

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE D'ÉLABORATION DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

Secteur Personnes Âgées



Sommaire

L'objet de ce guide méthodologique	3
L'élaboration de la trame de CPOM régionale.....	5
Les étapes de la contractualisation.....	7
Le remplissage des annexes du CPOM	11
Annexe 1 : Fiche d'identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat.....	14
Annexe 2 : Diagnostic partagé.....	15
Annexe 3 : Synthèse et objectifs.....	17
Annexe 4 : Fiche actions	18
Annexe 5 : Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	19
Annexe 6 : Plan de retour à l'équilibre.....	19
Annexe 7 : Convention d'habilitation à l'aide sociale territoriale.....	20
Annexe 8 : Arrêté portant autorisation des frais de siège.....	20
Annexe 9 : Eléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM.....	20
FICHES RESSOURCES	21
Fiche ressource n°1- Bientraitance / Maltraitance secteur personnes âgées.....	21
Fiche ressource n°2- La prévention de la perte d'autonomie en EHPAD.....	23
Fiche ressource n°3- La prévention et la gestion des risques associés aux soins ...	24
Fiche ressource n°4- Sécurité et qualité de la prise en charge médicamenteuse	26
Fiche ressource n°5- : Accompagnement et prise en charge des personnes atteintes de Maladie Neuro –Dégénérative	28
Fiche ressource n°6- Accompagnement et prise en charge des soins complexes et de la fin de vie	29
Fiche ressource n°7- Transformation de l'offre du secteur personnes âgées	30
Fiche support n°8- Adapter l'offre de prise en charge aux besoins recensés sur le territoire en développant l'accessibilité à l'aide sociale.....	31
Fiche support n°9- Mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail	32

L'objet de ce guide méthodologique

Le présent guide méthodologique propose d'accompagner les organismes gestionnaires et directeurs d'établissements et services du secteur Personnes Agées, dans la compréhension et l'élaboration des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), ainsi que dans le remplissage des annexes du CPOM.

Ce guide repose sur les principes d'organisation régionale du CPOM et s'appuie sur le guide méthodologique de l'ANAP « Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social » de janvier 2017.

Le cadre législatif et réglementaire

La loi n° 2015-1776 relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 et la loi n° 2015-1702 de financement de la sécurité sociale 2016 du 21 décembre 2015, introduisent l'objectif de généralisation des CPOM sur le secteur médico-social.

Dispositions réglementaires :

- Décrets : n°2016-1164 du 26 août 2016, n° 2016-1814 du 21 décembre 2016, n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 ;
- Arrêté fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF ;
- Instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu à l'article 58 de la loi ASV.

La réforme de la contractualisation des établissements et services accompagnant des PA s'opère sur une durée de 5 ans à compter du 1er janvier 2017.

L'instruction du 16 novembre 2021 vient compléter celle du 8 juin 2021, relative à la campagne budgétaire 2021 des ESMS.

L'instruction annonce aussi un desserrement du calendrier de signature des CPOM avec un report de 3 ans de l'échéance fixée par la loi ASV (nouvelle échéance au 31 décembre 2024).

La signature d'un CPOM est obligatoire. En cas de refus de le signer ou de le renouveler, l'organisme gestionnaire s'expose à un risque de minoration du forfait soins conformément à l'article D314-167-1 du CASF.

Quel est l'intérêt d'un CPOM ?

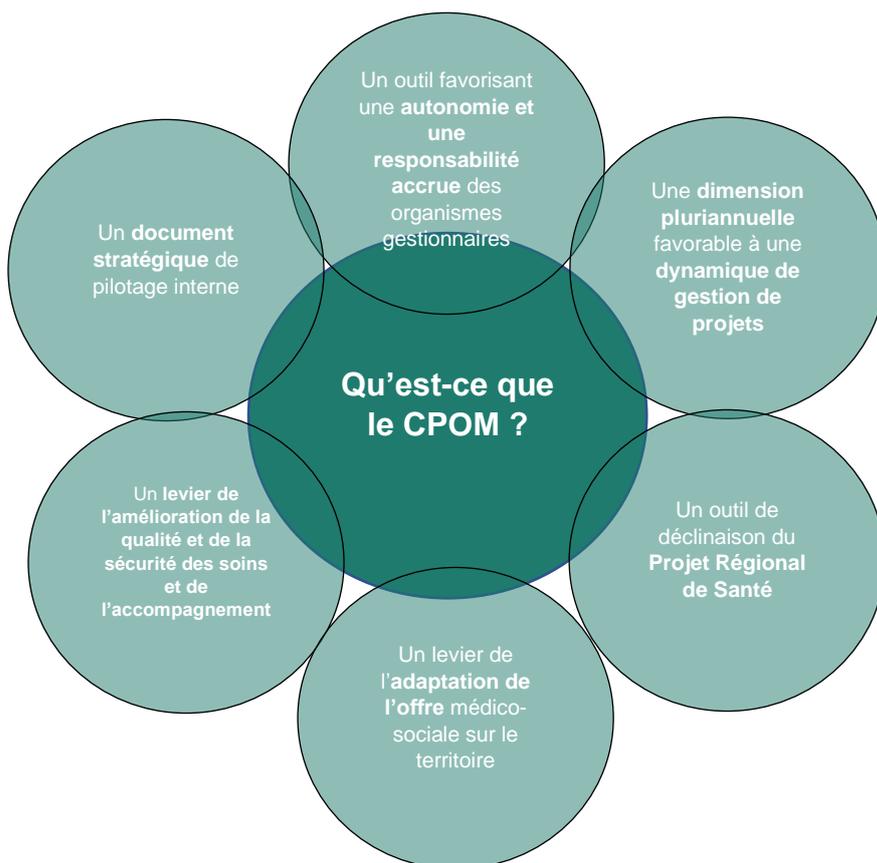
Le CPOM constitue le support principal du dialogue entre le gestionnaire et les autorités de tarification, à savoir l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Corse et la Collectivité de Corse (CdC).

Il marque une évolution dans la gestion des ESMS en transformant leurs modalités de gestion et en les incitant à la formalisation d'objectifs pluriannuels. Ceux-ci donnent une visibilité sur les axes prioritaires à développer par l'établissement.

Dans ce droit fil, le contenu des CPOM vient décliner au sein des ESMS les objectifs des politiques publiques fixés dans le Schéma Régional de Santé (SRS) afin de répondre aux besoins de la population du territoire.

Le CPOM permet dans le même temps de rassurer les partenaires du gestionnaire (ARS de Corse et/ou Collectivité de Corse) sur sa stabilité sur plusieurs années.

Mais au-delà d'un outil qui s'impose aux acteurs, le CPOM est un puissant levier de transformation du secteur médico-social. Il a ainsi vocation à participer à l'amélioration des parcours et de l'accompagnement des personnes en offrant un cadre adapté à une prise en charge individualisée, grâce à la transversalité et à la transformation de l'offre proposée par les établissements et services.



Qui est concerné ?

- Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (**EHPAD**)
- Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (**SSIAD**)
- Les Accueils de Jour autonomes (**AJ**) et les Hébergements Temporaires autonomes (**HT**)
- Les Petites Unités de Vie (**PUV**)

L'élaboration de la trame de CPOM régionale

1/ Méthodologie d'élaboration

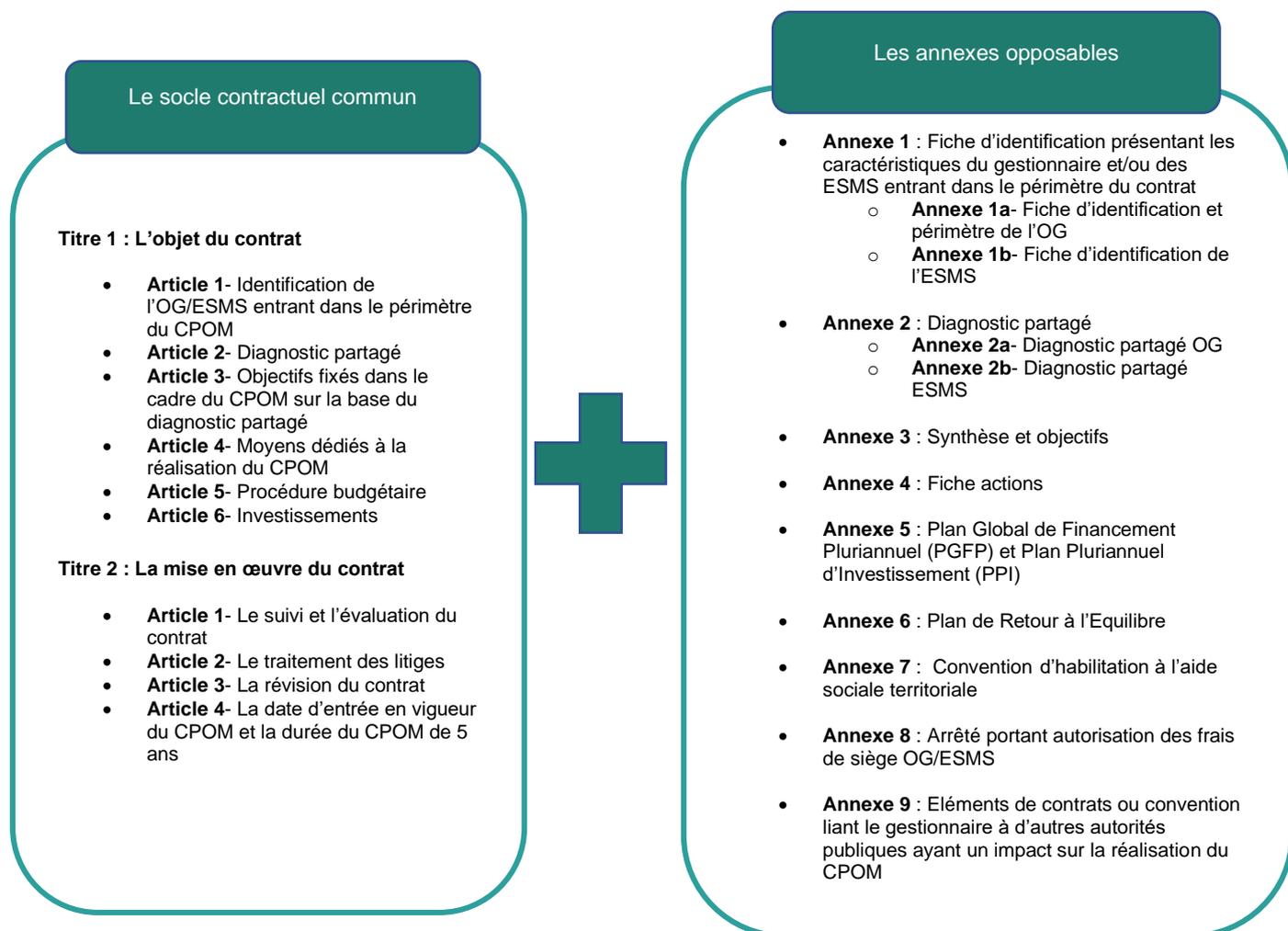
Un travail concerté entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Corse et la Collectivité de Corse (CdC), initié en 2018 et finalisé en 2019, a permis la rédaction d'une trame régionale de Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

2/ Principes généraux retenus

a) La structuration du CPOM

La trame régionale du CPOM est constituée de :

- Un **socle contractuel** qui ne peut pas faire l'objet d'ajustement lors des négociations, car il comporte les clauses générales du contrat.
- Des **annexes opposables et modulables** en fonction du périmètre du CPOM. Elles viennent décrire les engagements retenus sur les différentes thématiques du contrat. Elles devront ainsi être complétées selon les problématiques de chaque structure. En ce sens, elles sont l'enjeu de la négociation. Ces annexes constituent la base du suivi du CPOM tout au long des 5 années de contractualisation et peuvent évoluer sur cette période par le biais d'avenants.



b) Le périmètre du CPOM

1) Une logique gestionnaire

Le CPOM est un outil qui favorise la transversalité de l'offre d'accompagnement. Il dépasse le prisme « établissement ».

Ainsi, la mise en place des CPOM est guidée par une logique gestionnaire et concerne l'ensemble des EHPAD du même gestionnaire d'un même département, mais aussi, le cas échéant, d'autres établissements et services gérés par le même gestionnaire sur le même ressort territorial. Aussi, les Organismes Gestionnaires gérant un ou des EHPAD, des Accueils de Jour autonomes, des Hébergements Temporaires autonomes, des Petites Unités de Vie, des Résidences Autonomie, ainsi que des SSIAD font l'objet d'un CPOM unique multi-établissements conclu entre l'ARS, la CdC et l'Organisme Gestionnaire.

Le CPOM peut de plus être étendu, le cas échéant, aux deux départements voire à des structures du secteur handicap, avec l'accord des différentes parties.

2) Un outil intersectoriel au service des parcours

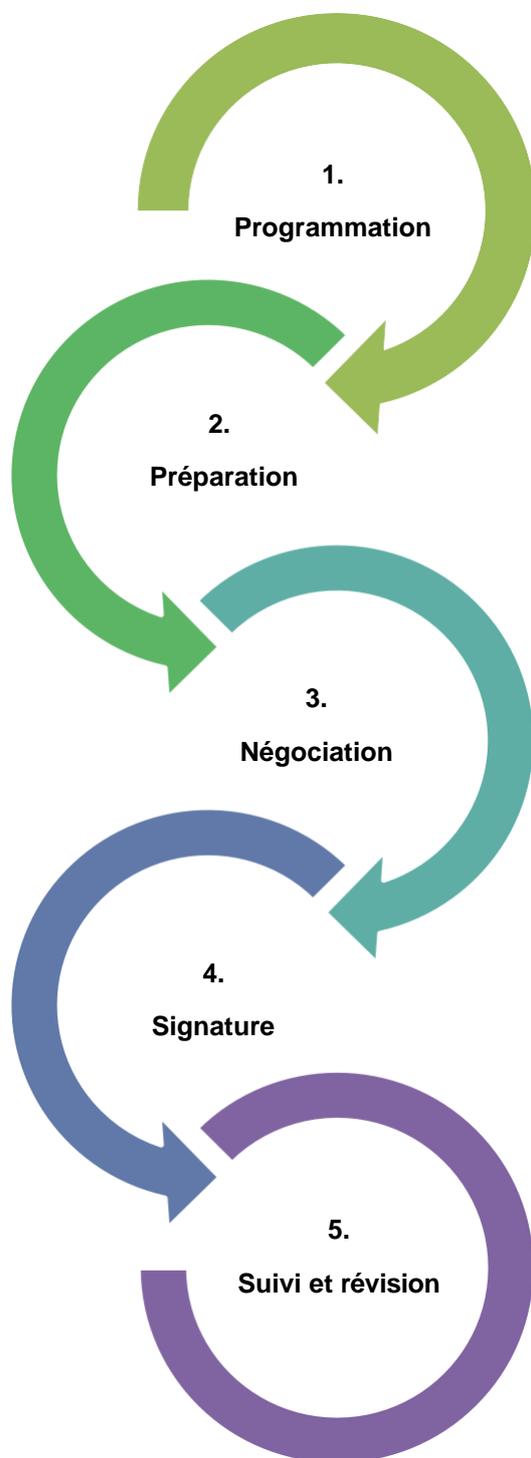
Le CPOM est une opportunité pour rassembler les parties prenantes autour de l'objectif commun de l'amélioration des parcours. A ce titre, les CPOM associant les ESMS PA et PH relevant d'un même gestionnaire seront à prioriser.

S'il subsiste des CPOM distincts, a minima, une articulation entre les différents CPOM doit être opérée afin de permettre aux autorités de tarification d'avoir une vision globale sur les ESMS gérés par l'organisme gestionnaire (cf Titre 1 article 1.2 du socle contractuel du CPOM). Chaque CPOM poursuit ses effets juridiques indépendamment des autres CPOM de l'organisme gestionnaire.

Si le CPOM concerne des ESMS rattachés à un établissement sanitaire : en l'état actuel de la réglementation, l'établissement qui doit conclure un CPOM « médico-social » doit le faire en sus du CPOM « sanitaire », compte tenu des différences importantes de nature entre les deux formes de contractualisation. Les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Les éléments du CPOM sanitaire ayant un impact sur la réalisation du présent contrat sont à préciser en **annexe 9**.

Les étapes de la contractualisation

La démarche de contractualisation implique la mise en place d'une méthode de gestion de projet, qui s'inscrit dans une programmation et un travail conjoint entre l'ARS et la CdC en lien avec le gestionnaire.



1/ La programmation

La réforme de la contractualisation prévoit une programmation pluriannuelle et départementale, formalisée par des arrêtés de programmation CPOM.

Cette programmation est conduite conjointement par l'ARS et la Collectivité de Corse pour les ESMS sous compétence partagée ou pour les OG disposant d'autorisation PA et PH. Elle fait l'objet de 2 arrêtés publiés au recueil des actes administratifs : calendrier de programmation des CPOM relevant d'une compétence ARS-Collectivité de Corse et calendrier de programmation relevant de la seule compétence de l'ARS.

Elle peut faire l'objet d'une révision annuelle.

Les arrêtés sont consultables sur le site Internet de l'ARS de Corse¹. La programmation définie est en outre rappelée chaque année dans le rapport d'orientation budgétaire de chaque établissement/service.

2/ La préparation

Les calendriers de programmation définissent les fenêtres de dépôt attendues pour les autodiagnostic devant être réalisés par les ESMS et OG. Il appartient donc à l'organisme gestionnaire de transmettre à l'autorité ou aux autorités de tarification signataires l'autodiagnostic réalisé dans la limite de l'échéance fixée.

Ce tableau de programmation est disponible sur les sites de l'ARS et de la Collectivité de Corse ainsi que les éléments suivants :

- Les éléments du dossier de contractualisation comportant :
 - Le socle contractuel du CPOM,
 - Le fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA » comportant les annexes à renseigner (**annexes 1 à 4**) permettant de réaliser le diagnostic du gestionnaire.
- Le guide méthodologique facilitant la compréhension et l'élaboration du CPOM, ainsi que dans le remplissage de ses annexes.
- Un support de communication sous forme d'un fichier PowerPoint visant à faciliter la présentation du diagnostic partagé lors de la réunion bi ou tripartite.

Concomitamment à la transmission de son autodiagnostic aux 2 autorités (transmission par voie dématérialisée du fichier excel « outil diagnostic secteur PA » - pas de format PDF, le gestionnaire transmet une proposition de calendrier de négociation à raison d'au moins une réunion par trimestre sur une durée de 12 mois maximum. L'OG propose un rétro planning : il est chargé de faire le lien avec les 2 AT pour caler les réunions (doodle)

La 1^{ère} réunion consacrée à l'analyse partagée des éléments diagnostics sera planifiée sous 3 mois suivants la date de transmission de l'autodiagnostic. Ce délai permettra à chaque autorité de tarification d'analyser les éléments communiqués ; le tarificateur principal est chargé dans l'intervalle d'organiser une réunion de travail avec l'autre tarificateur en

¹ <https://www.corse.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens>

préparation de la réunion de partage de l'autodiagnostic. Chaque tarificateur instruit la part de l'activité relevant de sa compétence

La réunion de partage de l'autodiagnostic, comme toute autre réunion réunissant l'OG et les tarificateurs autour du CPOM doit faire l'objet d'un relevé de conclusion proposé par l'OG. Ce relevé de conclusion doit être transmis sous quinzaine suivant la réunion. En l'absence le tarificateur principal relance l'OG.

3/ La négociation

La négociation se déroule en plusieurs étapes :

La réunion de diagnostic partagé a pour objet de partager le diagnostic et de définir les objectifs des 5 ans à venir en lien avec les orientations du PRS et des objectifs stratégiques du gestionnaire.

Dans le cas d'un renouvellement de CPOM, le dialogue de fin de gestion du précédent CPOM sera réalisé avec le diagnostic.

A l'issue de cette réunion, le gestionnaire adresse aux autorités compétentes le projet de fiches-actions déclinant les objectifs négociés dans des délais précédemment établis avec le représentant de l'ARS. Cette phase peut donner lieu à des allers-retours entre les parties au contrat.

Une ou plusieurs réunions actions sont ensuite organisées par le gestionnaire avec les autorités compétentes afin de valider le contenu des fiches-actions et de finaliser le CPOM. Suite à cela, le gestionnaire adresse le CPOM complété de ses annexes pour validation auprès de l'ARS et, le cas échéant, de la CdC.

4/ La signature

La signature du CPOM est un acte juridique qui engage les parties sur l'ensemble du document, annexes comprises. Il est indispensable de prendre appui sur l'avis des instances du gestionnaire.

Une fois le contrat finalisé, il est proposé à la signature du gestionnaire en 3 exemplaires.

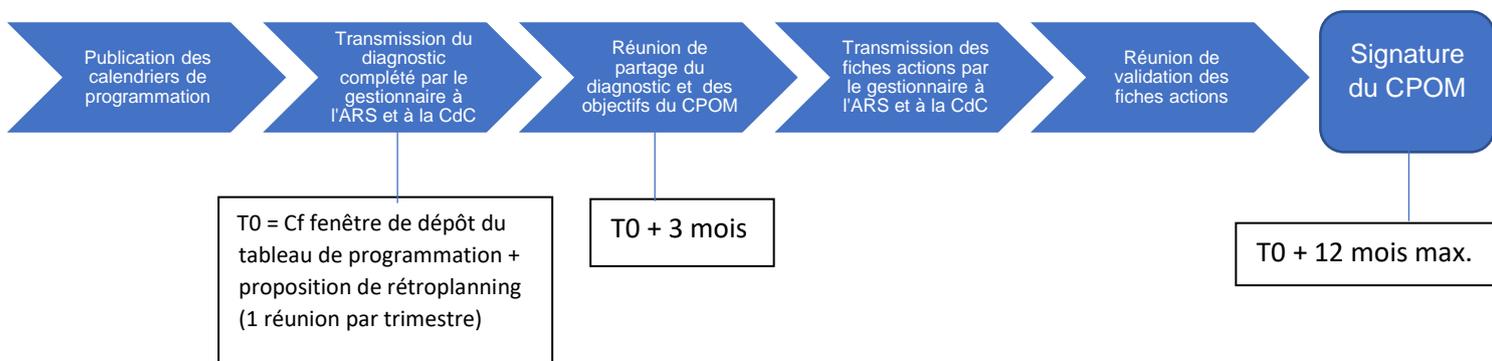
La coordination de la signature du CPOM est assurée par le tarificateur principal.

Dans le cas d'un CPOM tripartite, le gestionnaire le transmet à la CdC, 2^{ème} signataire. L'ARS sera la dernière partie signataire.

Chaque partie sera destinataire d'un exemplaire original du CPOM.

CALENDRIER INDICATIF*

* Ces délais sont indicatifs et doivent être précisés par l'organisme gestionnaire en concertation avec les autorités de tarification compétentes.



5/ Le suivi et la révision du contrat

Le contrat donne lieu à un dialogue de gestion :

⇒ Chaque année :

Dans le cadre de la transmission de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et au 31 juillet de l'année N+1 pour les établissements publics de santé, l'organisme gestionnaire joint une revue des objectifs fixés au CPOM. A cette fin, les **annexes 3 et 4** sont actualisées, afin de suivre l'état d'avancement des objectifs et actions.

⇒ Entre la 2^{ème} et la 3^e année du CPOM pour un point à mi-parcours

Pour un bilan d'étape et afin d'examiner la trajectoire de la réalisation des objectifs fixés, le dialogue de gestion à mi-parcours prend la forme d'une rencontre entre les parties qui peuvent convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux et de facto, de signer des avenants au contrat lorsque les circonstances le justifient.

Cette rencontre est organisée à l'initiative du gestionnaire.

Documents à produire par le gestionnaire dans le cadre du dialogue de gestion, à mi-parcours :

- Documents budgétaires et comptables
- Evaluations
- Données du tableau de bord de la performance
- Le tableau de suivi des objectifs du CPOM (**annexes 3 et 4**) afin de suivre leur avancement,
- Un bilan d'étape complémentaire retraçant les faits marquants depuis la signature du CPOM ou depuis le dernier dialogue de gestion,
- A ces documents peuvent être ajoutées toute autre analyse, synthèse, etc. qui pourraient être demandées par l'ARS ou la CdC ou jugées pertinentes par le gestionnaire.

Elément conclusif :

- A l'issue, un compte rendu est rédigé par le gestionnaire pour reprendre les conclusions de ce point d'étape. Il met notamment l'accent sur les différentes actions restant à conduire sur la 2^{ème} partie du CPOM.
- Il est validé et signé par l'ARS et la CdC (le cas échéant) et a valeur d'avenant au CPOM.

⇒ Au cours de la 4^{ème} année du CPOM pour un bilan final

A l'initiative du gestionnaire, une réunion est organisée avec les parties compétences afin d'examiner les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan fourni par celui-ci avec tous les documents attestant de la mise en œuvre des actions (en lien avec le personnel, les usagers, les familles et le conseil de la vie sociale).

En fonction de ce bilan final, les parties prenantes établissent des priorités et d'objectifs pour le prochain CPOM. Ce bilan final alimente également le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

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

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

	ARS/CdC	Gestionnaire
 Préparation	Prendre connaissance de la fenêtre de dépôt attendue pour son autodiagnostic et des outils à disposition sur les sites ARS ou CdC ou LaMAREC	X
	Complétude du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA » et envoi à l'ARS et à la CdC	X
	Proposition à l'ARS d'un rétroplanning pour l'ensemble de la procédure (1 an max.)	X
	Prise de RDV pour réunion de diagnostic partagé	X
 Négociation	Réunion de diagnostic partagé	X
	Envoi des fiches actions à l'ARS et à la CdC par voie dématérialisée	X
	Prise de RDV pour rencontre(s) de négociation	X
	Rencontre(s) de négociation pour finalisation du CPOM	X
	Envoi du dossier complet (trame CPOM+ annexes) aux autorités compétentes par voie dématérialisée	X
Validation	X	
 Signature	Signature	X

Le remplissage des annexes du CPOM

Rappel de la liste des annexes du CPOM :

- **Annexe 1** : Fiche d'identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat
 - **Annexe 1a**- Fiche d'identification de l'OG et périmètre du contrat
 - **Annexe 1b**- Fiche d'identification de l'ESMS entrant dans le périmètre du contrat

- **Annexe 2** : Diagnostic partagé
 - **Annexe 2a**- Diagnostic partagé OG
 - **Annexe 2b**- Diagnostic partagé ESMS

- **Annexe 3** : Synthèse et objectifs

- **Annexe 4** : Fiche actions

- **Annexe 5** : Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)

- **Annexe 6** : Plan de Retour à l'Équilibre

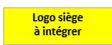
- **Annexe 7** : Convention d'habilitation à l'aide sociale territoriale

- **Annexe 8** : Arrêté portant autorisation des frais de siège OG/ESMS

- **Annexe 9** : Eléments de contrats ou convention liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM

Le fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA », transmis au gestionnaire lors de la prise de contact de l'ARS, permettra d'accéder aux **annexes 1 à 4**. Les **annexes 5 à 9** sont obligatoirement à joindre au CPOM, mais ne sont pas spécifiquement produites pour celui-ci.

Ce fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA » devra être retourné à l'ARS et à la CdC (le cas échéant), complété par le gestionnaire, dans les trois mois après notification de la programmation.

  			
OUTIL DIAGNOSTIC SECTEUR PERSONNES AGEES (PA)			
ANNEXE 1 Fiche d'identification	Pour l'OG :	Cette annexe, nommée Annexe 1a, est située dans l'onglet "Diagnostic OG"	Identification OG
	Pour l'ESMS :	Cette annexe, nommée Annexe 1b, est située dans l'onglet "Diagnostic ESMS"	Identification ESMS
ANNEXE 2 Diagnostic partagé	Pour l'OG :	Cette annexe, nommée Annexe 2a, est située dans l'onglet "Diagnostic OG" - Diagnostic interne : - Diagnostic externe :	Diagnostic interne OG Diagnostic externe OG
	Pour l'ESMS :	Cette annexe, nommée Annexe 2b, est située dans l'onglet "Diagnostic ESMS" - Diagnostic interne : - Diagnostic externe :	Diagnostic int. ESMS Diagnostic ext. ESMS
ANNEXE 3 Synthèse et objectifs	Pour l'OG & ESMS :	Cette annexe, nommée Annexe 3, est située dans l'onglet "Synthèse et objectifs"	Synthèse et objectifs
ANNEXE 4 Fiche actions	Pour l'OG & ESMS :	Cette annexe, nommée Annexe 4, est située dans l'onglet "Modèle fiche actions"	Modèle de fiche actions

Le gestionnaire devra se reporter à l'onglet d'accueil "Lisez-moi" qui permet d'accéder directement aux annexes du CPOM en cliquant sur chaque bouton correspondant à l'annexe souhaitée.

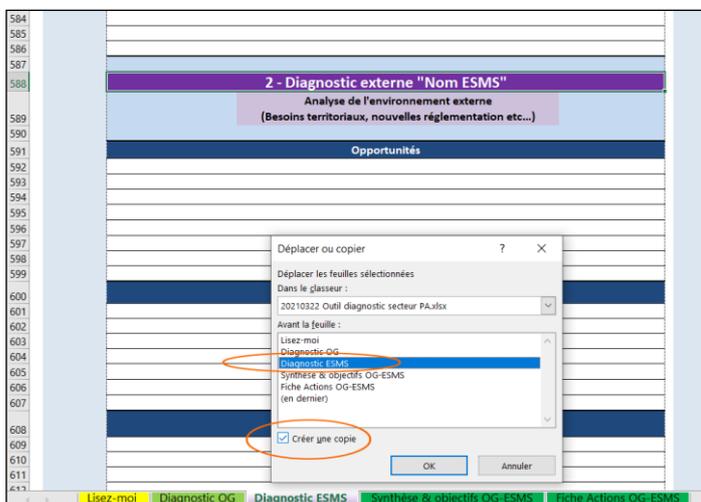
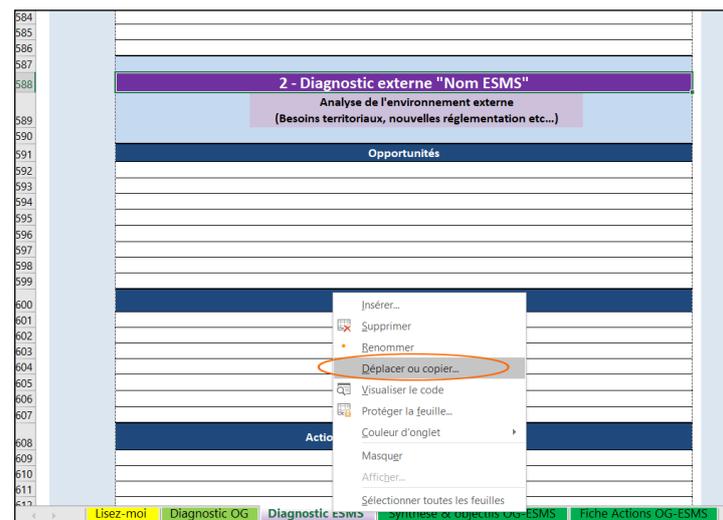
Si l'OG gère plusieurs ESMS, il devra remplir autant d'annexes que d'établissements entrant dans le périmètre du CPOM. Pour ce faire, il lui faudra au besoin dupliquer les onglets permettant d'accéder aux annexes 1 à 4 dans le fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA » en suivant la procédure détaillée ci-après.

Dans ce droit fil, l'OG devra aussi renommer les onglets avec le nom de chacun des ESMS entrant dans le périmètre du CPOM.

Comment dupliquer un onglet sur Excel ?

Clic droit sur l'onglet à copier

Dans le menu choisir « Déplacer ou copier »

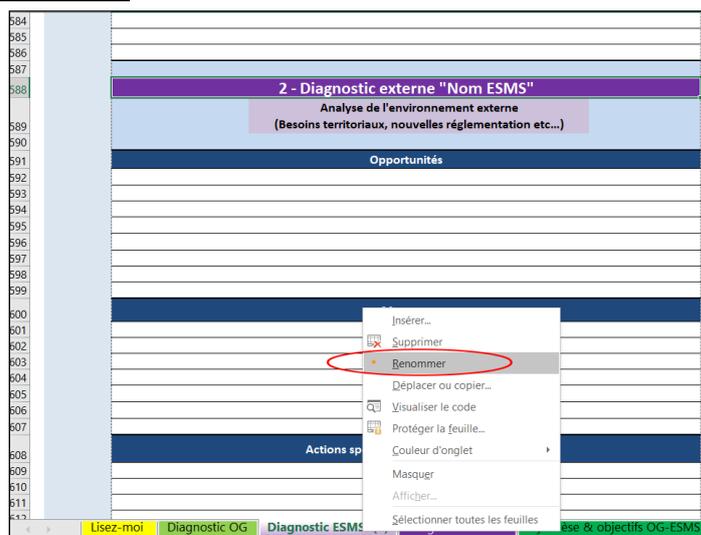


Dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre sélectionner l'onglet à dupliquer.

Puis cocher la case « Créer une copie » et cliquer sur OK.

Comment renommer un onglet sur Excel ?

Clic droit
Choisir « Renommer » dans le menu
Indiquer le nom de l'ESMS concernée par l'onglet



Annexe 1 : Fiche d'identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat

Annexe 1a- Fiche d'identification de l'Organisme Gestionnaire (OG) et périmètre du contrat

La fiche d'identification à compléter par l'OG se trouve dans l'onglet nommé "Diagnostic OG" du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA ».

L'OG y renseigne ses caractéristiques propres (FINESS, statut juridique...) ainsi que celles des ESMS entrant dans le périmètre du contrat.

ANNEXE 1.a		Fiche d'identification et périmètre du contrat		Secteur PA	
"Nom de l'OG"					
Nom de l'organisme gestionnaire					
Raison sociale					
Adresse					
N° FINESS juridique					
Statut de l'entité					
Convention collective					
Siège autorisé	sélectionner	Date de l'autorisation :	././....	Par :	(Nom de l'autorité)
Périmètre du diagnostic des ESMS PH entrant dans le cadre du CPOM et autorisations					
- Indiquer dans le tableau ci-dessous les ESMS concernés par le CPOM					
ESMS	Finess géographique	Raison sociale de l'établissement	Catégorie de l'ESMS		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
- Si le diagnostic concerne plusieurs entités juridiques, veuillez indiquer dans le tableau les FINESS juridiques s'y afférents.					
	Finess juridique	Raison sociale de l'établissement	Catégorie de l'ESMS		

Outil diagnostic

Annexe 1b- Fiche d'identification de l'ESMS entrant dans le périmètre du contrat

ANNEXE 1.b		FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ESMS		SECTEUR PA	
"Nom de l'ESMS"					
Entrez le numéro FINESS					
Type ESMS :					
<input type="checkbox"/> EHPAD		<input type="checkbox"/> PUV		<input type="checkbox"/> Résidence autonomie	
<input type="checkbox"/> AJ autonome		<input type="checkbox"/> SSIAD		<input type="checkbox"/> SAAD	
<input type="checkbox"/> Autres :		Préciser			
Raison sociale :					
Adresse :					
Option tarifaire ? <input type="checkbox"/> tarif global <input type="checkbox"/> tarif partiel					
L'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI) <input type="checkbox"/> sélectionner					
L'ESMS perçoit-il un forfait journalier soins ? <input type="checkbox"/> sélectionner					
Autorisations					
Indiquer ci-dessous les places et dispositifs autorisés de l'établissement ou du service :					
Type d'hébergement ou de prise en charge	Places autorisées	Places installées			
Hébergement permanent EHPAD					
Hébergement temporaire EHPAD					
Accueil de Jour					
SSIAD					
ESA					
Plateforme d'Accompagnement et de Répit					
PASA					
UHR					
Autres : préciser					
Total :	0	0			

La fiche d'identification à compléter par l'ESMS se trouve dans l'onglet nommé "Diagnostic ESMS" du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA ».

L'ESMS renseigne les caractéristiques de l'établissement entrant dans le périmètre du CPOM (FINESS, nom, capacité autorisée en fonction des types d'accueil, habilitation à l'aide sociale...).

L'OG devra renseigner autant de tableaux que d'ESMS entrant dans le cadre du CPOM.

NB : La complétude de cette annexe est à adapter en fonction du nombre d'ESMS que gère l'OG. A partir de 2 ESMS, il conviendra donc d'ajouter des onglets (voir procédure p. 12).

Annexe 2 : Diagnostic partagé

Cette annexe est constituée de l'annexe 2a à remplir par l'OG, et de l'annexe 2b à remplir pour chaque ESMS entrant dans le périmètre du CPOM.

Le diagnostic partagé à compléter par l'OG se trouve dans l'onglet "Diagnostic OG" du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA ». Le diagnostic partagé à compléter par chaque ESMS se trouve dans l'onglet "Diagnostic ESMS" du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA ».

NB : La complétude de cette annexe est à adapter en fonction du nombre d'ESMS que gère l'OG. A partir de 2 ESMS, il conviendra donc d'ajouter des onglets (voir procédure p. 12).

Le diagnostic partagé constitue l'une des bases des réflexions qui seront menées autour des objectifs du gestionnaire. Il permet de mettre à plat les modalités de fonctionnement afin d'identifier notamment des points forts et des axes de progrès, et se découpe en deux sous-volets :

➤ Le diagnostic interne :

Le diagnostic interne identifie les points forts et les points faibles du gestionnaire sur ses grandes dimensions notamment :

- L'activité
- L'efficacité économique
- Les ressources humaines
- La qualité du service rendu et de l'accompagnement de l'utilisateur
- La gestion et la prévention des risques
- Les coopérations/mutualisations avec d'autres structures
- Les systèmes d'information

Pour aider à l'identification des forces et faiblesses, le gestionnaire peut se référer aux fiches ressources N°1/2/3/4/5/6/8 présentes à la fin de ce guide.

ANNEXE 2.a	Diagnostic partagé de l'OG	SECTEUR PA																					
1 - Diagnostic interne OG																							
1.1 Activité de l'OG																							
- Existe-il une politique harmonisée relative à l'activité ?		sélectionner																					
<i>Si oui, préciser cette politique</i>																							
1.2 Finances et patrimoine de l'OG																							
Base de financement des structures (= base reductible au 3V12/N-1)																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>ESMS 1°</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ESMS 2°</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESMS 3°</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESMS 4°</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESMS 5°</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ESMS 6°</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			ESMS 1°			ESMS 2°			ESMS 3°			ESMS 4°			ESMS 5°			ESMS 6°					
ESMS 1°																							
ESMS 2°																							
ESMS 3°																							
ESMS 4°																							
ESMS 5°																							
ESMS 6°																							
Des transferts de crédits entre ESMS sont-ils envisagés ?		sélectionner																					
<i>Si oui, préciser les structures concernées et le montant :</i>																							
Existe-t-il d'autres sources de financement en plus de l'ARS et de																							
<i>Précisez ces financements ci-dessous :</i>																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>ESMS</th> <th>Financement</th> <th>Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ESMS 1°</td><td></td><td>X1</td></tr> <tr><td>ESMS 2°</td><td></td><td>X1</td></tr> <tr><td>ESMS 3°</td><td></td><td>X1</td></tr> <tr><td>ESMS 4°</td><td></td><td>X1</td></tr> <tr><td>ESMS 5°</td><td></td><td>X1</td></tr> <tr><td>ESMS 6°</td><td></td><td>X1</td></tr> </tbody> </table>			ESMS	Financement	Montant	ESMS 1°		X1	ESMS 2°		X1	ESMS 3°		X1	ESMS 4°		X1	ESMS 5°		X1	ESMS 6°		X1
ESMS	Financement	Montant																					
ESMS 1°		X1																					
ESMS 2°		X1																					
ESMS 3°		X1																					
ESMS 4°		X1																					
ESMS 5°		X1																					
ESMS 6°		X1																					

Outil diagnostic

ANNEXE 2.b	Diagnostic partagé ESMS	Secteur PA	
1 - Diagnostic interne "Nom ESMS"			
1.1 Efficacité et innovation			
1.1.1 Activité			
GMP validé : <input type="text"/>		date de validation : <input type="text"/>	
PMP validé : <input type="text"/>		date de validation : <input type="text"/>	
Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) (%)		N-1	
Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale (%)			
	N-1	N-2	N-3
Hébergement permanent			
Hébergement temporaire			
Accueil de jour			
Autre modalité			
TOTAL	0	0	0
Taux d'occupation des places financées			
	N-1	N-2	N-3
Hébergement permanent			
Hébergement temporaire			
Accueil de jour			

Annexe 3 : Synthèse et objectifs

Cette annexe, à compléter par le gestionnaire est située dans l'onglet "Synthèse et objectifs" du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA ».

NB : La complétude de cette annexe est à adapter en fonction du nombre d'ESMS que gère l'OG. A partir de 2 ESMS, il conviendra donc d'ajouter des onglets (voir procédure p.12).

La synthèse vise à consolider les forces/ faiblesses du gestionnaire, ainsi que les opportunités et menaces qui s'offrent à lui afin de définir les objectifs du gestionnaire sur la durée du CPOM (5 ans).

ANNEXE 3a	SYNTHESE ET OBJECTIFS	Secteur PA
"Nom de l'OG et/ou de l'ESMS"		
SYNTHESE		
FORCES		OPPORTUNITES
FAIBLESSES		MENACES

Outil diagnostic

OBJECTIFS			
THEME	OBJECTIF N°	INDICATEUR lors du diagnostic	INDICATEUR cible
Date de l'état d'avancement	Commentaires	Indicateur de suivi	Etat d'avancement:
Année N			Saisir
Année N+1			Saisir
Année N+2			Saisir
Année N+3			Saisir
Année N+4			Saisir
THEME	OBJECTIF N°	INDICATEUR lors du diagnostic	INDICATEUR cible
Date de l'état d'avancement	Commentaires	Indicateur de suivi	Etat d'avancement:
Année N			Saisir
Année N+1			Saisir
Année N+2			Saisir

Outil diagnostic

Les objectifs sont négociés lors de la réunion bi ou tripartite de diagnostic partagé. Ils pourront s'articuler autour des réponses données par le gestionnaire autour des 4 axes régionaux prioritaires définis dans le PRS :

- **Qualité du service rendu et de l'accompagnement de l'utilisateur**
- **Maîtrise et prévention des risques**
- **Réponse aux besoins territoriaux**
- **Renforcement de l'efficacité de gestion et de gouvernance**

Pour aider à l'identification des objectifs, l'ESMS/OG peut se référer aux fiches ressources N°1 à 9 présentes à la fin de ce guide :

- « Bienveillance/Maltraitance » (fiche ressource N°1)
- « Prévention perte d'autonomie » (fiche ressource N°2)
- « Prévention des risques associés aux soins » (fiche ressource N°3)
- « Sécurité et qualité de la prise en charge médicamenteuse » (fiche ressource N°4)
- « Accompagnement des MND » (fiche ressource N°5)
- « Accompagnement et prise en charge des soins complexes et fin de vie » (fiche ressource N°6)
- « Transformation de l'offre du secteur personnes âgées » (fiche ressource N°7)
- « Adapter l'offre de prise en charge aux besoins recensés sur le territoire en développant l'accessibilité à l'aide sociale » (fiche ressource N°8)
- « Mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail » (fiche ressource N°9)

Cette annexe est actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs par les autorités de tarification. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activité annuel et devra être transmise en même temps que l'ERRD.

Chaque objectif négocié lors de la réunion de diagnostic partagé fait l'objet d'une fiche action détaillée (annexe 4).

Annexe 4 : Fiche actions

Cette annexe permet de détailler les objectifs en actions à décliner sur les 5 années du CPOM. Ces objectifs sont issus de la réunion bi ou tripartite de diagnostic partagé.

Le gestionnaire complète de façon individuelle une fiche actions par objectif.

Un modèle de fiche actions est à retrouver dans l'onglet "Fiche actions OG- ESMS" du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PA ».

Le gestionnaire y précise pour chaque objectif :

- Les actions concrètes envisagées pour atteindre l'objectif
- L'échéancier envisagé
- Les indicateurs choisis pour le suivi et de résultat
- Le cas échéant, les moyens spécifiques dédiés à chaque objectif (lorsqu'il s'agit par exemple de moyens relevant d'une dotation complémentaire au forfait).

ANNEXE 4		FICHE ACTIONS					créée le
OBJECTIF		Cet objectif est issu du diagnostic partagé					
FICHE ACTIONS N°..		Libellé de l'action rattachée à l'objectif ci-dessus					
1 - CONTEXTE ET FINALITES :							
- Contexte							
- Finalités :							
Périmètre		Nom du pilote de l'action		Composition de l'équipe			
Ex : MAS x, ENPAD y...		Monsieur z ou Madame y		Ex : IDE + 3 ASH +...			
2 - ACTIONS :							
Actions :		Partenaires sollicités	Calendrier prévisionnel				
			N	N+1	N+2	N+3	N+4
1							
2							
3							
4							
5							
3 - INDICATEURS							
Action		Libellé indicateur		Valeurs de l'indicateur Cible et de suivi (N+1)			
				Valeur cible de l'indicateur à la fin du CPOM	Valeur année N de l'indicateur à la signature	Valeur année N+1 de l'indicateur au cours de	
1							
2							
3							
4							
5							
4 - VOLET BUDGETAIRE							
Financement à mobiliser au regard des dotations allouées : redéploiement interne/affectation de résultat							
Modalités		Détails			Montant en I		
Redéploiement dans le cadre des dotations allouées ou d'affectation du résultat							
Crédits non reconductibles							

Outil diagnostic

Cette annexe est actualisée annuellement par le gestionnaire pour permettre le suivi des objectifs par les autorités de tarification. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activité annuel et devra être transmise en même temps que l'ERRD.

L'OG/ESMS renseignera autant de fiches actions que d'objectifs négociés lors de la réunion bi-tripartite de diagnostic partagé.

Pour aider à l'élaboration de ces fiches actions, des fiches ressources développant les axes stratégiques régionaux issus du SRS de Corse sont mises à disposition à la fin de ce guide méthodologique.

Annexe 5 : Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)

L'OG/ESMS inclut son PGFP et son PPI (si validé) en annexe au CPOM.

Pour information :

Le plan pluriannuel de financement a pour objectif de retracer les grands équilibres financiers d'un établissement sur cinq ans et s'impose lorsqu'un établissement doit faire face à des projets d'investissement et/ou de restructuration. Son objectif est de s'assurer que les choix faits dans le cadre des programmes garantiront le maintien ou l'amélioration des grands équilibres de la structure financière de l'ESMS.

➤ Cadre réglementaire

- Arrêté du 24 janvier 2008 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2003 et fixant le modèle de plan pluriannuel de financement d'un établissement ou service social ou médico-social.
- Instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/170 du 12 juillet 2018 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics gérés en M22 et à la mise à jour du plan comptable M22 au 1er janvier 2019
- Article L 314-7 du CASF
- Articles R 314-17 et R 314- 20 CASF

➤ Procédure et périmètre

Le programme d'investissement, le plan de financement pluriannuel ainsi que les emprunts dont la durée est supérieure à 1 an doivent être approuvés par l'autorité de tarification.

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

L'impact du PPI doit être compatible avec la dotation régionale limitative.

En EHPAD : L'approbation des PPI des EHPAD relève de la compétence de la Collectivité de Corse. Toutefois, si le PPI comporte une demande de financement par l'assurance maladie, il devra être transmis à l'ARS pour avis.

Le cas échéant, les financements sollicités seront considérés comme non opposables.

➤ Modalités de présentation :

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

➤ Calendrier :

Les PPI peuvent être déposés à tout moment de l'année. L'autorité de tarification dispose d'un délai de 60 jours pour faire connaître son opposition (approbation tacite au-delà de ce délai).

Annexe 6 : Plan de retour à l'équilibre

Dès constat de trois exercices déficitaires, l'OG/ESMS devra obligatoirement fournir un Plan de Retour à l'Equilibre.

Annexe 7 : Convention d'habilitation à l'aide sociale territoriale

L'OG/ESMS fournit la convention le cas échéant.

Annexe 8 : Arrêté portant autorisation des frais de siège

Les frais de siège sont les frais généraux d'administration et de direction générale engagés par l'organisme gestionnaire pour les besoins de l'ensemble de ses établissements et services.

La loi 2002-2 donne la possibilité aux établissements et services médico-sociaux de prendre sur leur budget une quote-part des dépenses relatives au siège de l'organisme gestionnaire.

Le financement de ces frais est subordonné à l'octroi d'une autorisation qui fixe la nature des prestations matérielles et intellectuelles qui ont vocation à être prises en compte.

L'autorisation est délivrée, pour une durée de 5 ans, par l'autorité administrative compétente à savoir l'ARS de Corse sous la forme d'un arrêté, après étude du dossier transmis par l'organisme gestionnaire.

Le cas échéant, l'OG doit joindre l'arrêté portant autorisation des frais de siège en annexe 8 du CPOM ou renseigner le dossier de demande d'autorisation des frais de siège disponible sur le site Internet de l'ARS.

Annexe 9 : Eléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM

Le gestionnaire doit lister les objectifs du CPOM sanitaire susceptibles d'impacter la réalisation du CPOM médico-social.

Cette annexe **ne concerne que les gestionnaires ayant, par ailleurs, signé un CPOM sanitaire**

FICHES RESSOURCES

Fiche ressource n°1- Bientraitance / Maltraitance secteur personnes âgées

CONTEXTE (national et/ou régional) :

La proximité des notions de bientraitance et de maltraitance signale une profonde résonance entre ces dernières dans la mesure où la bientraitance vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur, co-auteur de son parcours de prise en charge, en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance.

La promotion de la bientraitance est une démarche volontariste basée sur les fondamentaux suivants : culture du respect de la personne, de son histoire, de sa dignité, de sa singularité, de ses besoins. Conformément à l'esprit de la loi du 2 janvier 2002, cette démarche de promotion de la bientraitance implique d'assurer :

- Le respect des droits et choix de l'utilisateur ;
- La personnalisation de l'accueil et l'accompagnement de l'utilisateur dans la structure ;
- L'expression de l'utilisateur et sa légitimité ;
- Le respect des bonnes pratiques professionnelles en vigueur de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux.

La maltraitance recouvre pour sa part des faits très différents les uns des autres. La frontière est souvent ténue entre maltraitance avérée et risque de maltraitance, et il peut être difficile de déterminer précisément où elle commence et où elle s'arrête. Il est donc essentiel, de sensibiliser les professionnels à travers une formation prioritaire, sur les différents aspects de la maltraitance, notamment, l'existence d'une maltraitance « ordinaire », langage irrespectueux ou dévalorisant, abus d'autorité, absence de considération et d'autres cas de maltraitance qui amènent une violence physique et psychologique.

ENJEUX :

- Améliorer l'accueil en établissement afin de permettre une meilleure qualité de vie des personnes accueillies en EHPAD ;
- Assurer la protection et le bien-être physique et moral des personnes accueillies en EHPAD ;
- Garantir le respect des principes de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Opérer la promotion de la bientraitance et le respect des bonnes pratiques professionnelles ;
- Prioriser la personne bénéficiaire comme étant l'interlocuteur principal, en impliquant les familles et en favorisant la compréhension et l'échange dans la transmission des informations ;
- Privilégier l'anticipation à la réaction, via des espaces de dialogue, la formation ou encore une politique globale de bientraitance, afin de prendre soin à la fois des individus et du collectif.

OBJECTIFS REGIONAUX :

PREVENIR :

- S'assurer que chaque personne accueillie en EHPAD dispose d'un projet d'accueil et d'accompagnement et de soins ;
- Permettre un développement des compétences des professionnels intervenant en EHPAD au travers d'un soutien au plan de formation instauré dans chaque établissement ;
- Assurer un fonctionnement et une organisation au sein des EHPAD en adéquation avec les bonnes pratiques en vigueur ;
- Faciliter le maintien des relations entre les résidents et leurs proches, en recueillant, leurs souhaits en matière de maintien ou de facilitation des relations possibles avec l'établissement ;
- Impliquer tous les professionnels dans la vie sociale des résidents ;
- Valoriser les initiatives innovantes d'accompagnement des usagers ;

- Etablir collectivement une procédure d'accompagnement des résidents en cas d'absence d'un des membres de l'équipe (Cette initiative donnera de la visibilité sur les rôles des uns et des autres en cas de situation dégradée, renforcera la solidarité au sein de l'équipe et assurera la qualité du service auprès des résidents) ;
- Engager un plan d'action par le responsable d'établissement et les encadrants dans la prévention et le traitement de la maltraitance.

GERER :

- Recueillir auprès des résidents leurs attentes en matière d'activités individuelles et collectives permettant la co-construction du programme d'animation et optimiser sa mise en relation ;
- Inviter les proches à participer aux activités d'animation de la vie sociale selon leur désir et leurs possibilités avec l'accord des résidents ;
- Faciliter les sorties en famille, de quelques heures à des séjours plus longs ;
- Renforcer l'efficacité du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ;
- Inclure un volet sur la vie sociale dans le projet d'établissement ;
- Organiser des retours d'informations avec les salariés pour évoquer les questions relatives aux modalités de prise en charge et les aspects liés à la satisfaction des usagers ;
- Encourager la constitution d'espaces de débats et de discussion par étage ou unité de vie.

EVALUER :

- Compléter et transmettre à l'ARS, via le point focal régional, le formulaire réglementaire utilisé pour informer l'ARS de tout évènement indésirable survenu dans l'EHPAD ;
- Engager une réflexion systématique à la suite d'évènement indésirable grave (EIG) sur les mesures à mettre en place afin de pouvoir remédier et prévenir tout dysfonctionnement futur.

INDICATEURS DE SUIVI :

➤ **Indicateurs de bientraitance :**

- Pourcentage annuel des résidents disposant d'un projet personnalisé (PP) ;
- Pourcentage des PP ayant fait l'objet une évaluation et d'une réactualisation durant l'année ;
- Nombre d'évènements indésirables graves (EIG) signalés annuellement par l'OG/ESMS aux autorités de tarification ;
- Pourcentage annuel des personnels ayant bénéficié d'une formation de promotion de la bientraitance.

➤ **Indicateurs de la qualité des prestations :**

- Taux de satisfaction ou recommandation à évaluer à travers une enquête annuelle à mener auprès des usagers sur les quatre prestations suivantes : repas, animations, prise en charge des soins, lieu de vie ;
- Pourcentage d'animations (collectives et/ou individuelles) prévues dans les projets personnalisés ;
- Nombre moyen de résidents par animation proposée.

Fiche ressource n°2- La prévention de la perte d'autonomie en EHPAD

CONTEXTE (national et/ou régional) :

Les actions de prévention développées en milieu ordinaire doivent trouver un relais au sein des ESMS en général et des EHPAD en particulier. En effet, la perte d'autonomie peut trouver son origine dans des comportements inadaptés qui induiront à terme la survenue d'accidents pouvant entraîner pour la personne âgée handicapée ou non une perte de son degré d'autonomie. La prévention et la promotion de la santé, plus généralement, doivent donc être considérées comme des axes stratégiques dans la détermination de la politique de prise en charge en EHPAD.

ENJEUX :

- Améliorer la qualité de vie des résidents en EHPAD en prévenant la survenue d'accidents de vie pouvant altérer le degré d'autonomie ;
- Augmenter l'espérance de vie sans incapacités, développer des conditions de bien-être physique et moral pour les résidents ;
- Développer la notion de gestion du risque (GDR).

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Prévenir la dénutrition des personnes en perte d'autonomie ;
- Diminuer le nombre de chutes afin d'éviter les hospitalisations pour cause de fracture ;
- Diminuer le risque de comorbidité ayant pour notamment pour cause un mauvais état bucco-dentaire pouvant participer à la dénutrition ;
- Mieux dépister les cancers.

INDICATEURS DE SUIVI :

- **En matière de formation :**
 - Pourcentage annuel de professionnels de prise en charge formés aux problématiques liées à la prévention (nutrition, chutes, santé bucco-dentaire).
- **En matière de nutrition :**
 - Pourcentage d'usagers ayant réalisé à leur admission un test de dépistage MNA ;
 - Pourcentage d'usagers faisant l'objet d'un suivi mensuel (courbe de poids avec analyse) ;
 - Nombre d'usagers ayant fait l'objet d'un dosage annuel d'albumine.
- **En matière de prévention des chutes :**
 - Nombre annuel d'actions de formation visant à induire un comportement adapté et personnels ;
 - Nombre de chutes déclarées et annuellement.
- **En matière de santé bucco-dentaire :**
 - Pourcentage des nouveaux résidents faisant l'objet d'un bilan à l'entrée ;
 - Pourcentage des résidents faisant annuellement l'objet d'un suivi dentaire par un professionnel spécialisé.

Fiche ressource n°3- La prévention et la gestion des risques associés aux soins

CONTEXTE (national et/ou régional) :

Le Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins PROPIAS a posé la nécessité d'un programme national transversal au sein des trois secteurs de l'offre de soins : établissements de santé, soins de ville et secteur médico-social, visant au-delà de la lutte contre les infections associées aux soins (IAS), la prise en compte du risque infectieux dans son ensemble. Le risque infectieux épidémique représente un problème majeur de santé publique dans les ESMS en général, et les EHPAD en particulier, en raison de la fragilité des personnes qui y résident et du risque de transmission croisée.

La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 a renforcé les axes de prévention et de maîtrise de l'antibiorésistance notamment à travers son axe 1 (promouvoir l'application des règles d'hygiène individuelle et collective ainsi que préserver l'efficacité des antibiotiques) et l'axe 3 (développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins).

Par ailleurs, les évolutions réglementaires renforcent l'obligation de signalement à l'ARS de tout évènement susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population ou sur le fonctionnement de l'offre de soins, et de tout évènement grave associé aux soins (EIGS), par l'ensemble des professionnels de santé, établissements de santé et structures médico-sociales.

ENJEUX :

- Le développement dans le secteur médico-social de la culture de la gestion des risques impulsée par le Ministère en engageant d'une part les structures dans la démarche de signalement et d'autre part en développant la dynamique d'analyse de tous les évènements indésirables signalés, en particulier les EIGS ;
- Le développement dans chaque ESMS d'une politique de prévention des risques infectieux adaptée et réactive ;
- La prévention de l'antibiorésistance, problématique particulièrement prégnante dans certaines structures du secteur médico-social.

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Renforcer la démarche de signalements interne et externe d'EIGS, d'IAS et de tout épisode épidémique infectieux ;
- Disposer au niveau de l'ARS et du centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) des signalements systématiques de la part des ESMS, des épisodes épidémiques réunissant l'ensemble des critères d'alerte ;
- Développer une démarche d'analyse de tous les évènements indésirables identifiés, notamment les EIGS ainsi que de la mise en place des actions correctrices correspondantes à travers la désignation d'un référent au sein de chaque ESMS ;
- Détecter le plus précocement possible les phénomènes infectieux épidémiques afin de limiter leur diffusion au sein de la collectivité ;
- Maîtriser la survenue d'IAS par la mise en place d'une organisation fondée sur des procédures établies conformément aux recommandations en vigueur et assurer ainsi au sein de chaque ESMS la mise en place rapide d'actions permettant de maîtriser les cas groupés des pathologies ciblées (IRA, GEA,) ainsi que tout cas, source potentielle d'un épisode infectieux épidémique concernant les entérobactéries à large spectre élargi (EBLSE), les bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) et les infections à Clostridium Difficile ;
- Dans le cadre de la réalisation du document d'analyse des risques infectieux (DARI), mettre en œuvre un plan d'actions prioritaires ciblées de prévention et maîtrise du risque infectieux ;
- Rationaliser la consommation d'antibiotiques dans le cadre de la lutte contre l'antibiorésistance : disposer de prescriptions d'antibiotiques réévaluées à J3 et à J7 ;
- Disposer d'une couverture vaccinale efficace contre la grippe des résidents et du personnel en EHPAD par la mise en œuvre d'une politique active d'information sur la vaccination et

l'organisation d'une campagne annuelle de vaccination du personnel et professionnels de santé ;

- Sensibiliser le personnel aux vaccinations recommandées par le calendrier vaccinal en vigueur.

INDICATEURS DE SUIVI :

- Nombre de signalements annuels, par tous moyens à disposition, des GEA/IRA à l'ARS et au CPIAS ;
- Nombre de signalements annuels des EBLSE, BHRé et infections à Clostridium Difficile à l'ARS et au CPIAS ;
- Taux d'évènement indésirable ayant fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle ;
- Nombre et taux de prescriptions antibiotiques ayant fait l'objet d'une réévaluation à J3 et à J7 pour une période donnée (à minima un mois) ;
- Nombre et taux de résidents et de personnels vaccinés contre la grippe annuellement.

INTERLOCUTEURS ARS :

Pour tout signalement

Point focal régional **Le Point Focal Régional (PFR)**

Alerter, signaler, tout évènement indésirable sanitaire, médico-social ou environnemental, maladie à déclaration obligatoire et épidémie

24h/24 - 7j/7

Tél. : **04.95.51.99.88**

Fax : **04.95.51.99.12**

Courriel : ars2a-alerte@ars.sante.fr

Responsable de la qualité et sécurité de l'offre de santé - référent « risque infectieux » :

Laurence BUREL VARINI

Fiche ressource n°4- Sécurité et qualité de la prise en charge médicamenteuse

CONTEXTE (national et régional) :

Les personnes âgées constituent une catégorie de population particulièrement exposée à la iatrogénie médicamenteuse en raison des nombreux facteurs de risque, inhérents notamment à l'âge, aux pathologies chroniques et aiguës imbriquées, aux médicaments associés... Cette polypathologie et cette polymédication s'accompagnent d'un risque accru de prescriptions inappropriées, d'interactions entre les médicaments et d'effets indésirables.

En moyenne :

- Les personnes entre 75 et 84 ans consomment 4 médicaments par jour ;
- La moitié des personnes de plus de 75 ans prennent au moins 5 médicaments durant un trimestre ;
- Une utilisation de médicaments inappropriés a été retrouvée chez 53,5 % des patients de plus de 75 ans.

La iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées représente, par le nombre important et croissant de sujets concernés et par ses conséquences, un véritable enjeu de santé publique.

Après 65 ans, 10% des motifs d'hospitalisation sont liés à une pathologie médicamenteuse, plus de 20% après 80 ans.

L'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est une réelle priorité tant en ville qu'à l'hôpital concernant une population appelée à croître fortement dans les années à venir et faisant partie des catégories des patients à risque.

La prise en charge médicamenteuse dans les établissements médico-sociaux avec PUI est définie par les dispositions de l'arrêté de 31 mars 1999 modifié⁴.

Concernant les EHPAD sans PUI, fortement majoritaires en Corse, il n'existe que quelques articles du CASF et du CSP qui s'appliquent à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, de nombreux textes sont attendus afin de sécuriser le circuit du médicament dans ces établissements :

- Un arrêté relatif à la convention-type liant un EHPAD et une ou plusieurs officines (cf article L.5126-6-1) en ce qui concerne la délivrance des médicaments ;
- Un décret relatif à la préparation des doses à administrer ;
- L'article D.312-158 du CASF, imposant au médecin coordinateur de rédiger, avec l'aide u pharmacien, la liste des médicaments à utiliser préférentiellement. Cette liste est propre à chaque EHPAD, selon la typologie des résidents.

Dans le cas d'un approvisionnement d'un EHPAD par une ou plusieurs officines, seul l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation s'applique, à l'officine.

ENJEUX :

- Accompagner les EHPAD avec et sans PUI dans la mise en place des obligations réglementaires relatives aux bonnes pratiques quand elles existent et les conseiller utilement pour améliorer la prise en charge médicamenteuse ;
- Améliorer la sécurisation du circuit du médicament en EHPAD ;
- Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse ;
- Sensibiliser et impliquer les acteurs de la prise en charge des personnes âgées : médecins traitants, médecins coordonnateurs, pharmaciens PUI ou pharmaciens d'officine, IDE, Cadre Infirmier, Aide Soignants, résidents et familles ;
- Assurer, en partenariat avec l'OMEDIT PACA CORSE, la mise en place d'une formation spécifique relative aux exigences en matière de prise en charge médicamenteuse.

⁴ Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur.

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Assurer une prise en charge de qualité en EHPAD permettant le recours non systématique à l'hospitalisation ;
- Diffuser au sein des EHPAD une culture de gestion du risque pour améliorer la qualité de la prise en charge des résidents, dans un souci d'efficience ;
- Disposer au sein de chaque EHPAD de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement rédigée par le médecin coordinateur et le (les) pharmaciens (propre à chaque EHPAD, selon la typologie des résidents) ;
- Opérer une réduction des prescriptions inadaptées en favoriser l'utilisation de médicaments d'un haut niveau de preuve chez l'adulte et sans risques majeurs pour les personnes âgées ;
- Promouvoir la réalisation d'autodiagnostic relatif à la prise en charge médicamenteuse en diffusant des outils pertinents⁵ ;
- Intégrer dans le plan de formation du personnel soignant la iatrogénie médicamenteuse et l'amélioration de prise en charge médicamenteuse.

ACTIONS SPECIFIQUES A DEVELOPPER :

Exemples :

- *Inclure les EHPAD dans un plan d'inspection pluriannuel afin de les accompagner dans l'amélioration du circuit du médicament ;*
- *Réaliser une journée régionale annuelle où on pourra partager les outils déjà rédigés sur la sécurisation du circuit du médicament ;*
- *Diffuser des outils sur la liste des médicaments inappropriés chez la personne âgée, sur l'autodiagnostic, sur la liste des médicaments préférentiellement utilisés ;*
- *Travailler à des outils spécifiques pour nos EHPAD avec l'OMEDIT Paca-Corse*

INDICATEURS DE SUIVI :

- Nombre de conventions signées avec des pharmacies d'officine (dans l'attente de la convention-type) ;
- Pourcentage de personnels formés aux obligations réglementaires, aux bonnes pratiques et à la problématique de la iatrogénie ;
- Existence d'un protocole relatif au circuit du médicament en EHPAD sans PUI dans chaque EHPAD ;
- Nombre de participants à la journée régionale ARS ;
- Existence de listes des médicaments à utiliser préférentiellement mises en place ou de tout autre outil de sécurisation ;
- Réévaluation annuelle de l'autodiagnostic sur le circuit du médicament.

INTERLOCUTEURS ARS :

- Référent médical : Docteur Catherine Suard
Tél : 04 95 38 68 14
catherine.suard@ars.sante.fr
- Référent pharmaceutique : Dr Laurence CHANTOISEAU
04 95 51 99 86
laurence.chantoiseau@ars.sante.fr

⁵ L'Outil Inter Diag "Prise en charge Médicamenteuse" en EHPAD sans PUI : Plan d'actions de l'ANAP (appui en santé et médico-social) sur le site : <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/prise-en-charge-medicamenteuse-des-residents-en-ehpad/>

Fiche ressource n°5- : Accompagnement et prise en charge des personnes atteintes de Maladie Neuro –Dégénérative

CONTEXTE (national et/ou régional) :

L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une prévalence des maladies neuro-dégénératives nécessitant de la part des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de s'adapter pour proposer un accompagnement de qualité. Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019 s'est inscrit dans la continuité du plan Alzheimer en intégrant les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et les personnes atteintes de SEP. Dans l'attente de l'adoption d'un nouveau plan national, il importe de poursuivre les orientations précédemment définies. En effet, la prise en charge d'une personne âgée souffrant d'une maladie neurodégénérative (MND) pose des problèmes particuliers qui, au cours de l'évolution de la maladie, peuvent s'avérer insurmontables pour l'entourage. L'apparition de troubles du comportement, la nécessité d'une présence constante, le retentissement de la santé de l'aidant peuvent mettre en échec tous les dispositifs de maintien à domicile. L'établissement d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) devient alors la structure de référence pouvant accueillir ces personnes à des stades de plus en plus évolués. Dans ce contexte, l'adaptation des modalités d'organisation des EHPAD aux besoins spécifiques des personnes atteintes des MND, constitue une nécessité afin d'une part de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de ces personnes et d'autre part d'éviter des hospitalisations répétées. Les services de soins à domicile comme les accueils de jour concourent à accompagner de façon sécurisée les usagers à domicile et à soutenir les aidants dans leur quotidien.

ENJEUX :

- Améliorer l'accueil en établissement afin de permettre une prise en charge spécifique et sécurisée et une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de maladies neurodégénératives ;
- Renforcer les structures de répit afin d'apporter un soutien accru aux aidants.

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Diversifier et développer l'offre de prise en charge à destination des personnes atteintes de MND en EHPAD ;
- Doter l'ensemble des EHPAD de la région d'un projet d'établissement intégrant le projet spécifique sur l'accompagnement des personnes présentant une MND via des moyens dédiés ;
- Renforcer la spécialisation et la professionnalisation des prises en charge en développant les compétences et la formation des professionnels en EHPAD et en services (SSIAD-AJ) ;
- Structurer la filière de prise en charge des maladies neurodégénératives en sécurisant les pratiques tant à domicile qu'en établissement.

INDICATEURS DE SUIVI :

- Existence d'une unité dédiée et sécurisée au sein de l'EHPAD (PASA, UHR, unité de vie protégée, etc.) ;
- Taux d'occupation de la structure par modalité d'accueil (HP, HT, AJ) ;
- Pour les SSIAD : reprise des indicateurs contenus dans le projet SSIAD renforcé ;
- Pourcentage annuel des professionnels formés à l'accompagnement des MND ;
- Pourcentage des Projets Personnalisés spécifiques, avec volet sur la qualité de la vie et volet thérapeutique (interventions thérapeutiques non médicamenteuses).

Fiche ressource n°6- Accompagnement et prise en charge des soins complexes et de la fin de vie

CONTEXTE (national et/ou régional) :

La prise en charge globale des résidents hébergés au sein d'EHPAD s'entend de l'organisation de leur entrée jusqu'à leur accompagnement dans les derniers instants de leur vie. La prise en charge de la fin de vie doit s'organiser au sein de chaque EHPAD afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins des résidents ; que ceux-ci nécessitent un accompagnement ou une prise en charge en soins palliatifs.

Concernant ce dernier point, la coopération entre les EHPAD et les structures ad'hoc – Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) et Hospitalisation à Domicile (HAD) – doit être renforcée dans un objectif de complémentarité des compétences auprès du résident dont l'état le nécessite.

Conformément aux orientations du PRS, les SSIAD doivent également faire évoluer une part de leur activité autour de modalités d'accompagnement renforcé permettant une sécurisation du domicile et une continuité des parcours.

ENJEUX :

- Assurer aux résidents d'EHPAD que leur fin de vie fera l'objet d'une prise en charge adaptée au sein de leur lieu de vie habituel (prise en charge de la douleur, accompagnement psychologique, soutien aux équipes soignante, etc.) en tenant compte de leurs directives anticipées ;
- S'assurer qu'une juste coordination EHPAD-EMSP et/ou HAD soit organisée et mise en œuvre ;
- Sécuriser l'accompagnement à domicile des usagers non hospitalo-requérants mais nécessitant une prise en charge médico-sociale renforcée.

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Valider que chaque EHPAD intègre la prise en charge de fin de vie dans son projet d'établissement/projet médical (protocoles, organisation de formations, recours à l'EMSP et/ou HAD quand nécessaire, etc.) ;
- Valider qu'une convention opérationnelle soit passée entre chaque EHPAD et l'EMSP et/ou HAD territorialement compétente ;
- Valider que chaque SSIAD déploie une offre d'accompagnement renforcée dont le déploiement pourra également s'organiser avec les HAD et EMSP afin d'éviter toute rupture de parcours notamment sur les territoires les plus isolés.

INDICATEURS DE SUIVI :

- Existence d'une formalisation sur l'accompagnement de fin de vie dans le projet d'établissement/projet médical ;
- Pourcentage annuel des professionnels formés à l'accompagnement de la fin de vie ;
- Nombre d'interventions annuelles de l'EMSP ;
- Nombre de journées produites ou de personnes prises en charge par l'HAD au sein de l'EHPAD ;
- Pourcentage de résidents pour lesquelles des directives anticipées sont formalisées ;
- Taux d'activité de SSIAD renforcé.

Fiche ressource n°7- Transformation de l'offre du secteur personnes âgées

CONTEXTE (national et/ou régional) :

Les établissements et services médico-sociaux du secteur de la dépendance présentent globalement, et depuis plusieurs années, des taux d'occupation traduisant une inadéquation partielle de l'offre proposée avec les besoins de la population. Ce constat doit amener les organismes gestionnaires ainsi que les autorités de tarification à envisager une évolution de cette offre permettant une meilleure efficacité de l'organisation médico-sociale ainsi que sa pérennité.

Les évolutions envisagées sont l'occasion de pouvoir développer des modalités d'accompagnement plus modernes reposant sur une ouverture vers l'extérieur (pour les EHPAD) plus importante ainsi que sur une spécialisation des interventions (pour les SSIAD) et une agilité des organisations (accueil de jour).

De plus, l'avancée en âge de la population des personnes handicapées est une réalité qui implique de mener une réflexion de la part de tous les acteurs afin de garantir une meilleure qualité de vie tout au long de l'accompagnement, et de développer et diversifier les dispositifs.

ENJEUX :

- Optimiser le capacitaire existant en Corse ;
- Adapter l'offre d'accompagnement aux besoins de la population ;
- Développer des modalités de prise en charge innovantes et sécurisées pour favoriser le maintien des personnes âgées (PA) dans leur bassin de vie ;
- Personnaliser et adapter régulièrement la prise en charge de la personne vieillissante y compris la personne handicapée vieillissante dans le projet de vie (adaptation des pratiques, intégration de la famille, des habitudes de vie, évolution dynamique du projet de vie, etc.).

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Améliorer les taux d'occupation des ESMS : 95% pour les EHPAD, 90% pour les SSIAD et les AJ ;
- Transformer l'offre existante pour développer des modalités d'accompagnement complémentaires (ex : hébergement temporaire, EHPAD hors les murs, etc.) ;
- Pour les SSIAD : assurer la pérennité des SSIAD en les spécialisant sur les prises en charge complexes à domicile de certaines pathologies (MND), handicap (psychique, TND) ;
- Développer la téléconsultation en EHPAD ;
- Impulser une dynamique de prévention des situations complexes du point de vue social, sanitaire et médico-social.

INDICATEURS DE SUIVI :

- Taux d'occupation de la structure par type d'hébergement ;
- Pour les SSIAD : nombre de passages journaliers par catégorie de GIR, nombre de personnes n'ayant pu être prises en charge ;
- Pourcentage annuel de résidents ayant bénéficié de la téléconsultation ;
- Nombre de réunions projet visant la transformation de l'offre ;
- Nombre d'acteurs issus des différentes instances (CVS, personnels, etc.) ayant participé au groupe projet.

Fiche support n°8- Adapter l'offre de prise en charge aux besoins recensés sur le territoire en développant l'accessibilité à l'aide sociale

CONTEXTE :

L'habilitation à l'aide sociale un élément de réponse de la politique menée par la Collectivité de Corse en faveur des personnes âgées et ou handicapées dépendantes en ce qui concerne l'accessibilité financière en EHPAD.

La prise en charge de la prestation « hébergement » est assurée en tout ou partie par la Collectivité de Corse selon des règles fixées par le code de l'action sociale et des familles et le règlement des aides et des actions sociales et médico-sociales de Corse.

ENJEUX :

Viser un taux d'occupation cible des lits habilités à l'aide sociale à 95%, afin de répondre aux besoins identifiés du territoire et assurer un équilibre financier de l'établissement sur les places habilitées à l'aide sociale.

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Dynamiser les places habilitées à l'aide sociale au sein de l'établissement ;
- Répondre aux besoins identifiés sur le territoire ;
- Promouvoir l'accessibilité géographique en permettant l'accès des personnes âgées bénéficiant de l'aide sociale dans leur bassin de vie ;
- Viser un taux d'occupation cible des lits habilités à l'aide sociale à 95%.

ACTIONS SPECIFIQUES A DEVELOPPER PAR L'ETABLISSEMENT :

Organiser une communication active auprès des différents partenaires sociaux et médico-sociaux afin de développer l'offre proposée par l'établissement et augmenter ainsi le taux de remplissage des lits au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

INDICATEURS DE SUIVI :

- Taux d'occupation des places habilitées à l'aide sociale par année ;
- Nombre d'actions de communication auprès des différents partenaires territoriaux afin de promouvoir l'offre d'habilitation à l'aide sociale de l'établissement ;
- Part des résidents bénéficiaires de l'aide sociale ayant leur domicile de secours à moins de 30 kms de l'établissement/an ;
- Part des bénéficiaires à l'aide sociale dans le total des places autorisées/an ;
- Répartition des personnes accueillies bénéficiant de l'aide sociale selon leur profil (personne seule, couple) ;
- Taux d'évolution du prix de journée aide sociale par année.

Fiche support n°9- Mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail

CONTEXTE :

La démarche qualité de vie au travail (QVT) se déploie progressivement au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. Agents, personnels d'encadrement et de direction ont leurs propres représentations et regards sur le sujet. La qualité de vie au travail représente un enjeu fort dans la mise en place des stratégies des établissements car elle impacte les institutions dans leurs aspects social, organisationnel et économique. Au-delà d'un enjeu de santé et de bien-être au travail des professionnels, la QVT est un préalable indispensable à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents.

Aussi, prendre le temps nécessaire afin de concevoir une démarche QVT adaptée à l'établissement est une condition incontournable du succès des actions futures en faveur de l'amélioration des conditions de travail. Il s'agira alors d'identifier les objectifs généraux et le cadre de la démarche, d'esquisser une méthode, de constituer un comité de pilotage et de mobiliser tous les acteurs concernés.

La QVT doit être considérée comme un facteur-clé d'amélioration de la performance et de la qualité de l'accompagnement.

C'est une démarche qui doit être initiée spontanément par l'ESMS, et qui doit être endossée par les équipes elles-mêmes, pour être efficace.

ENJEUX :

- Poursuivre la démarche de QVT au sein de l'établissement ;
- Contribuer à la montée en compétence des équipes sur la démarche de QVT, en développant la formation et l'accompagnement des parcours professionnels ;
- Evaluer et prévenir les risques psycho-sociaux.

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Engager une réflexion approfondie et transversale sur les enjeux de performance économique et sociale de l'EHPAD ;
- Accompagner les équipes par la supervision et l'analyse régulière des pratiques professionnelles ;
- Faire de la QVT un levier de la qualité de service (relations de travail / climat social : participation – dialogue social – discussions de travail – relations avec collègues – relations managériales – équité – justice organisationnelle) ;
- Mettre en place des actions adaptées pour améliorer la QVT, en collaboration avec le Comité Social et Economique ;
- Intégrer la QVT dans l'aménagement des locaux, l'organisation générale des équipes, l'organisation de la prise en charge, la coordination interne (liens équipe soignante/équipe d'animation) ainsi que dans tous les actes sanitaires et médicaux dédiés ;
- Inscrire la QVT dans le projet d'établissement par le biais du projet social, afin de fixer de façon pérenne l'engagement de l'établissement dans la promotion de la démarche ;
- Mettre en place une évaluation en continu des actions entreprises dans l'établissement pour l'amélioration de la QVT, avec à la clef un apprentissage collectif ;
- Évaluer l'évolution nécessaire des compétences des personnels afin d'éviter le glissement des tâches (contenu du travail : autonomie - sens du travail - relations avec les patients - responsabilisation - qualité des soins - travail en équipe) ;
- Définir un plan de formation, en prenant en compte les orientations du projet social au sein de projet d'établissement, à travers une démarche participative ;
- Elaborer et mettre en œuvre un Plan des Risques Psycho-sociaux, afin d'établir un diagnostic et un plan d'actions correspondant aux besoins identifiés au sein de l'établissement (ce plan peut revêtir la forme d'une Charte du « travailler ensemble » visant à regrouper les attitudes et les savoirs-être, afin d'améliorer la qualité des relations et de la communication entre les salariés, mais également à mettre en avant les actions positives déjà réalisées. Connu de tous, ce document doit constituer le socle des valeurs de l'établissement).

INDICATEURS D'EVALUATION :

- Tableaux de bord (ANAP) :
 - Le taux d'absentéisme (hors CPE, maternité et CSS) pour une vision plus juste de l'absentéisme,
 - Taux d'inaptitude, taux de reclassement, taux de maladies professionnelles,
 - Le taux de rotation du personnel,
 - Les ETP vacants,
 - La répartition des ETP par fonction ;
- Nombre prévisionnel de départs à la retraite ;
- Nombre d'actions de formation par salarié par année ;
- Evaluation par le biais d'un questionnaire de la qualité de vie au travail par les salariés ;
- Nombre de réunions pluridisciplinaires dans le cadre du projet d'amélioration de la qualité de vie au travail.