	22 528€
2020	169 000€ prime COVID aux agents 118 366,72€ compensation de pertes de recettes 36 210,03€ achat de petits matériels médical 37 512,55€ frais logistique 78 010,25€ renfort personnel 6 182,53€ perte de recettes hébergement temporaire 23 328€ dotation forfaitaire masques	468 610,08€

Année 2019
EHPAD Debrou
Capacité 234
Nb jours trava 226

Grade	CTP hors PASA	ratio d'encadrement	Réel permanent	Réel temporaire	Nb jours absence	ETP absence	ETP réel hors	ratio d'encadrement
ASH	50	0.4487	68.31	0	2486	11.00	57.31	0.437
AS	55		58.58	0	3083	13.64	44.94	
IDE	18	0.077	20.93	0	904	4.00	16.93	0.072
Total	123	0.54	147.82	0			147.82	0.654