

MÉMOIRE POUR LA CAPACITÉ DE GÉRONTOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ DE NANTES

Années 2006/2007 et 2007/2008

Présenté et soutenu par :

LE DR FLORENCE DELAMARRE DAMIER

le 10 juin 2008

à l'Université de Nantes

TITRE

**MODÈLE DE RAPPORT MEDICAL ANNUEL D'ACTIVITE A L'USAGE DES MEDECINS
COORDONNATEURS D'EHPAD (ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT DES
PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES)**

RESPONSABLES DE LA FORMATION

Professeur Gilles BERRUT
Professeur Olivier RODAT

Remerciements

Marie-Colette BOURGEOIS
Christophe CORNET
Sylvie CHURIE
Dr I. LEGOUPIL
Dr H. de SEVERAC
Dr VERNAGEAU

IDE REFERENTE EHPAD AIGREFEUILLE
DIRECTEUR EHPAD CUGAND
IDE REFERENTE EHPAD GETIGNE
MEDECIN COORDONNATEUR EHPAD
MEDECIN DDASS DE LA LOIRE ATLANTIQUE
MEDECIN COORDONNATEUR EHPAD AMC VENDEE

Table des matières

I. INTRODUCTION	4
II. MODÈLE DE RAPPORT MÉDICAL ANNUEL	7
1. INTRODUCTION.....	11
2. DONNEES GENERALES SUR L'EHPAD.....	11
3. LA CHARGE EN SOINS.....	19
4. LE PROJET DE SOINS.....	24
5. LES ADMISSIONS.....	36
6. LE DOSSIER MEDICAL.....	37
7. LE DOSSIER INFIRMIER.....	38
8. PHARMACIE, IATROGENIE.....	39
9. EVOLUTION DE LA DEPENDANCE DES RESIDENTS.....	39
10. EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE DES RESIDENTS.....	40
11. INDICATEURS DE PRISE EN CHARGE ET DE PREVENTION.....	41
12. RISQUES SANITAIRES.....	41
13. COORDINATION DES INTERVENANTS ET CONTINUTE DES SOINS.....	58
14. LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES.....	59
15. CONVENTIONS ENTRE L'EHPAD ET SES DIFFÉRENTS PARTENAIRES.....	60
16. PROJETS ET PERSPECTIVES.....	62
17. RECOMMANDATIONS.....	62
18. CONCLUSION.....	63
ANNEXE 1 : MODELE DE PROTOCOLE INTERNE A L'EHPAD.....	64
III. ANNEXES	65
A.1 Décret « relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » (Décret n° 9-316 du 26 avril 1999)	
A.2 Le médecin coordonnateur en EHPAD (Décret n° 2005-560 du 27/05/2005).	
A.3 Décret no 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles	
IV. BIBLIOGRAPHIE	83

I. Introduction

Dans le cadre de sa fonction le médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) doit rédiger un rapport annuel d'activité. L'objectif et le contenu de ce rapport sont définis dans le Décret n° 20056560 du 27 mai 2005 relatif aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur :

« Il établit un rapport annuel d'activité retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents ».

1. Problématique

L'objectif de ce rapport est défini mais son contenu n'est pas précisé de façon exhaustive, aussi, les médecins ne savent pas comment le rédiger ni ce qu'ils doivent y inscrire.

Le métier de médecin coordonnateur est un nouveau métier qui est encore en évolution. En effet les missions du médecin coordonnateur ont été définies en 1999 mais son rôle a évolué récemment se rapprochant plus de celui d'un « responsable assurance qualité des soins » que de celui de médecin « coordonnateur » au sens littéral. Ainsi, le décret du 27 mai 2005 définit 11 missions et le décret du 11 avril 2007 renforce le rôle du médecin coordonnateur en ajoutant une douzième mission et en augmentant son temps de présence lors du renouvellement de la convention tripartite.

Le médecin coordonnateur est préparé à ces nouvelles missions sur le plan des connaissances gériatriques mais sa fonction fait aussi appel à des connaissances en termes de management, de mises en place de procédures, de travail en équipe et de formation. Et à cela s'ajoute la rédaction du rapport annuel d'activité !

Enfin, le médecin coordonnateur ne dispose pas, le plus souvent, du temps nécessaire à la rédaction du rapport annuel, en effet les EHPAD qui viennent juste de signer la convention tripartite lui allouent trois à quatre heures par semaine pour un effectif de 80 résidents en moyenne.

2. Objectif de ce travail

L'objectif que je me suis fixé dans le cadre de ce travail est de proposer un « modèle » de rapport annuel pré rempli afin d'en faciliter la rédaction et de définir le contour des informations qu'il pourrait ou devrait contenir. Ce modèle pourra être rempli progressivement tout au long de l'année avec le concours de l'équipe soignante.

Ce modèle pré rempli doit également permettre de formaliser et de systématiser le contenu du rapport afin d'éviter les oublis et pourquoi pas d'avancer vers la définition d'une « normalisation » de son contenu (on sait quelles informations on doit ou on peut y trouver !). Cela doit permettre de faciliter la comparaison des rapports entre eux et de vérifier que d'une année sur l'autre les choses s'améliorent !

3. Méthodologie

Pour réaliser ce rapport je me suis appuyée sur :

- Une étude bibliographique qui est pauvre : Il n'y a pas de publications françaises à ma connaissance qui traite de cela et quant à la littérature internationale, elle concerne essentiellement l'évaluation des « nursing homes » en terme de qualité par les « medical directors ». (Ex : sur le site de la haute autorité de santé américaine on trouve des indicateurs de qualité pour ces « nursing homes » <http://www.cms.hhs.gov/center/quality.asp>)
- Des conférences, le congrès annuel des médecins coordonnateurs d'EHPAD, le congrès de gérontologie et de gériatrie pratique..
- Sur des enquêtes auprès de différents acteurs de la filière gériatrique : associations de médecins coordonnateurs d'EHPAD telle que l'AMC de Vendée, la FFAMCO ou le SNGIE, des responsables de la DDASS, de la CPAM, et du Conseil général de Loire Atlantique.
 - L'AMC (Association des Médecins Coordonnateurs) de Vendée a travaillé sur la définition d'une liste de ce que doit contenir un rapport annuel.
 - Le SNGIE, Syndicat des médecins intervenant en EHPAD, a mis en ligne sur son site Internet deux modèles de rapport. Le Dr SAILART propose une étape descriptive et une étape prospective, décrivant la charge en soins qui peut orienter les choix ultérieurs du projet de soins, Le Dr Bruno HARRIBEY, gériatre hospitalier, dans son rapport annuel décrit l'établissement et son organisation.

- Sur l'expérience que j'ai pu acquérir au sein des 7 EHPAD dont je suis ou j'ai été médecin coordonnateur.

Le modèle de rapport que je propose contient des éléments sur : l' EHPAD, la charge en soins ,le projet de soins, les admissions, le dossier médical, le dossier infirmier, la iatrogénie, l'évolution de dépendance des résidents, l'évolution de l'état de santé des résidents, les indicateurs de prise en charge et de prévention, les risques sanitaires, la coordination des intervenants et la continuité des soins, les réseaux gérontologiques, les conventions entre l'EHPAD et ses différents partenaires, les projets et les perspectives à venir et des recommandations.

Afin d'en faciliter la rédaction j'ai choisi lorsque cela était possible de proposer des phrases « à trous » et des grilles « à cocher » tout en préservant des rubriques « libres ».

4. Conclusion

La rédaction du rapport annuel est un moment fort de collaboration du médecin coordonnateur avec l'équipe soignante et notamment le cadre infirmier ou l'infirmier référent. Le fait de disposer d'un modèle de rapport va permettre de guider l'équipe tout au long de l'année afin d'améliorer la prise en charge des soins et d'évaluer la dépendance des personnes âgées. La communication de ce rapport aux autorités de santé permettra, je l'espère, une prise de conscience des problématiques spécifiques à l'EHPAD. Enfin, le rapport annuel pourra servir d'argumentaire pour établir le projet de soin, et permettre au directeur de l'EHPAD de demander la réorganisation de services ou l'adaptation des moyens aux besoins.

II. MODÈLE DE RAPPORT ANNUEL

Sommaire

1. INTRODUCTION.....	11
2. DONNEES GENERALES SUR L'EHPAD.....	11
3. LA CHARGE EN SOINS.....	19
4. LE PROJET DE SOINS.....	24
5. LES ADMISSIONS.....	36
6. LE DOSSIER MEDICAL.....	37
7. LE DOSSIER INFIRMIER.....	38
8. PHARMACIE, IATROGENIE.....	39
9. EVOLUTION DE LA DEPENDANCE DES RESIDENTS.....	39
10. EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE DES RESIDENTS.....	40
11. INDICATEURS DE PRISE EN CHARGE ET DE PREVENTION.....	41
12. RISQUES SANITAIRES.....	41
13. COORDINATION DES INTERVENANTS ET CONTINUTE DES SOINS.....	58
14. LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES.....	59
15. CONVENTIONS ENTRE L'EHPAD ET SES DIFFÉRENTS PARTENAIRES.....	60
16. PROJETS ET PERSPECTIVES.....	62
17. RECOMMANDATIONS.....	62
18. CONCLUSION.....	63
ANNEXE 1 : MODELE DE PROTOCOLE INTERNE A L'EHPAD.....	64

RAPPORT MEDICAL DE L'EHPAD

.....

ANNEE 200.

Dr
(Médecin coordonnateur d'EHPAD)

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	11
2. DONNEES GENERALES SUR L'EHPAD.....	11
2.1. HISTORIQUE DE L'EHPAD.....	11
2.2. STATUT.....	11
2.3. SITUATION PAR RAPPORT AUX CENTRES RESSOURCES.....	12
2.4. LOCAUX.....	12
<i>a. Particularités architecturales.....</i>	<i>12</i>
<i>b. Capacité globale d'accueil.....</i>	<i>12</i>
<i>c. Niveau de sécurité.....</i>	<i>13</i>
<i>d. Cadre d'exercice du médecin coordonnateur.....</i>	<i>13</i>
2.5. ENVIRONNEMENT HUMAIN / ORGANIGRAMME.....	14
<i>a. Hébergement.....</i>	<i>14</i>
<i>b. Grille ETP du personnel soignant et dépendance.....</i>	<i>14</i>
<i>c. Intervenants extérieurs.....</i>	<i>15</i>
2.6. ENVIRONNEMENT GÉRONTOLOGIQUE.....	16
2.7. RÉSIDENTS.....	16
3. LA CHARGE EN SOINS.....	19
4. LE PROJET DE SOINS.....	24
4.1. PRÉVENTION SENSORIELLE.....	24
4.2. PRÉVENTION DES TROUBLES NUTRITIONNELS.....	25
4.3. PRÉVENTION DES ESCARRES ET DE LA RÉGRESSION PSYCHOMOTRICE.....	26
4.4. PRÉVENTION DES ANOMALIES D'ÉLIMINATION URINAIRE ET FÉCALE :	26
4.5. PRÉVENTION DES CHUTES.....	27
4.6. PRÉVENTION DE LA DOULEUR.....	28
4.7. PRÉVENTION VACCINALE.....	29
4.8. PRÉVENTION DE L'ISOLEMENT RELATIONNEL (PERSONNEL, FAMILIAL, SOCIAL), ET DE SES CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES	30
4.9. PRÉVENTION DE LA MALTRAITANCE	30
4.10. ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE.....	31
4.11. PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET COMMUNAUTAIRES.....	32
4.12. DESCRIPTION DU MODE DE GESTION DE L'URGENCE DANS L'UNITÉ.....	32
4.13. NOUVEAUX PROTOCOLES DE SOIN.....	33
4.14. TRANSMISSIONS.....	34
4.15. FORMATION DU PERSONNEL.....	35
5. LES ADMISSIONS.....	36
<i>a. Provenance des résidents.....</i>	<i>36</i>
<i>b. Origine géographique du futur résident ou de sa famille.....</i>	<i>36</i>
<i>c. Adéquation du GIR à l'entrée dans l'EHPAD.....</i>	<i>36</i>
<i>d. Evaluation des données renseignées dans le dossier d'admission.....</i>	<i>36</i>
<i>e. Présence d'un protocole d'organisation des admissions des résidents.....</i>	<i>37</i>
<i>f. Présence d'un dossier de pré-admission.....</i>	<i>37</i>
6. LE DOSSIER MEDICAL.....	37
7. LE DOSSIER INFIRMIER.....	38
8. PHARMACIE, IATROGENIE.....	39
<i>a. Nombre moyen de médicaments par résident.....</i>	<i>39</i>
<i>b. Modalités de prescription des benzodiazépines</i>	<i>39</i>

<i>c.Modalités de prescription des neuroleptiques</i>	<i>39</i>
<i>d.Modalités de prescription des morphiniques.....</i>	<i>39</i>
<i>e.Prescription de médicaments spécifiques à la maladie d'Alzheimer et autres démences.....</i>	<i>39</i>
<u>9. EVOLUTION DE LA DEPENDANCE DES RESIDENTS.....</u>	<u>39</u>
<i>a.GMP par mois de l'année du présent rapport.....</i>	<i>39</i>
<i>b.GMP par mois de l'année précédente.....</i>	<i>40</i>
<i>c.PMP de l'année 200.....</i>	<i>40</i>
<i>d.PMP de l'année (200.... - 1).....</i>	<i>40</i>
<u>10. EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE DES RESIDENTS.....</u>	<u>40</u>
<u>11. INDICATEURS DE PRISE EN CHARGE ET DE PREVENTION.....</u>	<u>41</u>
<u>12. RISQUES SANITAIRES.....</u>	<u>41</u>
<i>a.Plan Bleu pour la gestion du risque de canicule.....</i>	<i>41</i>
<i>b.Epidémies.....</i>	<i>55</i>
<u>13. COORDINATION DES INTERVENANTS ET CONTINUTE DES SOINS.....</u>	<u>58</u>
<i>a.Délégations du médecin coordonnateur.....</i>	<i>58</i>
<i>b.Réunion annuelle.....</i>	<i>58</i>
<i>c.Sensibilisation à la gérontologie.....</i>	<i>58</i>
<u>14. LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES.....</u>	<u>59</u>
<u>15. CONVENTIONS ENTRE L'EHPAD ET SES DIFFÉRENTS PARTENAIRES.....</u>	<u>60</u>
<u>16. PROJETS ET PERSPECTIVES.....</u>	<u>62</u>
<u>17. RECOMMANDATIONS.....</u>	<u>62</u>
<u>18. CONCLUSION.....</u>	<u>63</u>
<u>ANNEXE 1 : MODELE DE PROTOCOLE INTERNE A L'EHPAD.....</u>	<u>64</u>

1. INTRODUCTION

Ce rapport d'activité 200..... rend compte des activités mises en place par le médecin coordonnateur présent heures par mois avec l'équipe soignante de l'EHPAD de

Les priorités pour la Direction de l'EHPAD, l'infirmière référente et le médecin coordonnateur ont été de :

.....

Exemples :

- *la mise à jour des « dossiers résidents » informatisés avec la récupération des données sources auprès des médecins traitants,*
- *la formation en gériatrie du personnel sur les sujets les plus importants permettant en même temps la remontée d'informations pour l'élaboration du projet de soins.*

2. DONNEES GENERALES SUR L'EHPAD

2.1. Historique de l'EHPAD

.....

2.2. Statut

- Etablissement Public oui non
- Etablissement Privé :
 - o Associatif : oui non
 - o A but lucratif : oui non
- Tarif global : oui non

2.3. Situation par rapport aux centres ressources

L'EHPADest situé par rapport aux établissements de santé :

- àkm du CHU de
- àkm de l'hôpital général de
- àKm du CHD de
- àKm de l'hôpital psychiatrique du secteur
- àKm du SAMU
- àKm du centre anti poison
- Autres établissements :.....
.....
.....
.....
.....

2.4. Locaux

a. Particularités architecturales

- *Descriptif :*
 - o Les locaux actuels se distribuent sur bâtiments deétages.
 - o Mode d'accessibilité : l'EHPAD est adapté à l'accueil des personnes à mobilité réduite. oui non
- *Caractéristiques des bâtiments :*
 - o Le rez-de-chaussée :
.....
.....
 - o Les étages :
.....
.....
 - o Les locaux de service :
.....
.....

b. Capacité globale d'accueil

La capacité d'accueil est dechambres (nombre pour personnes seules et nombre pour couples) et le taux d'occupation est de%

- *Spécificités :*

- Séjour temporaire (avec taux d'occupation)
- Accueil de jour (avec taux d'occupation)
- Unité de vie Alzheimer (avec taux d'occupation)

c. Niveau de sécurité

- Présence de codes aux portes d'entrée : oui non
- Présence de ferme-porte : oui non
- Portail d'accès extérieur : oui non
- Périmètre de sécurité : oui non
- Utilisation de bracelets, capteur dans les chaussures : oui non
- Préciser le système mis en place :
-
-

d. Cadre d'exercice du médecin coordonnateur*Lieu de travail :*

- Mise à disposition d'un bureau : oui non
- Bureau partagé avec IDE référente : oui non

Equipement :

- Mise à disposition d'un ordinateur : oui non
- Logiciel gérant les dossiers résidents : oui non
- Utilisation de PATHOS : oui non
- Internet : oui non
- Mise à disposition d'un secrétariat : oui non
- Papeterie (stylos, cahiers, classeurs...) : oui non
- Mobilier dédié à la fonction : oui non
- Prise en charge du courrier : oui non
- Si oui par qui
- Téléphonie : oui non
- Salle de réunion et de formation : oui non
- Présence d'une signalétique spécifique (lieu horaires): oui non

Projets :

.....

.....

2.5. Environnement humain / organigramme

a. Hébergement

Le personnel non soignant (hébergement) est représenté par :

- le service administratif,
- le service hôtelier avec service cuisine et service entretien (services généraux)
- l'animation
- Les ASH à hauteur de 70% du budget

b. Grille ETP du personnel soignant et dépendance

FONCTION	ETP en %	Temps de travail SOINS	MISSIONS / TACHES	REMARQUES
MEDECIN COORDONNATEUR 100% budget soins	12 Missions	
IDE REFERENTE 100% budget soins	Soins infirmiers et soins relationnels Encadrement équipe soignante	Temps d'encadrement =
IDE 100% budget soins	Soins infirmiers et soins relationnels	
AS JOUR /AMP 70% budget soins 30% budget dépendance	Soins d'hygiène et de confort Soins relationnels	
AS NUIT 70% budget soins 30% budget dépendance	Soins d'hygiène et de confort Soins relationnels	
ASH NUIT 30% budget dépendance 70% budget hébergement	Travail en binôme avec une AS	Soins d'hygiène et de confort Soins relationnels Entretien	
ASH DOUCHE 30% budget dépendance 70% budget	Travail en binôme avec une AS	Soins d'hygiène et de confort Soins relationnels	

hébergement				
ASH autres 30% budget dépendance 70% budget hébergement	.....	Travail en binôme avec une AS	Soins d'hygiène et de confort Soins relationnels Entretien	Dont ... Restauration
PSYCHOLOGUE 100% budget dépendance			Intervention auprès du personnel et/ou des résidents	

c. Intervenants extérieurs

FONCTION	ETP	Temps de travail (ou de présence)	RYTHME D'INTERVENTION PAR SEMAINE	REMARQUES
Médecins généralistes	
Psychologue	
Psychiatre	
Kinésithérapeutes	
Infirmières libérales ou centre de soins infirmiers	
Soins palliatifs	
Pédicures	
Coiffeurs	
Esthéticienne	
Infirmières psychiatriques	
Pompiers	
Ergothérapeute	
Aides à domicile (ADMR)	

Assistante sociale	....	....	....
Etudiants école d'infirmières	....	....	....
Etudiants école d'aides-soignantes	....	....	....
HAD	....	....	....
Dentiste	....	....	....
Techniciens de maintenance équipement médical	....	....	....
Autres (Bénévoles .....	....	....	....

2.6. Environnement Gérontologique

- Cantonal (*Exemple : CLIC*)
.....
.....
- Départemental (*Exemple Association de médecins coordonnateurs*)
.....
.....
.....
- Régional (*Exemple CMRR*)
.....
.....
.....

2.7. Résidents

- Nombre de résidents : ... (...hommes, ...femmes) présents au 31/12/200..
- Age moyen :ans (... ans pour le plus jeune, ans pour le plus âgé)
- GMP :
- Durée moyenne de séjour : ans et Mois

La Résidence est agréée pour accueillir résidents en accueil permanent etrésidents.....en accueil temporaire.

- Existe-t-il un accueil de jour ? oui non
si oui nombre de places :
- Existe-t-il un accueil de nuit ? oui non
si oui nombre de places :
- Nombre de nouvelles admissions sur l'année écoulée :
 - o Sexe : F ... % H ... %
 - o Provenances en % :
 - Domicile : %
 - Transfert de services aigus : %
 - Transfert d'un moyen séjour : %
 - Transfert d'un long séjour : %
 - Transfert d'un soins de suite : %
 - Transfert de structures psychiatriques : %
 - Autre : %
 - o Ville d'origine (ou département) :
 - o Âge moyen :
- Mode et nombre de sorties définitives
 - o Décès dans l'EHPAD :
dont.....ont fait l'objet d'un accompagnement en fin de vie
 - o Décès hors de l'EHPAD :
 - o Transferts vers centre hospitalier :
 - o Transferts vers un long séjour :
 - o Retour vers le Domicile :
 - o Autre (préciser) :
- Liste d'attente au 31/12/..... :
 - o Femmes :
 - o Hommes :
- Présents en 200...
 - o Répartition par sexe :
 - Hommes (%) :
 - Femmes (%) :

- Âge moyen :
- GIR moyen pondéré de l'unité :
- Trimestrielle : oui non
- Mensuelle : oui non
- Semestrielle : oui non
- Etabli par :
- Contrôle par :

- Nombre de résidents bénéficiant de l'aide sociale :
- Nombre de résidents ayant signé des directives anticipées :
- Nombre de résidents ayant désigné une personne de confiance:
- Nombre de consultations externes programmées :
- Nombre d'hospitalisations:
- Nombre d'urgences:
- Nombre de résidents sous curatelle:
- Nombre de résidents sous tutelle :
- Nombre de résidents en ALD :
- Nombre de résidents de moins de 60 ans :

3. LA CHARGE EN SOINS

ACTES INFIRMIERS rôle propre et rôle délégué à l'AS/AMP		
Item retenu	Mode de calcul de la charge en soins	Durée annuelle en heures
Nombre de pansements	.... par jour à raison de ....minutes par pansement Les temps par pansement sont différents (moyenne globale par jour) Total :	
Nombre d'injections d'insuline	.... personnes ayant chacune ....injections quotidiennes, à raison de min par injection (ou moyenne par jour) Total :	
Nombre d'injections de vaccination	.... personnes vaccinées contre la grippe une fois par an, à raison de minutes par injection autre vaccin (tétanos, PN23) à raison de min par vaccin. Total :	
Nombre de changements de poches	.... personne avec changements quotidiens, à raison de minutes par changement. Total :	
Personne sous oxygène	Temps moyen par mois :	
Personnes avec sonde urinaire	Nombre de jours de sonde sur l'année, à raison de 20 min par jour et par résident :	

Nombre de consultations externes	Prise du rendez-vous, gestion du dossier administratif, préparation et retour de la personne :, à raison de 30 minutes par résident en moyenne par semaine. Total :	
Nombre d'analyses d'urines	Toilette, recueil des urines :par semaine, à raison de ....minutes par analyse Total :	
Nombre d'hospitalisations	Préparation de la fiche de liaison, préparation du dossier médical, information à la famille, suivi régulier avec le service hospitalier, préparation du retour : transferts dans l'année représentant un total de Jours d'hospitalisation, à raison de minutes par transfert. Total :	
Nombre d'examens biologiques	....par semaine, à raison de ....minutes par examen (ou prise en charge par un labo extérieur). Total :	
Nombre d'entrants	Entretien préalable, visite sur le lieu de vie, préparation d'un plan de soin, visite des locaux, aide à l'installation, éducation au sujet de l'espace de vie :entrées dans l'année dont couples, à raison de ....heures par entrants Total :	
Nombre de sorties	Transferts : ... dont : retour domicile.... transferts en Cantou... autre établissement... à raison de minutes par sortie Total :	

Nombre de décès dans l'établissement	Aide à la fin de vie, soutien de la famille, formalités administratives : à raison de h/décès Total :	
Soins d'escarres	Activité marginale au cours de l'année, mais installation de ....matelas anti-escarres....coussin anti-escarres ... changement de position à raison de ....minutes par jour. Total :	
Préparation des médicaments	....personnes nécessitant la préparation de semainiers (ou autre système), à raison de 10 minutes hebdomadaires par semainier (ou autre). Total :	
Administration de médicaments	Prescrits médicalement sous forme de gouttes, patchs, ovules : moyenne quotidienne de ... administrations de gouttes, de pose de patchs, d'administration de ovules, à raison de ... minutes par administration particulière Total :	
Gestion des médicaments	Commande, surveillance de la liste «référentielle», réunions de concertation avec le médecin coordonnateur Total :	
Nombre de personnes présentant une DMLA, un glaucome ou une cataracte	Surveillance, aide à l'orientation, accompagnement dans les parties communes. Total :	
TOTAL D'HEURES SUR L'ANNEE		

ACTES SANITAIRES		
Item retenu	Mode de calcul de la charge en soins	Durée annuelle en heures
<i>Personnes nécessitant un suivi psychiatrique</i>	<p>Critères : suivi par un psychiatre au moins une fois par an et/ou sous neuroleptique : personnes, à raison de ....min par jour et par personne.</p> <p>Total :</p>	
<i>Actes effectués par les veilleuses de nuit</i>	<p>Distribution de somnifères, rassurer les résidents, réponse aux appels de sonnette : personnes vues systématiquement à la ronde du soir, soit ....heures par nuit. ....personnes visitées systématiquement à chacune des rondes, à raison de minutes par visite.</p> <p>Total :</p>	
<i>Nombre de personnes nécessitant deux agents pour les transferts et/ou la toilette</i>	<p>....personnes, nécessitant transferts par jour, à raison de minutes par transfert et/ou toilette.</p> <p>Total :</p>	
<i>Nombre de personnes recevant un traitement anti-parkinsonien</i>	<p>Distribution des médicaments à heures fixes et aide à la marche : personnes, à raison de minutes quotidiennes par personne.</p> <p>Total :</p>	
<i>Nombre de personnes recevant un traitement anti-émétique et/ou anti-diarrhéique</i>	<p>....personnes sous traitement anti-émétique permanent et ... personnes dans l'année, à raison de 30 minutes en moyenne par jour et par personne concernée.</p> <p>Total :</p>	

Nombre de personnes « déambulantes » et/ou fugueuses	Surveillance, aide à l'orientation, accompagnement dans les parties communes :personnes, à raison de ....minutes quotidiennes par personne. Total :	
Nombre de personnes souffrant d'amblyopie bilatérale	Rappelons qu'en France, la définition légale correspond à une acuité visuelle comprise entre 4/10 et 1/20 du meilleur œil : aide à la déambulation, temps d'écoute et d'explications pour compenser le déficit, 10 personnes, à raison de 15 minutes par jour par personne. Total :	
Nombre de personnes porteuses de prothèses	Membres, œil, dents : aide à l'implantation, surveillance du fonctionnement, soins d'hygiène accrus ;personnes, à raison de 15 minutes par jour par résident. Total :	
Aide au repas	Préparation, surveillance et stimulation de ....personnes aidées en salle à manger ou en plateau en chambre par une AS/AMP: à raison de 2 heures par jour par résident. Total :	
Résidents ne se déplaçant pas en salle à manger	De façon permanente ou temporaire, calculés en nombre de plateaux annuels ... portés en chambre sans nécessité d'une aide au repas à raison de 10mn par plateau-repas. Total :	
Soins d'hygiène	.... Douches et ... bains par semaine jour, à raison de ... min par douche et de ... min par bain. Total :	
Petits soins	Bas de contention, collyre, soins locaux... :personnes, à raison de ....min par soin, ...fois par jour Mesure du poids :personnes, à raison de ....min, ...fois par quinzaine. Total :	
Administration des	Uniquement les traitements per os (comprimés, gélules) distributions par jour à raison de ....minutes par distribution.	

médicaments	Total :	
TOTAL D'HEURES SUR L'ANNEE		

4. LE PROJET DE SOINS

Principe : Le projet de soin est un document consensuel auquel adhèrent tous les acteurs du soin gériatrique de l'établissement. Il a pour objectifs l'accueil et l'accompagnement des résidents et l'amélioration de leur autonomie. La prévention est un axe privilégié du projet de soins.

Les Objectifs pour l'année 20..... ont été de : (*Exemple : Mettre en place des outils et des protocoles dans le cadre de la prévention de Mettre en relation les différents établissements avec lesquels l'EHPAD travaille*)

.....

4.1. Prévention sensorielle

Principes : Améliorer la prise en charge depersonnes âgées porteuses de prothèses oculaires et auditives.

Mesures mises en place : (*Ex : recensement des personnes âgées porteuses de lunettes et d'audioprothèses. Evaluation du besoin, évaluation de l'actualisation et de la bonne utilisation des aides sensorielles. Ces évaluations figurent dans le dossier de soins infirmiers et font l'objet d'une évaluation d'équipe répercutée auprès de la famille*)

.....

Suivi :

.....
.....
.....
.....
.....

Bilan :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.2. Prévention des troubles nutritionnels

Principes : Une réflexion récurrente sur les besoins nutritionnels et sur la présentation des repas est menée avec l'ensemble des agents de l'établissement, pour promouvoir le rôle central de l'alimentation (solide et liquide) en terme de convivialité mais aussi en terme de prévention (dénutrition, déshydratation, escarres, grabatisation, infections, troubles du transit, confusion mentale, chutes, fractures).

Les résidents sont régulièrement pesés et une fiche d'alimentation est établie si besoin. Les régimes prescrits médicalement sont appliqués et codifiés par des protocoles.

Mesures mises en place :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi :

.....
.....
.....
.....
.....

Bilan :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....

4.3. Prévention des escarres et de la régression psychomotrice

Principes : L'ensemble des agents (de soins et d'animation) veille à la mobilité des résidents, et les projets spécifiques de stimulation sont, si besoin, élaborés en équipe, formalisés et évalués.

Un ou plusieurs kinésithérapeutes interviennent dans l'établissement.

Le choix de matériel adapté (lits, matelas, coussins, aides techniques...) est fait en équipe et est régulièrement réévalué.

Un effort particulier est fait sur le plan des apports protéino-énergétiques,

Mesures mises en place :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi :

.....
.....
.....
.....

Bilan :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.4. Prévention des anomalies d'élimination urinaire et fécale :

Principes : Toutes les actions susceptibles de favoriser la continence sont mises en œuvre, en particulier : faciliter le repérage et l'accès aux toilettes, éviter les « couches d'accueil », favoriser la continence et lutter contre la constipation, etc.

L'état du transit digestif est mentionné sur le diagramme d'actions de soins.

Mesures mises en place :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi :

.....

.....

.....

.....

.....

Bilan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.5. Prévention des chutes

Principes : La prévention des chutes ne passe pas par la contention des résidents, et une certaine acceptation du risque de chute fait partie du projet de maintien de l'autonomie locomotrice.

Toutefois, une attention particulière est apportée à la prévention des chutes, grosses pourvoyeuses de dépendance. La réflexion est menée dans le cadre de l'amélioration qualitative des prestations de l'établissement, en lien avec la cellule qualité.

Une analyse concernant les risques et les moyens d'y remédier est mise en place : elle concerne tous les agents de l'établissement, mais aussi les familles et les tuteurs des résidents et les résidents eux-mêmes.

Mesures mises en place :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi :

.....

.....

.....

.....

Bilan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.6. Prévention de la douleur

Principes : L'établissement est à l'écoute de la souffrance physique et morale des résidents et utilise la grille..... ainsi que les échelles Le centre de référence de la douleur est :

Une convention a été passée avec le secteur psychiatrique de pour tout ce qui concerne la souffrance psychologique.

Mesures mises en place :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi :

.....

.....

.....

.....

Bilan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

4.7. Prévention vaccinale

Principes : La vaccination contre la grippe, le tétanos et le pneumocoque est effectuée, en l'absence de contre-indication :

-résidents ont été vaccinés contre la grippe entre le..... octobre et le..... novembre.....
- La vaccination est effectuée sur prescription du médecin par les infirmières de l'institution, entre le..... Octobre et leNovembre de chaque année.
-résidents ont été vaccinés par le vaccin antitétanique. Le vaccin antitétanique peut être fait séparément ou associé au vaccin Antigrippal.
-résidents ont été vaccinés contre le pneumocoque.
- Les dates de vaccination figurent dans le dossier de soins.

Mesures mises en place :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bilan :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.8. Prévention de l'isolement relationnel (personnel, familial, social), et de ses conséquences psychologiques

Principes : Les mesures concernant la place de l'alimentation, de la locomotion, de l'entretien sensoriel, du bien-être physique et mental contribuent à prévenir l'isolement et ses conséquences délétères.

La mise en place d'un animateur formé ainsi que le recours, par convention, au secteur psychiatrique, doit permettre d'améliorer le bien-être psychoaffectif des résidents.

Mesures mises en place :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi :

.....
.....
.....
.....
.....

Bilan :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.9. Prévention de la maltraitance

Principes : Elle doit être prise en compte dans le projet de vie de l'établissement et dans le projet de soins.

Le cas particulier de la contention (parfois nécessaire, parfois maltraitante) est évalué en équipe, et répond à un justificatif médical et à une prescription. Cette contention est définie pour un temps donné et est à évaluer régulièrement (périodicité à fixer avec le Médecin Coordonnateur).

Mesures mises en place :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Suivi :.....
.....
.....
.....

Bilan :
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.10.Accompagnement fin de vie

Principes : L'accompagnement des résidents en fin de vie et de leur famille est une préoccupation de l'EHPAD. Dans cette optique, des formations spécifiques sont impulsées, des agents participent aux groupes de travail « accompagnement en fin de vie » et « prise en charge d'un décès » dans l'EHPAD ; des outils d'évaluation doivent être mis en place ; une convention avec un service de soins palliatifs ou une association de soins palliatifs doit être établie pour aider à la prise en charge des résidents. Le secteur psychiatrique de..... ..intervient en cas de besoin ou sur demande.

Mesures mises en place :
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi :.....
.....
.....
.....

Bilan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.11.Prévention des infections nosocomiales et communautaires

Principes : Une épidémie en milieu communautaire peut avoir une incidence gravissime sur l'état de santé des résidents et les conditions de travail du personnel. Les mesures de prévention de propagation des épidémies doivent être un point de vigilance particulier.

Mesures mises en place :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi :

.....

.....

.....

.....

.....

Bilan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.12.Description du mode de gestion de l'urgence dans l'unité

Principes : Une trousse d'urgence est constituée avec le médecin coordonnateur et mise à la disposition des médecins traitants ou de leur remplaçant en cas de besoin. Un chariot d'urgences et de l'oxygène pour les urgences sont disponibles.

Leur contenu est évalué régulièrement.

Un protocole pour l'appel en urgence est établi. L'EHPAD bénéficie du service d'astreintes médicales, 24 h/24, du Centre Hospitalier, du CHR de et des astreintes médicales du CAPS de

En cas d'urgence, il peut être fait appel au médecin coordonnateur s'il est sur place. Les premiers soins sont donnés sur place par les soignants présents, la trousse d'urgence et/ou le chariot « urgence » étant disponible à cet effet. Ensuite, selon le cas, la prise en charge est assurée sur place ou bien le résident est transféré dans une structure appropriée après visite de son médecin traitant ou de garde.

Mesures mises en place :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bilan :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.13.Nouveaux protocoles de soin

Principes : Les protocoles de soins, préventifs et curatifs, destinés aux différentes catégories d'agents, sont disposés au plus près des lieux d'utilisation. Ils peuvent même, dans certains cas, être apposés dans la chambre des résidents faisant l'objet d'une procédure particulière.

Mesures mises en place :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Suivi :
.....
.....
.....

Bilan :
.....
.....
.....
.....
.....

4.14. Transmissions

Principes : Les transmissions écrites, médicales, infirmières et d'équipe en général, se font sur des outils spécifiques : Les événements importants sont reportés sur le dossier infirmier ou médical, selon le cas, afin d'assurer le suivi longitudinal. Une démarche de transmissions ciblées est engagée depuis le

Des transmissions orales ont lieu toutes les heures, chaque jour, au changement d'équipes.

Une réunion hebdomadaire ou journalière, de synthèse, réunit l'équipe soignante, le au cours de laquelle les projets spécifiques sont élaborés, le suivi assuré et les résultats évalués.

Autres formes de transmissions :
.....

Mesures mises en place :

- 1. Avec l'ensemble de l'équipe : Rythme :
- 2. Avec les libéraux :
 - o Médecins : Thèmes abordés :
 - o IDE : Thèmes abordés :

.....
.....
.....

.....
.....
Suivi :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
Bilan :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.15. Formation du personnel

Principes : La réforme de la tarification et le passage au statut d'EHPAD a permis d'accroître le nombre et la qualification des agents de l'établissement, en particulier dans le domaine de la dépendance.

En plus de la formation interne confiée au médecin coordonnateur ou aux cadres de santé ou Infirmière Référente, tous les agents bénéficient d'un plan de formation orienté vers la prise en charge gériatrique, et allant dans le sens de la démarche qualité et de l'accréditation.

Mesures mises en place :

- 1. Nombre de formations :.....
- 2. Nombre d'agents formés :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
Suivi :.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
Bilan :
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. LES ADMISSIONS

Principes : L'avis du médecin coordonnateur est consultatif mais l'avis pour l'admission du résident dans l'EPHAD doit être pluridisciplinaire (consultation du Directeur, de l'infirmière référente et/ou d'autres membres de l'équipe). L'admission des résidents dans l'EHPAD se fait selon les critères ci-dessous :

a. Provenance des résidents

- SSLD (Soins de Suite Longue Durée),
 - SSR (Soins de Suite et de Réadaptation),
 - MAG (Médecine Aigue Gériatrique),
 - ES (Etablissements de Santé),
 - DOM (Domicile).
 - Autres
-

b. Origine géographique du futur résident ou de sa famille

.....

.....

.....

.....

.....

c. Adéquation du GIR à l'entrée dans l'EHPAD

.....

.....

.....

.....

d. Evaluation des données renseignées dans le dossier d'admission

.....

.....

.....

.....

Suivi :

.....

.....

.....

.....

.....

Bilan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. LE DOSSIER INFIRMIER

Principes : Comporte l'identification du résident, ses désirs, ses habitudes de vie , une traçabilité des différents soins infirmiers effectués, un état de ses rendez-vous, et un plan de soins personnalisé – un rapport pluridisciplinaire des évènements de vie (transmissions). Un plan de soin informatique établit la liste quotidienne des différents soins infirmiers. Il se présente actuellement sur support papier qui peut être relayé, en salle de soins, par un tableau mural synoptique.

Il porte trace des transmissions et, s'il y a lieu, des diagnostics infirmiers et des projets personnalisés.

Mesures mises en place :

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi :

.....

.....

.....

.....

.....

Bilan :

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. PHARMACIE, IATROGENIE

a. Nombre moyen de médicaments par résident

.....
.....
.....

b. Modalités de prescription des benzodiazépines

.....
.....
.....

c. Modalités de prescription des neuroleptiques

.....
.....
.....

d. Modalités de prescription des morphiniques

.....
.....
.....

e. Prescription de médicaments spécifiques à la maladie d'Alzheimer et autres démences

.....
.....
.....

9. EVOLUTION DE LA DEPENDANCE DES RESIDENTS

a. GMP par mois de l'année du présent rapport

.....
.....

.....
.....
.....

b. GMP par mois de l'année précédente

.....
.....
.....
.....

c. PMP de l'année 200....

.....
.....
.....
.....

d. PMP de l'année (200.... - 1)

.....
.....
.....
.....

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

10. EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE DES RESIDENTS

Indicateurs de morbi-mortalité pour l'année 200.... :

- Nombre de chutes :
- Nombre de fractures :
- Nombre d'escarres :
- Nombre de décès :
- Nombre d'hospitalisations non programmées :
- Nombre de pneumopathies d'inhalation :
- Nombre d'infections respiratoires basses :
- Nombre de syndromes de glissement :

- Nombre d'infections urinaires :
- Nombre de contentions :
- Nombre de dénutrition :
- Nombre d'AVC :
- Nombre de syndromes parkinsoniens :
- Nombre de syndromes confusionnels :

Commentaires :

.....

11. INDICATEURS DE PRISE EN CHARGE ET DE PREVENTION

- Nombre d'interventions en kinésithérapie :
- Nombre d'interventions en suivi psychiatrique :
- Nombre d'interventions psychologue :
- Nombre d'interventions orthophoniste :
- Nombre d'interventions diététicienne :
- Nombre d'interventions pédicure :
- Nombre d'urgences prises en charge par le médecin coordonnateur

12. RISQUES SANITAIRES

a. Plan Bleu pour la gestion du risque de canicule

Principes : En tant qu'établissement médico-social pour personnes âgées, les EHPAD sont tenus de disposer d'un plan bleu de gestion de crise sanitaire, décliné notamment sur la gestion du risque canicule. Il ne suffit pas d'avoir un plan bleu encore faut-il qu'il soit applicable. Ci-dessous une grille d'évaluation proposée par la DDASS des Yvelines (Dr Marie Paule CUENOT) :

Question	Réponse	Commentaires
----------	---------	--------------

<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il un plan bleu de gestion de crise sanitaire formalisé par l'établissement ? - Si oui, ce plan est-il diffusé auprès du personnel ? 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>La désignation d'un référent, directeur, médecin coordonnateur ou infirmière référente responsable en cas de crise</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a établi la liste du ou des référents canicules pour la période du 1^{er} juin au 30 septembre 200... - La liste précise pour chaque semaine ou autre période, le nom du référent, sa qualité et ses coordonnées. - La liste a été ou sera transmise avant le 1^{er} juin à la DDASS. - Les coordonnées de la DDASS aux heures ouvrables figurent dans le plan bleu. - La constitution d'une cellule de crise type est mentionnée dans le plan bleu. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>
<i>Les moyens de communication</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a indiqué dans le plan bleu les modalités d'accès et d'utilisation des moyens de communication - Le téléphone peut être utilisé 24 h sur 24 h pour être joint de l'extérieur. - Le téléphone peut être utilisé 24 h sur 24 h pour appeler vers l'extérieur. - L'établissement dispose d'un téléphone portable connu du personnel (<i>ex. celui du directeur</i>). - L'établissement dispose d'une adresse 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>

<p>électronique en cas d'alerte, dont les utilisateurs sont identifiés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a rédigé une procédure d'accès à la messagerie électronique. - Le télécopieur est situé dans une pièce le rendant accessible au personnel présent 24 h sur 24 h. - Les télécopies sont traitées lorsque les services administratifs sont fermés. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<i>L'identification des personnes les plus vulnérables</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a organisé la tenue du registre des résidents en période estivale. - L'établissement a désigné une personne pour renseigner le registre (entrées sorties etc). - La liste des résidents permet d'identifier le numéro de chambre et le GIR de chaque résident. - L'établissement a désigné une personne pour actualiser la liste des résidents notamment pour le suivi des hospitalisations, décès et absence pendant les vacances. - L'établissement a établi une liste des personnes vulnérables. - L'établissement a déterminé la fréquence d'actualisation de cette liste. - L'établissement a déterminé la personne chargée de l'actualisation de la ou des listes. - L'établissement a déterminé sur quel support cette liste serait consignée : 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<i>(Commentaires)</i>

<p>tableau de bord des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les critères retenus comprennent les difficultés de communication verbale. - Les critères retenus comprennent le confinement au fauteuil. - Les critères retenus comprennent les aides aux repas et à la boisson. - Les critères retenus comprennent les difficultés de déglutition. - Les critères retenus comprennent les thérapeutiques médicamenteuses (neuroleptiques, diurétiques). - Les critères retenus comprennent les perfusions 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<i>La maintenance des installations et le matériel</i>		
<p><i>Recherche de légionnelles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement procède tous les ans à la réalisation de prélèvements de légionnelles sur le réseau d'eau de chaque sanitaire. - Les résultats légionnelles sont accessibles par le référent ainsi que le carnet sanitaire consignait les mesures prises. - Le référent dispose d'une procédure en cas de résultats légionnelles anormaux c'est-à-dire un prélèvement supérieur à 1000 légionnelles par litre. <p><i>Réfrigérateurs, chambres froides et congélateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'établissement prévoit de suivre le fonctionnement de tous les appareils frigorifiques que ce soit à température positive ou négative : congélateurs, 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<i>(Commentaires)</i>

<p>réfrigérateurs, chambre froide avec fiche de suivi des températures.</p> <p>- L'établissement valide les données de surveillance des denrées périssables.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<i>Climatiseurs</i>		
<p>- L'établissement effectue la surveillance et l'entretien permanent des installations. Les phénomènes d'irritation de la peau et des muqueuses oculaires et respiratoires, ou plus rarement des manifestations de nature allergique sont liées à l'émission de poussières, de bactéries ou de moisissures par des systèmes ou appareils mal entretenus, notamment au niveau des filtres à poussière.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<p>- Cette considération concerne aussi les dispositifs centralisés de conditionnement d'air dont les conduits sont susceptibles de contenir de grandes quantités de poussière qui constituent le nid du développement de moisissures et bactéries.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<i>Ventilateurs</i>		
<p>- L'établissement dispose de ventilateurs lui appartenant.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<p>- L'établissement a dressé l'inventaire des ventilateurs.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<p>- L'établissement a élaboré un plan d'utilisation de ces ventilateurs, tant pour le personnel que pour les résidents.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<p>- L'établissement a recensé les ventilateurs appartenant aux résidents disponibles au 1er juin.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<i>Brumisateurs</i>		

- L'établissement dispose d'un stock de <i>brumisateurs</i> d'eau de source.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'établissement a évalué le volume (nombre d'unités pour le 1er juin).	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'établissement a prévu un suivi du stock de brumisateurs durant l'été (2 de 200 ml par résident).	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'établissement a prévu qui effectuera ce suivi.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'établissement a prévu qui aura délégation pour renouveler totalement ou partiellement ce stock en cours d'été si nécessaire.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'établissement a défini la règle de répartition des brumisateurs : par résident, par agent.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'établissement a rédigé une procédure d'utilisation des brumisateurs adaptée aux personnes dépendantes mais aussi aux personnes autonomes.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- Il existe des conseils d'utilisation facilitant l'acceptation des brumisateurs par les résidents (en évitant l'usage subit sur le visage par exemple).	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'établissement s'est également équipé de vaporisateurs manuels tels ceux utilisés pour l'arrosage des plantes vertes.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Architecture, environnement et aménagement des locaux</i>		
- Des thermomètres sont installés à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
o Nombre :		
o Localisation :		

<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a établi au cours des étés précédents une cartographie des pièces les plus exposées en cas d'épisode caniculaire, par exemple un plan sur lesquels ces locaux sont surlignés. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Ce plan des locaux est connu du référent et de l'ensemble du personnel. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Le relevé des températures a été organisé en période de veille. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - La personne qui interprète quotidiennement ce relevé est identifiée. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Il est fortement recommandé d'équiper les bâtiments concernés de protection solaire de qualité (stores, brise-soleil, volets). 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - De limiter les apports internes des équipements électriques (éclairage, TV). 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - De veiller à maintenir portes, fenêtres et volets fermés pendant la période d'ensoleillement mais sans oublier d'aérer à partir de 2 h du matin quand la température extérieure nocturne passe par un minimum. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - D'améliorer si possible l'isolation thermique du local. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - D'utiliser des pièces rafraîchies naturellement telles que pièces au sous-sol seulement si leur accès est facile pour les personnes à mobilité réduite et leur aménagement sain et accueillant. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a pris des dispositions relatives à ces recommandations. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a identifié des pièces à risques : chambres mansardées, vérandas, chambres sous terrasse mal isolées, galeries de verre. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a envisagé un aménagement particulier des locaux ou des mesures particulières en cas d'épisode caniculaire. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - Certains lieux plus frais peuvent être aménagés pour être accessibles pour les résidents. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement bénéficie d'un environnement naturel favorable par exemple un jardin ombragé, la proximité d'une pièce d'eau sécurisée. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - A l'inverse, il existe des lieux extérieurs à risque dont il faut limiter l'accès : terrasse, patio sans ombre, véranda. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - Les chambres sont toutes équipées d'occultants ; c'est-à-dire volets extérieurs, stores, rideaux occultants, films protecteurs thermiques. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a établi une liste des chambres ne disposant pas de moyens occultants efficaces. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a établi une procédure organisant la fermeture et l'ouverture des occultants et des fenêtres en fonction des heures de la journée, de l'orientation du bâtiment. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Climatisation et moyens de rafraîchissement</i>		
Climatisation fixe		
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement dispose d'une ou plusieurs pièces rafraîchies par un système fixe 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de pièces : 		

<ul style="list-style-type: none"> - La ou les pièces climatisées sont : <ul style="list-style-type: none"> o La salle à manger o Le salon o La salle d'animation o La salle de kinésithérapie o Autres 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - Cette pièce est accessible aux personnes valides. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - Cette pièce est accessible aux personnes en fauteuil. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - Cette pièce est accessible aux personnes alitées en cas de nécessité absolues. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a une procédure de mise en fonctionnement du climatiseur comprenant le mode d'emploi mais également un mode d'emploi simplifié. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement veille à limiter la sensation de froid dont les personnes âgées sont susceptibles de se plaindre conduisant à un refus en salle climatisée. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - A savoir vêtir davantage les personnes avant leur entrée dans une pièce rafraîchie afin d'éviter un choc thermique, les vêtements doivent être retirés au fur et à mesure que la personne s'habitue à la température de la pièce. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - Une température de l'ordre de 25°C ou 26°C pour l'espace climatisé semble raisonnable. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a une procédure d'activation du climatiseur comprenant les conditions d'activation du dispositif (horaires, conditions de température). 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<ul style="list-style-type: none"> - L'établissement a une procédure de 		

<p>mise en fonctionnement du climatiseur comprenant une bonne pratique de l'installation des résidents en pièce rafraîchie.</p> <p><i>Climatisation mobile</i></p> <p>L'établissement dispose de climatiseurs mobiles.</p> <p>L'établissement dispose d'un inventaire des climatiseurs mobiles.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
Planning des personnels et professionnels libéraux		
<ul style="list-style-type: none"> - L'EHPAD a prévu une mobilisation exceptionnelle si la situation le nécessite - L'EHPAD a prévu de disposer des coordonnées de ses agents en période estivale pour pouvoir exceptionnellement les solliciter. - L'EHPAD a établi le planning de présence des médecins libéraux ainsi que leurs modalités de remplacement pendant le mois de juin juillet août. - L'EHPAD a établi le planning de présence des paramédicaux ainsi que leur modalités de remplacement pendant le mois de juin juillet août. 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<i>(Commentaires)</i>
Plan de formation : sensibilisation des personnels aux bonnes pratiques préventives sur la base des référentiels et recommandations annexés au plan canicule		
<ul style="list-style-type: none"> - Le plan de formation de l'EHPAD intègre une information sur les risques liés à la canicule. - L'EHPAD a prévu que cette information soit donnée par : <ul style="list-style-type: none"> - Le médecin coordonnateur - Un prestataire extérieur - Le cadre de santé ou IDE référent 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<i>(Commentaires)</i>

<ul style="list-style-type: none"> - Le directeur de l'EHPAD - - L'EHPAD a établi un planning. - L'EHPAD a prévu des informations périodiques pendant l'été. - L'EHPAD a prévu que ces informations réalisées en interne donnent lieu a un émargement. - Ces feuilles d'émargement sont conservées dans le plan bleu de l'année en cours. 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Les recommandations des bonnes pratiques préventives en cas de canicule à destination du personnel		
<ul style="list-style-type: none"> - L'EHPAD a pris en compte les dates de congé, en particulier du médecin coordonnateur, de l'infirmière référente, des infirmières, des AS et des AMP des personnels soignants remplaçants. - L'EHPAD dispose d'une convention toujours en vigueur avec un ou plusieurs établissements de santé. - L'EHPAD dispose d'un protocole de soins pour la prévention de la déshydratation. - L'EHPAD dispose d'un protocole de soins pour le traitement de la déshydratation. - L'EHPAD dispose d'un protocole de soins pour le suivi des apports hydriques. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>
Apports hydriques		
<ul style="list-style-type: none"> - L'EHPAD a établi un planning de distribution des boissons, y compris le dimanche et les jours fériés. 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>

- L'EHPAD a envisagé les modalités suivant lesquelles le personnel administratif contribue à l'aide aux boissons.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a fait le point sur les boissons proposées.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu de laisser une bouteille ou carafe à disposition par chambre.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a choisi un contenant de volume manipulable par la personne âgée.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a recensé et juge suffisant les moyens de production d'eau fraîche.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a quantifié le stock de bouteilles à constituer pour le 1er juin.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu le suivi de la consommation donc des commandes.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu qui aura délégation pour renouveler totalement ou partiellement ce stock au cours de l'été.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Douches		
- L'accessibilité aux douches est satisfaisante.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>
- L'EHPAD pourrait accroître la fréquence des douches en période caniculaire.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a envisagé un changement des fiches de poste et de l'organisation des toilettes qui permettrait sur quelques jours d'accroître la fréquence des douches.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Petites fournitures		

- Thermomètres dans les chambres (support de détection et justification auprès du Résident).	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>
- L'EHPAD a prévu de se doter de lingettes humectables.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu de se doter de pulvérisateurs.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu de se doter de ventilateurs.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD dispose de porte sérums o Quantité :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu de se doter de poches de perfusion.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu de se doter d'épicrâniennes, de cathlons, de tubulures.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu de se doter de poches à glace et d'un congélateur réservé à cet effet.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu de se doter de couvertures de survie.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD connaît son stock pour chaque produit ou fourniture au 1 ^{er} juin, en quantité et en lieu de rangement.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu un suivi des stocks durant l'été.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a prévu une délégation pour renouveler ce stock en cours si nécessaire.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD veille à la composition du trousseau vestimentaire des résidents.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Restauration		
- L'EHPAD a prévu d'adapter les menus en favorisant les aliments riches en eau.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>
Animations		
- L'EHPAD a-t-il prévu des animations adaptées aux journées de grosse chaleur.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>
- Les sorties peuvent être limitées voire annulées.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Informations des résidents des familles et des bénévoles		
- L'EHPAD a organisé une information des résidents.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>
- L'EHPAD a organisé une information des familles.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a organisé une information des bénévoles.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD utilise des affiches.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
- L'EHPAD a procédé au recensement et à l'identification :		
o des bénévoles disponibles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
o des familles susceptibles de se rendre disponibles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Le protocole sur les modalités d'organisation de L'établissement en cas de déclenchement du plan d'alerte et d'urgence		
Existe-t-il un plan bleu de gestion de crise sanitaire formalisé par l'établissement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(Commentaires)</i>
Si oui ce plan est il diffusé auprès du personnel ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Est-il régulièrement évalué et corrigé en période de crise ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

<p>Le bilan est-il communiqué au personnel ?</p> <p>Dans son intégralité :</p> <p>En partie :</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	
<p>Existe-t-il une convention passée avec l'établissement de santé proche définissant les modalités de coopération et notamment les modalités d'échange sur les bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier si besoin.</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	

Suivi :

.....

.....

.....

.....

Bilan :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

b. Epidémies

Principes : L'EHPAD est un lieu différent d'un établissement de santé (Réf. : Bonnes pratiques de soins en EHPAD), c'est avant tout un lieu de vie ; l'environnement de la chambre est plus proche du domicile que de celui d'une structure hospitalière.

Aussi les mesures d'isolement définies pour les établissements de santé ne sont pas adaptées aux EHPAD (ex. regroupement des résidents malades).

La préparation à la gestion d'une épidémie passe par :

- l'information et la gestion du personnel sur le risque infectieux et l'hygiène,
- un plan de prévention à décliner en cas de crise .

Information et Formation du personnel
--

<p>Existe-t-il dans le plan de formation du personnel une information :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur le risque infectieux ? - Sur l'hygiène des mains ? - Sur les techniques de soins ? - Sur l'entretien des locaux ? - Sur l'élimination des déchets de soins ? - Sur les mesures à appliquer en présence d'une bactérie multi résistante (BMR) ? - Sur la gestion d'une situation épidémique ? 	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
Plan de prévention	
<p>Existe-t-il une cellule de crise ?</p> <p>L'EHPAD dispose il d'une réserve de matériels et de produits nécessaires à la mise en place des premières mesures de prévention en cas de crise ?</p> <p>Solutions hydro alcooliques?</p> <p>Gants à usage unique ?</p> <p>Blouse de protection ?</p> <p>Masques de protection ?</p> <p>Affiches signalant l'épidémie ?</p> <p>Existe-t-il une coopération avec un établissement de santé pour s'assurer de son soutien ?</p> <p>Existe-t-il une convention avec un établissement de sante pour pouvoir transférer des résidents le nécessitant ?</p> <p>Existe-t-il un partenariat avec les laboratoires d'analyse médicale afin qu'ils jouent un rôle d'alerte et de conseil ?</p> <p>Existe-t-il un groupe de réflexion éthique pour un bon équilibre entre les mesures d'isolement et la convivialité ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

Les circuits de l'information sont ils bien définis ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
La communication interne et externe est elle prévue ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Quel est le nombre d'épisodes d'infections respiratoires basses pour 200.... ?	.....
Quel est le nombre d'épisodes de toxi-infections alimentaires pour 200.... ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ces épisodes ont-ils fait l'objet d'une déclaration à la DDASS ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Mesures améliorées ou mises en place pour la première fois :

.....

Suivi :

.....

Bilan :

.....

- Nombre d'épisodes d'infections respiratoires basses :
- Nombre d'épisodes de toxi-infections alimentaires :
- Ces épisodes ont-ils fait l'objet d'une déclaration à la DDASS ? : oui non

13. COORDINATION DES INTERVENANTS ET CONTINUITÉ DES SOINS

a. Délégations du médecin coordonnateur

.....
.....
.....
.....
.....
.....

b. Réunion annuelle

Principe : Réunir les acteurs intervenant dans la prise en charge médicale des résidents de l’EHPAD (*Ex : réunion sur le rôle du médecin coordonnateur, réunion sur les infections nosocomiales et communautaires en EHPAD, etc*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

c. Sensibilisation à la gériatrie

Principe : Favoriser une meilleure compréhension des personnes âgées en effectuant des formations au personnel de l’EHPAD, en diffusant des informations auprès des médecins traitants.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Mesures mises en place :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Suivi :

.....
.....
.....
.....
.....

Bilan :

.....

.....

14. LES RESEAUX GERONTOLOGIQUES

Principes : L'EHPAD s'inscrit dans le réseau gérontologique mis en place par le Centre Hospitalier de, qui assure la liaison entre le domicile et les établissements de soins et d'hébergement.

Les admissions en EHPAD, ainsi que les changements d'unité (hors urgence), sont planifiés par L'EHPAD peut être amené à signaler au résident ou à son entourage que l'aggravation de l'état de santé n'est plus compatible, momentanément ou définitivement avec la vie du résident dans l'institution.

L'EHPAD bénéficie des conventions passées par le Centre Hospitalier avec le secteur psychiatrique, et les différents spécialistes.

Mesures mises en place :

.....

Suivi :

.....

Bilan :

.....

15. CONVENTIONS entre l'EHPAD et ses différents partenaires

Principes : Les différents acteurs s'engagent à négocier et à signer des conventions d'une durée de trois ans renouvelables par tacite reconduction au sein desquelles seront élaborés différents protocoles :

- **Protocoles relatifs aux modalités de coopération entre un établissement de santé (ES) et un EHPAD**
 - o Evaluation psycho gériatrique,
 - o Eviter les situations d'urgence et les admissions dans les services d'urgence et favoriser des admissions directes,
 - o Garantir des hospitalisations bien ciblées, en facilitant le retour dans l'EHPAD après hospitalisation
 - o Permettre aux personnes âgées d'être prise en charge dans un EHPAD proche de son domicile ou du domicile de sa famille, surtout si la personne âgée est isolée, en favorisant la communication des informations relatives aux résidents entre l'ES et L'EHPAD
 - o Favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des résidents en milieu hospitalier en développant une culture gériatrique commune
- **Protocoles relatifs aux modalités d'admissions dans l'EHPAD** (*en particulier le dossier de pré-admission et le dossier d'admissions, ces dossiers doivent être complets et refléter à la fois les pathologies des futurs résidents et les besoins nécessaires à leur prise en charge.*)
- **Protocole relatif aux modalités de retour d'un résident dans L'EHPAD** (*présence au minimum d'une ordonnance lors de la sortie de l'ES et d'un compte rendu d'hospitalisation*)
- **Protocole fixant les modalités de recours par l'EHPAD à l'équipe mobile gériatrique**
- **Protocole pour l'intervention de l'HAD dans les EHPAD**
- **Protocole pour l'intervention des structures de soins palliatifs dans les EHPAD**
- **Protocole pour l'intervention du CLIC dans les EHPAD** (*à la demande de l'EHPAD ou du résident, pour anticiper un retour à domicile suite à un hébergement temporaire par exemple*)
- **Protocole pour l'intervention des psychiatres et des psychologues dans les EHPAD.**
- **Protocole pour l'intervention d'un CLIN dans les EHPAD.**

ANNEXES

ANNEXE 1 : MODELE DE PROTOCOLE INTERNE A L'EHPAD

EHPAD	DQ – DEMARCHE QUALITE	07/01/08	Version 1
VILLE	PREVENTION GRIPPE	1.1 Prévention risque infectieux	1/1
Objet	Description des modalités d'information et de prévention vis-à-vis du personnel, afin d'éviter la survenue d'une épidémie de grippe dans l'établissement.		
Objectifs	Connaître les mesures à appliquer pour prévenir et enrayer une épidémie éventuelle.		
Modalités	<p>FORMATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Information sur les virus de la grippe, le risque épidémique, les modes de diffusion, et sur l'intérêt de la vaccination. ○ Description des mesures à appliquer pour le personnel et les visiteurs. ○ Formation chaque année par le médecin coordonnateur, renouvelée jusqu'à la bonne compréhension des protocoles pour tout le personnel. ○ Information relayée par affichage pour le personnel non présent. <p>PRÉVENTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vaccination anti-grippale proposée à tout le personnel qui le souhaite (sauf contre indication allergie et grossesse) prise en charge par l'EHPAD. ○ Mise à disposition de vaccins gratuitement pour chaque membre du personnel à faire faire au choix, par son médecin traitant ou par l'I.D.E avec délégation du médecin coordonnateur. ○ Vaccination des résidents, vérification par l'I.D.E de la vaccination de l'ensemble des résidents, si non vaccination d'un résident encouragement ferme à se faire vacciner après information sur risque pour lui-même et pour les autres 		

	résidents.	
Protocole	MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE EN CAS D'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE AVEC UN VOLET POUR : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le personnel (cf. protocole épidémie de grippe 1/3) ○ Les résidents (cf. protocole épidémie de grippe 2/3, information résidents) ○ Les visiteurs (cf. protocole épidémie de grippe 3/3, Information visiteurs) 	
Surveillance	MISE EN PLACE DE PROTOCOLES DE SURVEILLANCE (CF PROTOCOLES SURVEILLANCE ÉPIDÉMIE DE GRIPPE) <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour surveiller et déclarer les cas de gripes avérées et prévenir le médecin coordonnateur si plus de 3 cas. ○ Afficher dans salle de soins du 15 octobre au 15 avril, renseigné par l'I.D.E. 	
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nombre de doses de vaccination délivrées chaque année au personnel au 15 décembre. ○ Nombre de patients vaccinés chaque année au 15 décembre. ○ Nombre de cas de gripes chez le personnel et chez les résidents pour l'année écoulée. 	
	Rédigé par	Vérifié par
	Docteur (Médecin coordonnateur) Date Signature	Docteur (Médecin coordonnateur) Date Signature
		Le Directeur Date Signature
		L'I.D.E référente Date Signature

III. ANNEXES

Sommaire

- A.1 Décret « relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » (Décret n° 99-316 du 26 avril 1999)
 - A.2 Le médecin coordonnateur en EHPAD (Décret n° 2005-560 du 27/05/2005)
 - A.3 Décret no 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
-

A.1 Annexe 1

Décret n° 99-316 du 26 avril 1999

Relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

NOR: MESA9921082D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 665-3, L. 711-2, L. 712-19, R. 712-2-1 et R. 714-3-1 à R. 714-3-53 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 174-4 à L. 174-9;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi n° 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, notamment ses articles 1er et 3 ;

Vu la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la

loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, notamment ses titres IV, V et VI ;

Vu le décret n° 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, notamment ses articles 6 et 13 ;

Vu le décret n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 18 décembre 1998 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mars 1999 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

TITRE Ier

PRINCIPES GENERAUX DE LA TARIFICATION DES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Article 1er.

Les prestations fournies par les établissements ou les sections d'établissements mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée et par les établissements mentionnés au 2° de l'article L. 711-2 du code de la santé publique comportent :

1° Un tarif journalier afférent à l'hébergement ;

2° Un tarif journalier afférent à la dépendance ;

3° Un tarif journalier afférent aux soins.

Article 2.

Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie.

Article 3.

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

Article 4.

Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies.

TITRE II

MODALITES DE DETERMINATION ET DE CALCUL DES TARIFS DES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Section 1

Structure tarifaire des établissements

Article 5

Afin de calculer les tarifs journaliers des prestations prévues à l'article 1er, le budget d'un établissement est présenté en trois sections d'imputation, correspondant aux trois tarifs précédemment mentionnés, dont les charges et les produits sont arrêtés séparément, sur la base des éléments et documents ci-après énumérés :

1° La liste des charges et des produits afférents aux trois sections précitées, fixée à l'annexe I du présent décret ;

2° Les tableaux, figurant aux annexes IV-1 et IV-2 du présent décret, définissant les modalités de calcul des différents tarifs et les clés de répartition des charges et des produits communs à plusieurs tarifs, en tenant compte :

a) De la répartition des personnes accueillies dans les établissements par niveaux de dépendance dits groupes "iso-ressources" (GIR) tels que fixés par la grille nationale définie à l'article 6 du décret du 28 avril 1997 susvisé ;

b) De la répartition des emplois et des effectifs des établissements entre les sections de calcul des tarifs, dans le respect des dispositions prévues à l'article 6 ;

3° Le tableau, figurant à l'annexe V du présent décret, définissant les modalités de détermination et d'affectation des résultats de chaque section d'imputation tarifaire des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autres que ceux relevant de la loi du 6 juillet 1990 précitée, conformément aux modalités prévues à l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé ou, le cas échéant, à l'article R. 714-3-50 du code de la santé publique ;

4° Le tableau de bord, figurant à l'annexe VI du présent décret, établissant la liste des indicateurs médico-socio-économiques.

Les tableaux mentionnés au 2° à 4° ci-dessus, dûment remplis, sont, d'une part, joints aux propositions budgétaires de l'établissement, d'autre part, transmis aux autorités de tarification pour le 30 avril qui suit l'exercice auquel ils se rapportent.

Article 6

Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi que leurs charges sociales et fiscales figurent concurremment aux sections d'imputation tarifaire relatives respectivement à la dépendance et aux soins.

Ces charges sont réparties entre les deux sections précitées à raison de :

- a) 30 % sur la section d'imputation tarifaire relative à la dépendance, au titre des activités de ces personnels qui correspondent aux prestations définies à l'article 3 ;
- b) 70 % sur la section d'imputation tarifaire relative aux soins, au titre des activités de ces personnels qui correspondent aux prestations définies à l'article 4.

Cette répartition constitue la référence à atteindre au terme de la cinquième année d'exécution de la convention mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975, conformément aux dispositions de l'article 21 du présent décret.

Article 7

Le tarif journalier afférent à l'hébergement est, en cas d'absence de plus de soixante-douze heures, minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale. Pour les absences de plus de soixante-douze heures pour cause d'hospitalisation, cette minoration doit tenir compte du montant du forfait hospitalier.

Un tarif journalier afférent à la dépendance et un tarif journalier afférent aux soins sont arrêtés pour chacun des six niveaux de dépendance fixés par la grille nationale mentionnée au 2° (a) de l'article 5, dans lesquels sont classées les personnes hébergées.

Article 8

Les tarifs journaliers mentionnés à l'article 7 sont obtenus selon les modalités de calcul précisées dans l'annexe II du présent décret :

- 1° En prenant en compte la totalité des charges d'exploitation autorisées imputables à chaque élément de tarification ;
- 2° En diminuant les charges d'exploitation mentionnées au 1° des produits d'exploitation, autres que ceux relatifs à la présente tarification, visés aux rubriques c à j du 2° de l'article 11 du décret du 26 avril 1999 susvisé imputables à chaque élément de tarification ;
- 3° En incorporant, le cas échéant, les résultats conformément aux dispositions de l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé.

La somme des éléments mentionnés aux 1°, 2° et 3° est divisée par un nombre de journées égal à la moyenne des journées effectivement constatées les trois dernières années ou, en cas de circonstances particulières, par le nombre de journées prévisionnelles pour l'exercice considéré.

Section 2

Dispositions relatives aux prestations de soins

Article 9

Déduction faite des éléments mentionnés à l'article 10, les établissements mentionnés à l'article 1er du présent décret peuvent opter en matière de soins :

- a) Soit pour un tarif journalier global, comprenant notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie et les médicaments dont les caractéristiques sont fixées par arrêté ;

b) Soit pour un tarif journalier partiel qui ne comprend ni les examens et médicaments ni les charges de personnel mentionnées au a, à l'exception de celles relatives au médecin coordonnateur visé au premier alinéa de l'article 12 et de celles relatives aux infirmières libérales.

Un arrêté des ministres chargés des affaires sociales, de l'agriculture et du budget précise la nature des examens et médicaments mentionnés aux alinéas précédents.

La convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée mentionne l'option tarifaire choisie qui ne peut être modifiée pendant la durée de ladite convention, laquelle est fixée à cinq ans.

Six mois avant l'arrivée à échéance de ladite convention, l'établissement peut demander un changement d'option tarifaire.

Article 10

Sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale ou de l'aide médicale, mais ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins, les prestations mentionnées aux rubriques a à h de l'annexe III du présent décret.

Ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents à la dépendance, à l'hébergement et aux soins, les prestations mentionnées aux rubriques i à k de l'annexe III précitée.

Article 11

Afin d'assurer un suivi de la consommation médicale dans l'établissement, celui-ci doit fournir chaque semestre, sur demande des organismes d'assurance maladie, la liste des personnes hébergées à la date de cette demande ainsi que les mouvements intervenus au cours des six derniers mois.

Cette liste comporte pour chaque personne hébergée :

- a) Les nom et prénom ;
- b) Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ;
- c) Le nom de l'organisme de prise en charge, assorti du numéro du centre de paiement.

Section 3

Evaluation du degré de dépendance des personnes hébergées dans les établissements

Article 12

Afin de moduler les tarifs afférents à la dépendance et aux soins, conformément aux dispositions mentionnées au second alinéa de l'article 7, le classement des résidents selon leur niveau de dépendance est réalisé par l'équipe médico-sociale de chaque établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

Ledit classement est transmis, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale mentionnée à l'article 5 de la loi du 24 janvier 1997 susvisée et à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale.

En cas de désaccord entre les deux médecins précités sur cette validation, une commission départementale de coordination médicale, composée d'un médecin inspecteur de santé publique, d'un médecin du conseil général et d'un praticien-conseil d'une caisse d'assurance maladie, détermine à la majorité de ses membres le classement définitif à retenir et le transmet aux deux autorités chargées de la tarification.

Un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'intérieur détermine les modalités d'organisation et de fonctionnement de ladite commission.

Article 13

Le classement dans chacun des groupes de niveau de dépendance de la grille nationale mentionnée à l'article 12 donne lieu à une cotation en points fixée conformément au tableau figurant à l'annexe VII du présent décret.

Il est procédé pour chaque établissement à une totalisation des cotations en points précédemment opérées.

Le total des points dans les différents groupes de toutes les personnes âgées dépendantes hébergées dans l'établissement divisé par le nombre de personnes hébergées permet d'obtenir une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Cette valeur, établie entre le 1er janvier et le 30 septembre de l'année, est dénommée GIR moyen pondéré de l'établissement.

Article 14

Le montant des charges nettes afférentes à la dépendance définies aux articles 5 et 6, a, et au 1° du II de l'annexe I du présent décret, divisé par le nombre de points d'un établissement par groupes, constitue la valeur nette de son point afférent à la dépendance.

Le montant des charges relatives aux dépenses d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques définies aux articles 5 et 6 b, du présent décret, divisé par le nombre de points d'un établissement dans ses groupes, constitue la valeur nette de son point relatif aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques.

Ces données sont incluses dans le tableau de bord mentionné au 4° de l'article 5.

Article 15

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance et aux soins de l'exercice en cours sont établis en prenant en compte les données résultant des valorisations mentionnées aux deuxième et troisième alinéas de l'article 13 au titre de l'année précédente.

Les informations correspondantes sont, d'une part, jointes aux propositions budgétaires de l'établissement, d'autre part, transmises aux autorités de tarification pour le 30 avril qui suit l'exercice auquel ces informations se rapportent.

Est également joint un tableau de répartition des personnes hébergées entre les niveaux de dépendance définis par la grille nationale mentionnée à l'article 5 de la loi du 24 janvier 1997 susvisée.

Article 16

Afin de comparer le niveau des prestations délivrées et de contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements, le président du conseil général calcule la valeur nette moyenne départementale du point relatif à la dépendance concernant les établissements du département relevant de l'article 1er du présent décret. Cette valeur est égale au quotient des charges nettes, constatées au dernier compte administratif, et qui entrent dans le calcul du tarif journalier afférent à la dépendance, par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6, issu de la valorisation prévue au premier alinéa de l'article 14 pour le même exercice.

Article 17

Afin de comparer les niveaux de prestations délivrées et de contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements, le préfet calcule la valeur nette moyenne départementale du point relatif aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques concernant les établissements du département relevant de l'article 1er du présent décret. Cette valeur est égale au quotient des frais de personnel relatifs aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui ont été constatés au dernier compte administratif et qui entrent dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6 issu de la valorisation pour le même exercice prévue au deuxième alinéa de l'article 14.

Article 18.

A la demande de l'autorité tarifaire compétente, lorsque la valeur nette des points respectivement mentionnés aux articles 16 et 17, proposée par l'établissement, est supérieure à la valeur nette moyenne départementale constatée du point correspondant, l'établissement expose les raisons, en dehors de celles liées à l'augmentation des prix et des salaires, qui expliquent et justifient cet écart et, le cas échéant, les mesures qu'il programme afin de mettre en adéquation ses charges, ses produits et l'état de dépendance des personnes accueillies, en tenant compte :

a) Des critères de qualité de prises en charge résultant de l'application du cahier des charges mentionné à l'article 5-1 de la loi du 30 juin

1975 susvisée ;

b) De l'efficacité de l'action médico-sociale visant à améliorer l'autonomie des personnes hébergées;

c) Des indicateurs médico-socio-économiques composant le tableau de bord prévu au 4° de l'article 5.

La convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi précitée prévoit, le cas échéant, les modalités de réduction des écarts constatés entre la valeur nette du point résultant des propositions de l'établissement et la valeur nette moyenne départementale du point correspondant.

Article 19

Le préfet de région procède au calcul d'une valeur nette moyenne régionale du point relatif aux aides-soignants et aides médico-psychologiques en procédant à l'agrégation au niveau régional des données ayant permis le calcul des valeurs nettes moyennes départementales du point relatif aux aides-soignants et aides médico-psychologiques dans les conditions mentionnées à l'article 17.

Afin de répartir les enveloppes régionales de crédits relatives aux établissements relevant de l'article 1er, allouées chaque année en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, l'autorité régionale compétente pour l'assurance maladie tient compte de la valeur nette moyenne régionale du point mentionnée au précédent alinéa, et de l'ensemble des indicateurs médico-socio-économiques figurant au tableau de bord prévu au 4° de l'article 5.

Article 20.

Le préfet de région procède au calcul de la valeur moyenne régionale du point relatif à la dépendance. En vue de permettre les comparaisons interdépartementales et inter-établissements, il procède également au calcul de la valeur régionale de tous les autres indicateurs médico-socio-économiques figurant au tableau de bord prévu au 4° de l'article 5.

Article 21

Chaque établissement établit un plan pluriannuel d'évolution du tableau des effectifs annexé à la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée qui précise les variations d'effectifs envisagées chaque année et dans chaque section tarifaire pendant la durée de ladite convention.

Afin de mettre en œuvre la convergence tarifaire permettant d'allouer des ressources équivalentes à des établissements accueillant un public similaire, le tableau annuel des effectifs mentionné à l'article 15 du décret du 26 avril 1999 susvisé, prend en compte les évolutions prévisionnelles et pluriannuelles permettant de satisfaire au terme de la cinquième année d'exécution de la convention tripartite les objectifs en matière d'effectif préalablement fixés.

Section 4

Tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance

Article 22

Le tarif journalier afférent à l'hébergement est calculé en divisant par le nombre de journées prévisionnelles des personnes hébergées dans l'établissement le montant des charges d'exploitation autorisées à la section d'imputation tarifaire relative à l'hébergement prévue à l'article 5 et au I de l'annexe I du présent décret, diminuées des produits d'exploitation imputables à cette même section d'imputation, et après, le cas échéant, incorporation des résultats relevant de ladite section d'imputation conformément à l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé.

Article 23

Sont arrêtés par le président du conseil général et facturés mensuellement selon le terme à échoir :

1° Le tarif journalier afférent à l'hébergement ;

2° Les tarifs journaliers afférents à la dépendance.

Le président du conseil général peut aussi prévoir par convention avec l'établissement le versement d'un acompte mensuel d'une

dotation globale de financement relative à l'hébergement et à la dépendance correspondant aux tarifs journaliers hébergement et dépendance des personnes hébergées ayants droit soit de l'aide sociale départementale, soit de la prestation spécifique dépendance.

Article 24

Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont arrêtés en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe II du présent décret.

Section 5

Tarifs journaliers afférents aux soins et dotation globale de financement relative aux soins

Article 25

Les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins sont arrêtés par l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

Article 26

Les tarifs journaliers afférents aux soins sont arrêtés en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe II du présent décret.

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 27

Il est inséré au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale une section 3 bis intitulée : "Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes" et comprenant les articles R. 174-9 à R. 174-16, ainsi rédigés :

"Art. R. 174-9. - L'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe, conformément aux articles 1er, 7 et 25 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes :

"1° Les tarifs journaliers afférents aux soins applicables aux personnes hébergées qui ne sont pas prises en charge par un régime d'assurance maladie ;

"2° Une dotation globale de financement relative aux soins qui correspond à la part des dépenses obligatoirement prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

"La dotation globale de financement mentionnée au 2° est calculée en retranchant des dépenses nettes relatives aux soins calculées dans les conditions prévues aux articles 5 et 6 du décret susmentionné, les produits des tarifs journaliers afférents aux soins multipliés par le nombre prévisionnel des journées non prises en charge par un régime d'assurance maladie.

"La dotation globale de financement est versée par douzième par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans l'établissement.

"Toutefois, lorsque les tableaux établis conformément à l'article D. 174-3 font apparaître que le nombre de bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie autre que le régime général est le plus élevé, l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime peut demander à effectuer le versement mentionné à l'alinéa précédent.

"Dans le cas où une caisse n'appartenant pas au régime général assure les versements, cette caisse communique à la caisse primaire d'assurance maladie géographiquement compétente les informations nécessaires au suivi des dépenses et à la répartition de celles-ci.

"Art. R. 174-10. - La dotation globale est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie pour la part qui leur incombe, dans les conditions fixées par les articles D. 174-3 à D. 174-8.

"Art. R. 174-11. - Dans le cas où les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision les fixant :

"1° La caisse chargée du versement de la dotation globale de financement règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation de l'exercice antérieur ;

"2° Les recettes relatives à la facturation des tarifs journaliers afférents aux soins sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

"Pour la première année d'application du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les acomptes sont versés sur la base d'un douzième de l'ensemble des dépenses autorisées au dernier budget rendu exécutoire financées par les tarifs journaliers afférents aux soins.

"Art. R. 174-12. - Les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie en vertu du mode de tarification en vigueur antérieurement à la signature de la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales viennent en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-9, le solde de dotation étant versé l'année suivante.

"Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements prévus à l'article R. 174-9.

"Art. R. 174-13. - Pour les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes rattachés à un établissement de santé sous dotation globale, les dates de règlement de la dotation globale de financement relative aux soins correspondent à celles de la dotation globale de soins de l'établissement de santé.

"Art. R. 174-14. - Pour les établissements autonomes hébergeant des personnes âgées dépendantes, le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué le vingtième jour du mois, ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour précédant cette date.

"Art. R. 174-15. - Lors de l'admission en établissement, la personne âgée doit présenter la carte d'assuré social justifiant de cette qualité ou de celle d'ayant droit. A défaut, une demande de prise en charge doit être adressée à l'organisme compétent par l'établissement.

"Art. R. 174-16. - Pour les dépenses de soins comprises dans les tarifs journaliers afférents aux soins, la participation des assurés sociaux est supprimée."

Article 28

Il est ajouté à l'article R. 714-3-26 du code de la santé publique un 3° ainsi rédigé :

"3° La dotation globale relative aux soins prévue à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale."

Article 29

Dans le cas où les tarifs journaliers afférents aux soins ne sont pas susceptibles d'être pris en charge soit au titre de l'aide médicale, soit par un organisme d'assurance maladie, ou par tout autre organisme public, les intéressés ou, à défaut, un tiers, souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Article 30

Par dérogation aux dispositions de l'article 6, lorsque les établissements font l'objet d'un montant total de financement alloué par l'assurance maladie supérieur à celui qui résulterait de l'application de la clé de répartition des charges entre la section tarifaire afférente aux soins et celle afférente à la dépendance telle qu'elle résulte du tableau défini au 1° et 2° de l'article 5, ces établissements continuent à bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie acquise lors de l'exercice antérieur à celui relevant de l'application de la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, sous réserve du respect de l'une des deux conditions suivantes :

1. Avoir un groupe "iso-ressource" moyen pondéré défini à l'article 13 du présent décret supérieur à 700 ;

2. Avoir un ratio de postes d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique par lit inférieur au ratio moyen constaté au niveau régional.

Article 31

Pour les établissements régis par la loi du 6 juillet 1990 susvisée :

1° Les dispositions du 1° de l'article 1er, de l'article 22 et du 1° de l'article 23 ne sont pas applicables ;

2° Les modalités de tarification afférentes à la dépendance définies au titre II ne sont applicables qu'aux contrats mentionnés à l'article 1er de ladite loi de 1990, conclus postérieurement à la date de publication du présent décret.

Article 32

Les conventions prévues à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée entrent en vigueur à compter de l'exercice budgétaire qui suit la date de leur conclusion, sauf accord entre les parties signataires pour anticiper la date d'application précitée.

Article 33

Dans le respect du délai mentionné au second alinéa de l'article 5-1 de la loi précitée, les dispositions du présent décret entrent en vigueur dès sa publication pour les établissements mentionnés à l'article 1er disposant d'une capacité supérieure à 85 places, deux ans après sa publication pour les établissements disposant d'une capacité totale inférieure ou égale à 85 places.

Les parties signataires des conventions mentionnées au précédent alinéa peuvent toutefois convenir d'une mise en oeuvre anticipée des dispositions dont il s'agit.

Article 34

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale et le secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 avril 1999

ANNEXES

ANNEXE I

LISTE DES CHARGES ET DES PRODUITS MENTIONNES A L'ARTICLE 5

I. - La section d'imputation tarifaire afférente à l'hébergement comprend :

1° En charges :

a) Les charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale ;

b) Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale ;

c) Les amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical ;

d) Les dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles ;

2° En produits, ceux mentionnés au 2° de l'article 11 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 susvisé lorsqu'ils relèvent de la présente section d'imputation tarifaire.

II. - La section d'imputation tarifaire afférente à la dépendance comprend :

1° En charges :

- a) Les fournitures et prestations de services hôtelières liées à la prise en charge de la dépendance ;
- b) Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes hébergées dépendantes ;
- c) Les amortissements du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation ;

2° En produits, ceux mentionnés au 2° de l'article 11 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 susvisé lorsqu'ils relèvent de la présente section d'imputation tarifaire.

III. - Nonobstant l'application des dispositions prévues à l'article 10, la section d'imputation tarifaire afférente aux soins comprend, en fonction de l'option tarifaire prévue à l'article 9 :

1° En charges :

- a) Les charges relatives aux prestations de services à caractère médical, au petit matériel médical et aux fournitures médicales ; le petit matériel médical fait l'objet d'une liste fixée par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ;
- b) Les charges relatives à l'emploi de personnel assurant les soins, y compris celles prévues à l'article 6 ;
- c) L'amortissement du matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales ;

2° En produits, ceux mentionnés au 2° de l'article 11 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 susvisé lorsqu'ils relèvent de la présente section d'imputation

tarifaire.

ANNEXE II**ELEMENTS ET MODES DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS D'UN ETABLISSEMENT HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

- a) Calcul du prix de journée Hébergement : $D \ 1 / I$
- b) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 1 : $(D \ 2 \times H \ 1) / K \ 1$
- c) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 2 : $(D \ 2 \times H \ 2) / K \ 2$
- d) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 3 : $(D \ 2 \times H \ 3) / K \ 3$
- e) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 4 : $(D \ 2 \times H \ 4) / K \ 4$
- f) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 5 : $(D \ 2 \times H \ 5) / K \ 5$
- g) Calcul du tarif journalier Dépendance pour le GIR 6 : $(D \ 2 \times H \ 6) / K \ 6$
- h) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 1 : $(E \times H \ 1) + [(D \ 3 - E) \times L \ 1] / K \ 1$
- i) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 2 : $(E \times H \ 2) + [(D \ 3 - E) \times L \ 2] / K \ 2$
- j) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 3 : $(E \times H \ 3) + [(D \ 3 - E) \times L \ 3] / K \ 3$
- k) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 4 : $(E \times H \ 4) + [(D \ 3 - E) \times L \ 4] / K \ 4$

l) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 5 : $(E \times H 5) + [(D 3 - E) \times L 5] / K 5$

m) Calcul du tarif journalier Soins pour le GIR 6 : $(E \times H 6) + [(D 3 - E) \times L 6] / K 6$

n) Signification des éléments du calcul :

A 1 : Total des charges d'exploitation de la section tarifaire "hébergement".

B 1 : Recettes atténuatives de la section tarifaire "hébergement".

C 1 : Incorporation des résultats des exercices antérieurs de la section tarifaire "hébergement".

D 1 = A 1 - B 1 + C 1.

A 2 : Total des charges d'exploitation de la section tarifaire "dépendance".

B 2 : Recettes atténuatives de la section tarifaire "dépendance".

C 2 : Incorporation des résultats des exercices antérieurs de la section tarifaire "dépendance".

D 2 = A 2 - B 2 + C 2.

A 3 : Total des charges d'exploitation de la section tarifaire "soins".

B 3 : Recettes atténuatives de la section tarifaire "soins".

C 3 : Incorporation des résultats des exercices antérieurs de la section tarifaire "soins".

D 3 = A 3 - B 3 + C 3.

E : Quote-part des charges relatives aux aides soignantes et aux AMP à imputer sur la section d'imputation tarifaire "soins".

F : Production totale en points GIR de l'établissement.

G 1 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 1.

G 2 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 2.

G 3 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 3.

G 4 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 4.

G 5 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 5.

G 6 : Production en points GIR de l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 6.

G 1/F = H 1 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 1.

G 2/F = H 2 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 2.

G 3/F = H 3 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 3.

G 4/F = H 4 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 4.

G 5/F = H 5 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 5.

G 6/F = H 6 : Pourcentage de la production en points GIR dans l'établissement dans le groupe Iso-Ressource 6.

I : Nombre de journées prévisionnelles "hébergement" pour les personnes classées dans les groupes Iso-Ressource 1 à 6.

J : Nombre de journées prévisionnelles "soins et dépendance" pour les personnes classées dans les groupes Iso-Ressource 1 à 6.

K 1 : Nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 1.

K 2 : Nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 2.

K 3 : Nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 3.

K 4 : Nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 4.

K 5 : Nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 5.

K 6 : Nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 6.

K 1/J = L 1 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 1.

K 2/J = L 2 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 2.

K 3/J = L 3 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 3.

K 4/J = L 4 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 4.

K 5/J = L 5 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 5.

K 6/J = L 6 : Pourcentage du nombre des journées prévisionnelles "soins et dépendance" des personnes classées dans le groupe Iso-Ressource 6.

ANNEXE III

LISTE DES PRESTATIONS NE POUVANT ETRE PRISES EN COMPTE DANS LE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS EN APPLICATION DE L'ARTICLE 10

a) Les soins avec ou sans hébergement mentionnés au 1° de l'article L. 711-2 du code de la santé publique incluant les prises en charge au sein des structures de soins alternatives à l'hospitalisation définies à l'article R.712-2-1 ;

b) Les séjours et interventions de services de suppléance aux insuffisants rénaux et respiratoires chroniques ;

c) Les interventions in situ des équipes pluridisciplinaires relevant des secteurs de psychiatrie générale définis aux articles 1er et 10 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ;

d) Les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires réalisés tant en établissement de santé qu'en cabinet de ville ;

e) Les dispositifs médicaux visés à l'article L. 665-3 du code de la santé publique autres que ceux mentionnés aux a et c du III de l'annexe I, en fonction du droit d'option tarifaire retenu par l'établissement ;

f) Les examens médicaux nécessitant le recours à des équipements matériels lourds définis au II de l'article R. 712-2 du code de la santé

publique, lorsque ces examens ne nécessitent pas l'hospitalisation de la personne ;

g) Les honoraires et les prescriptions des médecins spécialistes libéraux ;

h) Les transports sanitaires ;

i) Les frais d'inhumation des pensionnaires ;

j) La prise en charge des frais couverts par un organisme mutualiste mentionné à l'article L. 111-1 du code de la mutualité ;

k) La participation de l'assuré social aux frais de soins mentionnée à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

ANNEXE IV-1

TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS D'UN EHPAD

[cf. document original]

REPARTITION DES CHARGES AU PERSONNEL SALARIE DANS UN EHPAD

[cf. document original]

REPARTITION DES CHARGES RELATIVES AU PERSONNEL SALARIE DANS UN EHPAD

[cf. document original]

ANNEXE IV-2

TABLEAU DE CALCUL DES TARIFS JOURNALIERS "DEPENDANCE" ET "SOINS" D'UN EHPAD RELEVANT DE LA LOI DU 6 JUILLET 1990

[cf. document original]

REPARTITION DES CHARGES DE PERSONNEL SALARIE DANS UN ETABLISSEMENT RELEVANT DE LA LOI N° 90-600 DU 6 JUILLET 1990

[cf. document original]

ANNEXE V

TABLEAU DE DETERMINATION ET D'AFFECTATION DES RESULTATS DE CHAQUE SECTION D'IMPUTATION TARIFAIRE D'UN EHPAD

[cf. document original]

ANNEXE VI

TABLEAU DE BORD DES INDICATEURS MEDICO-SOCIO ECONOMIQUES DES ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES AU 30 SEPTEMBRE DE...

ETABLISSEMENT DEPARTEMENT REGION

NOMBRE DE PERSONNES HEBERGEES

AGE MOYEN

DUREE MOYENNE DE SEJOUR

NOMBRE DE NOUVELLES ADMISSIONS DANS L'ANNEE

TAUX ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS

PRODUCTION TOTALE DE POINTS GIR

GIR MOYEN PONDERE (GMP)

VALEUR NETTE DU POINT GIR "dépendance"

VALEUR NETTE DU POINT GIR "aides soignantes - AMP"

Nombre total de postes en équivalents temps plein (ETP)

Nombre de postes à temps partiel en équivalents temps plein

Nombre de postes à temps complet en équivalents temps plein

% de postes ETP à temps partiel

ANCIENNETE MOYENNE DES PERSONNELS SALARIES

TARIF NET JOURNALIER SOINS hors aides soignantes et AMP

COUT PLACE "hébergement" hors dépenses de structures (1)

(1) hors dotations aux amortissements et aux provisions, frais financiers, assurance de l'immobilier, entretien de l'immobilier, les locations immobilières.

ANNEXE VII

TABLEAU DE VALORISATION EN POINTS DU CLASSEMENT EN NIVEAUX DE DEPENDANCE (GROUPE GIR) DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ACCUEILLIES DANS UN ETABLISSEMENT

COTATION VALORISATION

GIR EN POINTS GIR

GIR 1	1	1 000
GIR 2	0,84	840
GIR 3	0,66	660
GIR 4	0,42	420
GIR 5	0,25	250
GIR 6	0,07	70

A.2 Annexe 2

Le médecin coordonnateur en EHPAD

Décret n° 2005-560 du 27 mai 2005

Art. D. 312-155-1. - Tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du 1 de l'article L. 313-12 doit se doter d'un médecin coordonnateur.

Art. D. 312-155-2. - Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gériatrie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.

L'attestation mentionnée à l'alinéa précédent est délivrée par des organismes formateurs agréés au sens du 2° de l'article L. 4133-2 du code de la santé publique, après une formation conforme à un programme pédagogique fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des personnes âgées.

Art. D. 312-155-3. - Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur :

1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le [projet d'établissement](#), et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;

2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Organise la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement, A cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique ;

4° Evalue et valide l'état de dépendance des résidents ;

5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser

préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique;

7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

8° Elabore un dossier type de soins ;

9° Etablit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents ;

10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

Le médecin coordonnateur ne peut pas exercer la fonction de directeur de l'établissement.

A.3 Annexe 3

13 avril 2007 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 48 sur 106

Décrets, arrêtés, circulaires**TEXTES GÉNÉRAUX****MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS**

Décret no 2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

NOR : SANA0721486D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 313-12, D. 312-156 et D. 312-158 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 161-36-2-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 14 mars 2007 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 15 mars 2007 ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national d'organisation sanitaire et sociale en date du 15 mars 2007 ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et des personnes âgées en date du 21 mars 2007,

Décrète :

Art. 1er. – L'article D. 312-156 du code de l'action sociale et des familles est complété par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Pour les établissements renouvelant la convention pluriannuelle mentionnée au I de l'article L. 313-12 et ceux dont la valeur du groupe iso-ressources moyen pondéré est égale ou supérieure à 800 points, le temps de présence du médecin coordonnateur, pour sa fonction de coordination, ne peut être inférieur à :

- un équivalent temps plein de 0,20 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 25 et 44 places ;
- un équivalent temps plein de 0,30 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 45 et 59 places ;
- un équivalent temps plein de 0,40 pour un établissement dont la capacité autorisée est comprise entre 60 et 99 places ;
- un équivalent temps plein de 0,50 pour un établissement dont la capacité autorisée est égale ou supérieure à 100 places. »

Art. 2. – A l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré, après le 11o, un 12o ainsi rédigé :

« 12o Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en oeuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques. »

Art. 3. – Le ministre de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 avril 2007.

DOMINIQUE DE VILLEPIN

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,

PHILIPPEBAS

IV. Bibliographie

- [1] Claveranne J.P., Solety-Dauphin L., Chavanne D., Jezequel, Gien B., Roehrich B., « Réseau gérontologique et filière de soin hospitalière », Revue hospitalière de France, 1 : 164-170, (1997).
- [2] Gauvain J.B., Prévôt J., Prudhomme S., Lemonnier J.Y., Chavanne D. et al, « Recherche de la qualité au sein des réseaux gérontologiques », la revue du généraliste et de la gérontologie.
- [3] Gauvain J.B., Prévôt J., Prudhomme S., Lemonnier J.Y., Réa C., Chavanne D., Roerich B., Gien B., « Quel réseau de soins pour les personnes âgées ».

Repères sur le rôle du médecin coordonnateur

- [4] www.social.gouv.fr (Site du ministère)
- [5] www.legifrance.gouv.fr
- [6] www.conseil-national.medecin.fr

Les Codes à consulter

- [7] Le [code de l'action sociale et des familles](#) (articles L. 311-1 et suivants)
- [8] Le [code de la santé publique](#)

Les décrets

- [9] [Décret 99-316 du 26 avril 1999](#)
- [10] [Décret no 99-317](#) du 26 avril 1999 relatif à la « gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ».

- [11] Décret n 95 1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- [12] Décret n° 20056560 DU 27 MAI 2005 relatif aux « *missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant en établissement pour l'hébergement des personnes âgées dépendantes* » mentionne au I de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Autres textes

- [13] « *Les Bonnes pratiques de soin en EHPAD* Direction générale de la santé », Direction Générale de l'action sociale et Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
- [14] [CIRCULAIRE DGAS/MARTHE/DHOS/DSS n° 2000/475](#) du 15 septembre 2000 relative à « *la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD* ».