Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens 20XX-20XX

Nom de l'établissement …

Ville …

LOGO CD LOGO Gestionnaire

Socle contractuel

Entre,

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

L’Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, représentée par le Directeur Général ;

Le Conseil départemental de XXXX représenté par son Président ;

Et d’autre part,

La personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l’article L313-12 du code de l’action sociale et des familles

**Visas et références juridiques**

VU le code de l’action sociale et des familles et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

VU la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé et notamment son article 158 ;

VU le Code Général des Collectivités Territoriales

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

VU le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l’article L313-12 du code de l’action sociale et des familles

VU le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l’article L312-1 du code de l’action sociale et des familles

VU le Projet régional de santé ;

VU le Schéma départemental ;

VU l’arrêté en vigueur fixant la programmation prévisionnelle des Contrats Pluriannuels d’Objectifs et de Moyens des Etablissements et Services Médico-Sociaux du département de XXX accueillant des Personnes Agées ou des Personnes en situation de Handicap ;

VU la délibération du conseil d’administration du gestionnaire (Nom de l’association, de l’entreprise, de l’établissement public XXX) en date du XX/XX/XXXX ;

VU la (les) date(s) de la (des) dernière(s) CTP à effet au XXX ;

VU l’avenant de proroga tion en date du (le cas échéant) ;

VU la date de la rencontre de négociation du XXX ;

VU le guide de la contractualisation ;

**Il a été conclu ce qui suit :**

**Préambule**

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement substitue un Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens (CPOM) à la convention tripartite signée par chaque EHPAD avec l’Agence Régionale de Santé et le Département et à la convention d’habilitation à l’aide sociale départementale.

Le CPOM constitue un outil d’amélioration continue de la qualité en référence aux recommandations de bonnes pratiques édictées par l’ANESM et la HAS et conformément aux principes élémentaires de la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l’article L 311-4 du code de l’action sociale et des familles, garantissant à toute personne âgée les meilleures conditions de vie, d’accompagnement et de soins.

Le CPOM doit permettre de mieux répondre aux enjeux d’accompagnement des usagers en introduisant une approche sur le parcours de la personne et une logique de partenariats renforcés. Il constitue un outil favorisant la structuration de l’offre médico-sociale sur le territoire, afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

Le CPOM est également un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du PRS et des schémas départementaux. Il s’appuie sur les projets stratégiques des organismes gestionnaires, dans la limite des objectifs et priorités des différents schémas.

Dans une logique d’optimisation du fonctionnement des structures, alliant qualité de la prise en charge et efficience de fonctionnement, la référence à une capacité optimale est recherchée.

Le décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d’organisation et de fonctionnement des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes rappelle que les EHPAD fournissent à chaque résident, à minima, le socle de prestations d’hébergement prévu aux articles D.312-159-2 et D.342-3, proposent et dispensent les soins médicaux et para-médicaux adaptés, des actions de prévention de la perte d’autonomie et d’éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée. Ils mettent en place avec la personne accueillie un projet d’accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l’exercice des droits des personnes accueillies.

Le contrat est l’outil privilégié de gestion fondé sur les principes de transparence et d’échange.

La procédure de l’Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses dont relèvent les EHPAD implique la mise en œuvre d’une gestion financière et budgétaire équilibrée sur la durée du CPOM.

**Titre 1 – OBJET DU CONTRAT**

**Article 1 – Identification du gestionnaire et périmètre du contrat**

Le gestionnaire présente les caractéristiques figurant en annexe 1.

Le contrat couvre les ESMS dont les caractéristiques sont détaillées en annexe 1.

**Article 2 – Diagnostic partagé**

Les besoins de la personne âgée en perte d’autonomie s’inscrivent dans une logique territoriale dont l’EHPAD est un acteur, prestataire de services mettant à disposition ses ressources.

Le diagnostic partagé repose sur les éléments suivants :

* l’analyse des indicateurs FLASH
* l’analyse des indicateurs du tableau de bord ANAP
* le cas échéant, le suivi des indicateurs départementaux
* le suivi des inspections des établissements ou services
* les préconisations des évaluations internes et externes
* les résultats de l’enquête patrimoine

Ce diagnostic fait l’objet d’une synthèse partagée (annexe 2) entre les parties au contrat.

**Article 3** **– Objectifs stratégiques fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé**

Les objectifs stratégiques négociés sont précisés en annexe 4. Ils résultent du diagnostic partagé et reposent sur les priorités définies dans le PRS et les schémas départementaux.

Le CPOM fixe les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat. Le gestionnaire s’engage à réaliser les objectifs présentés, conformément au calendrier de réalisation déterminé conjointement.

Les objectifs du gestionnaire sont regroupés selon 5 axes :

* Qualité du service rendu à l’usager
* Maîtrise des risques
* Contribution aux parcours et à la réponse aux besoins territoriaux
* Renforcement de l’efficience de gestion et de gouvernance
* Coopérations avec d’autres ES ou ESMS non signataires du CPOM

**Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du contrat**

**4.1 Les modalités de détermination des dotations des établissements et services, parties au CPOM**

Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM sont précisées à l’annexe 5.

* Le forfait global relatif aux soins est égal à la somme des éléments suivants :
	+ Du résultat de l’équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l’article R314-162 du code de l’action sociale et des familles prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées en annexe 5.
	+ Des financements complémentaires mentionnés à l’article R314-163 du code de l’action sociale et des familles.

La part du forfait global de soins mentionnée à l’article R314-159 est modulée en fonction de l’activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l’établissement, dans les conditions fixées par l’article R 314-160 du code de l’action sociale et des familles. Les seuils de taux d’occupation sont prévus par l’arrêté du 28/09/17 relatif au seuil mentionné à l’article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des EHPAD relevant du I et II de l’article L. 313-12 du CASF.

La part des financements alloués aux activités d’accueil de jour et d’hébergement temporaire pourra faire l’objet d’une modulation en fonction de l’activité. Le seuil d’activité minimal de l’accueil de jour et de l’hébergement temporaire est fixé à 60% de la capacité autorisée. Cette modulation prendra également en compte le respect des taux de rotation des personnes accueillies, à minima 4 personnes par places et par an, sur l‘activité d’hébergement temporaire.

* Le forfait global relatif à la dépendance est égal à la somme des éléments suivants :
* Du résultat de l’équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d’autonomie des personnes hébergées par l’établissement prenant en compte la valeur de GMP validée et précisée en annexe 5.
* Des financements complémentaires définis dans le contrat prévu au IV ter de l’article L.313-12.

La part du forfait global relatif à la dépendance mentionnée au 1° de l’article R.314-172 est modulée en fonction de l’activité réalisée au regard de la capacité de places autorisées et financées d’hébergement permanent de l’établissement conformément aux dispositions de l’article R314-174 du code de l’action sociale et des familles.

* La tarification hébergement (*pour les EHPAD habilités totalement ou partiellement à l’aide sociale*) :

Le président du Conseil Départemental arrête les tarifs hébergement conformément aux articles R314-40, R314-42, R. 314-181 et R314-185.

Chaque département déterminera les modalités d’évolution de la tarification hébergement sur les 5 années du CPOM *(cf. article R314-40 du CASF)*.

Il est précisé que le tarif journalier moyen afférent à l'hébergement peut être modulé par l'organisme gestionnaire, ceci dans le cadre de l’article R. 314-182.

**4.2 Les modalités d’affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM**

Conformément à la règlementation, le CPOM fixe les modalités d’affectation des résultats en lien avec ses objectifs. Ces modalités sont mentionnées à  l’annexe 5

**4.3 Les frais de siège (*A SUPPRIMER LE CAS ECHEANT*)**

L’arrêté portant autorisation des frais de siège est joint en annexe 5 du présent contrat.

**Titre 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT**

**Article 1 – Le suivi et l’évaluation du contrat**

Il appartient au gestionnaire de mettre en place la gouvernance et les outils internes requis à ce suivi.

* Comité de suivi

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de représentants des signataires.

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

* Documents à produire

Le comité de suivi s’appuie sur un mémoire de situation synthétique et les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires.

* Les dialogues de gestion

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

* au cours de la troisième année, pour examiner la trajectoire de réalisation des objectifs fixés et déterminer des mesures correctrices le cas échéant ;
* au cours de la dernière année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

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

**Article 2 – Le traitement des litiges**

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

**Article 3 – La révision du contrat**

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

**Article 4 – La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.**

Il est mis fin à compter de la date d’entrée en vigueur du CPOM, à (aux) la convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) de (des) EHPAD signataires.

**Article 5 – La date d’entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM.**

Le CPOM entre en vigueur le 1er jour du mois suivant sa date de signature. Il est conclu pour une durée de 5 ans.

La durée initiale de cinq ans du contrat peut être prorogée pour une durée maximale d’un an, au cours de laquelle le contrat continue de produire ses effets, dans les conditions de formalités allégées décrites ci-après. Au plus tard six mois avant l’échéance prévue au contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens, une partie signataire souhaitant la prorogation simple du contrat le notifie aux autres parties signataires par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen permettant d’attester de la remise du document aux destinataires. Celles-ci ont un mois pour signaler leur accord ou leur désaccord par les mêmes moyens. A défaut de réponse dans ce délai, l’accord est réputé acquis. En cas de désaccord sur la prorogation entre les parties à l’issue de la période d’un mois, une négociation en vue de la conclusion d’un nouveau contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens est ouverte sans délai.

A l’échéance de la prorogation d’un an lorsque celle-ci a été convenue entre les parties, un avenant prolongeant d’un an le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens peut être conclu entre les parties. Cet avenant n’est pas renouvelable

**Titre 3 – LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM**

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

**ANNEXE 1 : Fiche signalétique présentant les caractéristiques du gestionnaire et des ESMS entrant dans le périmètre du contrat**

**ANNEXE 2 : Synthèse du diagnostic partagé : tableau de synthèse et des indicateurs mobilisables**

**ANNEXE 3 : Diagnostic partagé en matière de coopérations/mutualisations avec d’autres ES ou ESMS non signataires du CPOM** : **tableau de synthèse et des indicateurs mobilisables**

**ANNEXE 4 : - Tableau de Synthèse des objectifs****du CPOM**

* **4.1** **Qualité du service rendu à l’usager**
* **4.2 Maîtrise des risques**
* **4.3 Coordination du parcours et réponses aux besoins territoriaux**
* **4.4 Renforcement de l’efficience de gestion et de gouvernance**
* **4.5 Coopérations/mutualisations avec d’autres ES ou ESMS non signataires du CPOM**

**ANNEXE 5 : Eléments financiers**

**ANNEXE 6 : Eléments du contrat ou convention liant le gestionnaire à d’autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM (CPOM sanitaire)**

Fait à

Le,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le représentant légal de l’organisme gestionnaire | Le Présidentdu Conseil Départemental | Le Directeur Général de l’ARS |

**ANNEXES**

**ANNEXE 1**

**Fiche signalétique présentant les caractéristiques du gestionnaires et des ESMS entrant dans le périmètre du contrat**

* **Présentation du gestionnaire** :
	+ FINESS juridique :
	+ Statut :
	+ Présentation des différentes activités de l’OG :
	+ Organisation du siège :
	+ Caisse Pivot :
* **Périmètre du contrat** :

Pour les établissements habilités à l’aide sociale pour tout ou partie de leurs places, le CPOM vaut convention d’habilitation à l’aide sociale.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Catégorie d’EMS** | **FINESS géo** | **Nom ESMS** | **Date du dernier arrêté d’autorisation** | **Capacité totale autorisée** | **Capacité habilitée à l’aide sociale** | **Adresse ESMS** |
| **EHPAD**  |  |  |  | * XX places hébergement permanent
* dont XX UHR
* XX PASA
* XX hébergement temporaire
* XX accueil de jour
* XX PHV, PFR…
 |  |  |
| **EHPAD** |  |  |  | * XX hébergement permanent
* dont XX UHR
* XX PASA
* XX hébergement temporaire
* XX accueil de jour
* XX PHV, PFR…
 |  |  |
| **SSIAD** |  |  |  | * XX places personnes âgées
* XX places personnes handicapées
* XX Equipe Spécialisée Alzheimer
 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ANNEXE 2**

**Synthèse du diagnostic partagé**

*(Une annexe par catégorie de structure)*

| **THEMES** | **ANALYSE** *(Réalisé / Non Réalisé / Partiellement Réalisé)* **R / NR / PR** | **COMMENTAIRES****ET DEVELOPPEMENTS APPORTES PAR LE GESTIONNAIRE** | **INDICATEURS DE PILOTAGE MOBILISABLES AU T=0***(année de signature du CPOM)**(à renseigner par Finess géographique)* |
| --- | --- | --- | --- |
| **1 - Qualité du service rendu à l’usager** |
| * Le Projet d’établissement est-il actualisé ?
* Comprend-il un projet spécifique pour l’accueil des personnes âgées présentant des troubles du comportement ?
* Le cas échéant, existe-t-il un projet spécifique pour les unités PASA, UPAD, UHR ?
* Existe-t-il un projet spécifique pour l’accueil des personnes handicapées vieillissantes ?
* Le Projet d’établissement comprend-t-il une réflexion sur la liberté d’aller et venir des résidents ?
 |  |  | * **Date d’actualisation du Projet d’établissement :**
* **Nombre de personnes handicapées vieillissantes accueillies :**
 |
| - Le Projet de soins est-il actualisé ?- Inclut-il l’utilisation des thérapeutiques non médicales validées par la HAS ? |  |  | * **Date d’actualisation du projet de soins :**
 |
| - Le Projet d’animation est-il formalisé ?- Comprend-il des activités thérapeutiques adaptées aux résidents présentant des troubles du comportement ? |  |  | * **Date d’actualisation du projet d’animation :**
 |
| - Le Plan d’Amélioration Continue de la Qualité (PACQ) est- il formalisé, calendé, avec des indicateurs ?- La gestion documentaire est formalisée ? (Création, validation, diffusion, évaluation des protocoles)- Les modalités d’appropriation des protocoles par les professionnels sont-elles organisées ? |  |  | * **Date d’actualisation du PACQ :**

* **Existence d’une procédure de validation et diffusion des protocoles :** OUI/NON
 |
| - Existe-t-il un Conseil de la Vie Sociale (CVS) ?- Combien de fois se réunit-il dans l’année ?- Existe-t-il des modalités d’expression des résidents en dehors du CVS ? (commissions menus, commission animation, réunions de familles, enquêtes de satisfaction) |  |  | * **Nombre de réunions annuelles du CVS dans l’année précédant la signature du CPOM :** Réunions
 |
| - Les outils de la loi 2002-2 sont-ils actualisés (Livret d’Accueil, Règlement de Fonctionnement, Contrat de Séjour) ? |  |  | Date d’actualisation :* **du Livret d’Accueil :**
* **du Règlement de fonctionnement :**
* **du Contrat de Séjour :**
 |
| - Un projet personnalisé (PP) co-construit avec le résident à l’issue d’une démarche pluridisciplinaire est-il systématiquement rédigé pour chaque résident en prenant en compte les thématiques suivantes :* mise en œuvre d’activités thérapeutiques adaptées au résident O/N
* hygiène bucco-dentaire O/N
* évaluation des facteurs de risque de chute et notamment mise en œuvre d’activités physiques adaptées O/N
* évaluation du risque de dénutrition O/N
* suivi du carnet de vaccination O/N
* évaluation de l’agitation ou de l’apathie O/N
* continence O/N

Selon quelle démarche ? |  |  | * **Pourcentage de résidents bénéficiant d’un PP formalisé (Flash I7) :**  %
* **Pourcentage de PP évalués annuellement :** %
 |
| - Les modalités de l’accompagnement de fin de vie sont-elles organisées et formalisées ? L’information sur les directives anticipées et la personne de confiance réalisée ? |  |  | * **Existence d’une convention avec une EMSP (Flash I18) :** OUI/NON
* **Pourcentage de professionnels formés à l’accompagnement de fin de vie sur les 2 dernières années :** %
 |
| - L’établissement a-t-il formalisé sa politique d’admission ? |  |  | * **Critères d’admissions :** OUI/NON
* **Procédure(s) formalisée(s) :** OUI/NON
 |
| - L’intervention des bénévoles est-elle organisée dans une procédure ? |  |  | * **Charte du bénévolat formalisée :** OUI /NON
* **Pourcentage de bénévole ayant signé la charte :** %
 |
| - Les résidents sont-ils informés des modalités d’accès à leur dossier ? Les modalités d’accès sont formalisées ? |  |  |  |
| Qualité du service rendu à l’usager :* Points forts :
* Points d’amélioration :
 |
| **2 - Maîtrise des risques** |
| - Quelle est la situation patrimoniale de l’établissement ? *(préciser l’historique immobilier, l’état global des bâtiments, les résultats de l’enquête patrimoine ARS…)*- La sécurisation intérieure et extérieure de l’établissement est-elle assurée ?- L’établissement dispose-t-il d’une pièce rafraichie ?- La dernière commission de sécurité a-t-elle émis un avis favorable ?- L’établissement a-t-il réalisé un diagnostic accessibilité ?- Les locaux de l’établissement sont-ils adaptés à la perte d’autonomie ? |  |  | - **Taux de vétusté (indicateur TdB ANAP) :** %- **Existence d’une pièce rafraichie :** OUI/NON- **Date de la dernière commission de sécurité ayant rendu un avis favorable (indicateur TdB ANAP) :** - **Nombre d’observations de la commission de sécurité :** - **Date du diagnostic accessibilité :** * **Nombre de chambres adaptées :**
* **Nombre de chambres doubles :**
* **Nombre de salles de bains individuelles adaptées à la perte d’autonomie :**
 |
| - Un processus de gestion des évènements indésirables  (EI) est-il formalisé ? |  |  | * **Existence en interne de fiches de déclaration des EI (Flash I15-a) :** OUI/NON
* **Nombre d’EI graves ou non déclarés en interne (Flash I15-b) :**

 EI non graves :  EI graves :* **Existence d’une organisation formalisée d’analyse des EI (Flash I15-c) :** OUI/NON
 |
| - Un processus de gestion des réclamations est-il formalisé ? |  |  | * **Nombre de réclamations dans l’année précédant la signature du CPOM :**
* **Existence d’une procédure de recueil et de suivi des réclamations :** OUI/NON
 |
| - Un projet spécifique en matière de promotion de la bientraitance est-il développé ? |  |  | * **Pourcentage de professionnels formés à la bientraitance au cours des 2 dernières années :** %
* **Identification d’un référent bientraitance :** OUI/NON
* **Existence d’un protocole de signalement des actes de maltraitance :** OUI/NON
* **Existence d’un protocole de prévention des actes de maltraitance :** OUI/NON
 |
| L’établissement a-t-il mis en place une politique de prévention sur les thèmes suivants :- Escarres- Dénutrition et hygiène buccodentaire- Chutes- Contention- Risque suicidaire |  |  | * **Nombre de résidents ayant bénéficié d’un bilan bucco-dentaire à l’entrée (Flash I8) : Résidents**
* **Pourcentage de résidents dont le calcul de l’IMC est réalisé mensuellement : %**
* **Durée du temps de jeûne : h**
* **Existence d’un référent formé sur chaque thématique : OUI/NON**
* **Existence d’outils d’évaluation et de Conduite à Tenir (CAT) sur chaque thématique :** OUI/NON
* **Mise en place d‘un plan d’actions de prévention des chutes :** OUI/NON
 |
| - Le médecin coordonnateur est-il formé ? (conformément à l’article D. 312-157 du CASF)- Rédige-t-il un Rapport Annuel Médical d’Activités (RAMA) ? |  |  | * **Médecin coordonnateur formé :** OUI/NON
* **Rédaction annuelle d’un RAMA :** OUI/NON
 |
| - Le DARI  (document d’analyse des risques infectieux) a-t-il été réalisé ? - Cette réalisation est-elle suivie d’un plan d’actions ? |  |  | * **Réalisation du DARI (Flash I16-a) :**  OUI/NON
* **Partenariat avec une équipe d’expertise en hygiène :** OUI/NON
 |
| - Le circuit du médicament est-il sécurisé aux étapes suivantes ? :* Qualité/sécurité de la prescription
* Qualité/sécurité du stockage
* Qualité/sécurité de la préparation des doses à administrer
* Qualité/sécurité de la distribution et de l’administration
* Coordination entre les partenaires
* Formation/information du personnel
 |  |  | * **Existence d’une convention formalisée avec une ou plusieurs officines (Flash I20) :** OUI/NON
* **Existence d’une liste préférentielle des médicaments validée (Flash I21) :**  OUI/NON
* **Réalisation de l’autodiagnostic du circuit du médicament (Flash I27) :** OUI/NON
* **Réalisation d’une clérance rénale annuelle pour tous les résidents :** OUI/NON
* **Existence d’un processus de prise en charge médicamenteuse :** OUI/NON
 |
| - L’accompagnement de nuit est-il sécurisé par la présence de 2 personnes dont 1 personnel soignant ?- Une analyse des hospitalisations non programmées est-elle réalisée ?- L’établissement a-t-il accès à une compétence IDE la nuit ? Si oui, comment ? |  |  | * **Nombre de professionnels la nuit (ETP)**
* **Nombre d’Aides-Soignants de nuit**
* **Accès à une compétence IDE la nuit :** OUI/NON
 |
| - Des modalités d’organisation de l’hygiène des locaux et de l’hygiène du linge sont-elles formalisées ?- Les personnels bénéficient-ils des formations had hoc ? (RABC, HACCP) |  |  | * **Protocoles formalisés :** OUI/NON
* **Nombre de professionnels formés :**
 |
| - L’établissement dispose-t-il d’un plan bleu ? Intègre-t-il le risque attentat ? |  |  | * **Date d’actualisation du plan bleu (indicateur TdB ANAP) :**
 |
|  |  |  |  |
| Maîtrise des risques :* Points forts :
* Points d’amélioration :
 |
| **3 – Contribution aux parcours et à la réponse aux besoins territoriaux** |
| **a/ Contribution aux parcours** |  |  |
| - L’établissement est-il engagé dans des partenariats avec les acteurs suivants contribuant à des prises en charge spécifiques ? :* EMSP
* HAD du territoire
* Services d’urgence
* Services psychiatriques,
* Centre douleur
* Equipe référente en hygiène

- Ces partenariats sont-ils formalisés par des conventions ? |  |  | * **Existence d’une convention avec l’HAD (Flash I17):** OUI/NON
* **Partenariat formalisé avec le secteur psychiatrique :** OUI/NON
* **Convention signée avec chacun des acteurs mentionnés :** OUI/NON
 |
| - L’établissement participe-t-il à des démarches relatives à la structuration des parcours sur son territoire ? - *Précisez lesquelles : CLIC, tables tactiques / comité d’intégration des acteurs et des projets MAIA, plateformes de service, plateformes territoriales d’appui…* |  |  |  |
| - L’établissement dispose-t-il d’une commission gériatrique ? |  |  | * **Existence d’une commission gériatrique annuelle :** OUI/NON
 |
| - Chaque résident dispose-t-il d’un dossier de liaison d’urgence (DLU) ou d’une fiche de transfert ? |  |  | * **Nombre de résidents disposant d’un DLU ou d’une fiche de transfert (Flash I13) :**
 |
| **b/ Contribution à la réponse aux besoins territoriaux** |  |  |
| - Le/les établissement(s) couvert(s) par le CPOM dispose(nt)-il(s) d’un projet de transformation de l’offre (AJ, HT, HP,…) ?- Se positionne-t-il comme établissement ressource sur son territoire ? Sur quelle(s) thématique(s) ? |  |  |  |
| - Le/les établissement(s) couvert(s) par le CPOM dispose(nt)-il(s) d’un projet de création d’une activité d’accompagnement des personnes désorientées ? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Contribution aux parcours et à la réponse aux besoins territoriaux : * Points forts :
* ***Points d’amélioration :***
 |
| 1. **- Renforcement de l’efficience de gestion et de gouvernance**
 |
| - Comment est composée l’équipe de professionnels ?- ETP réels par fonction (données tableau ANAP)- AS/AMP, - IDE, - IDEC,- MEDEC- ASH |  |  | * **Nombre d’ETP réels par fonction (données saisies TdB ANAP) :**
* **Nombre de points GIR AS/AMP** :
 |
| - Chaque personnel dispose-t-il d’une fiche de poste formalisée et d’une fiche de tâche formalisée ? |  |  | * **Pourcentage de fiches de postes formalisées :** %
* **Pourcentage de fiches de tâches formalisées :** %
 |
| - Un organigramme formalisé est-il affiché ? |  |  | * **Existence d’un organigramme formalisé :** OUI/NON
 |
| - Les structures couvertes par le CPOM organisent-elles des mutualisations de postes, de fonctions ? |  |  | * **Nombre d’ETP mutualisés :** ETP
 |
| - L’établissement dispose-t-il d’une politique en matière de GPEC ? |  |  | * **Taux d’ETP vacants au 31/12 (TdB ANAP 1RE1) :**
* **Taux d’absentéisme par motif au 31/12 (TdB ANAP 1RE2) :**
* **Taux de rotation du personnel sur effectifs réels (TdB ANAP 1RE2) :**
* **Nombre prévisionnel de départs en retraite par catégorie professionnelle sur la durée du CPOM :**
 |
| - Les délégations sont-elles formalisées ? Le directeur dispose-t-il d’un document unique de délégation (DUD) ? |  |  | * **Date de création / d’actualisation du DUD :**
 |
| - Le Document Unique d’Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) a-t-il été rédigé ? |  |  | * **Date de création / d’actualisation du DUERP :**
 |
| * Quels sont les taux d’occupation des places financées (HP, HT, AJ…) ?
 |  |  | * **Taux de réalisation de l’activité (TdB ANAP 1Pr4)** :
* **Taux de rotation des lits/places financé(e)s (TdB ANAP 1Pr5**) :
* **Taux d’occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l’aide sociale départementale à l’hébergement (TdB ANAP 2Pr6**) :
* **Nombre de résidents admis suite à une demande dans Via-Trajectoire** :
 |
| - La situation budgétaire des établissements couverts par le CPOM est-elle équilibrée ? (excédent/déficit n-1) |  |  | * **Taux de CAF (TdB ANAP 1Fi2)** :
* **Taux d’endettement (TdB ANAP 1Fi2)** :
* **Besoin en fonds de roulement (TdB ANAP 1Fi2)** :
* **Trésorerie en nombre de jours d’exploitation :**  jours
 |
| - Existe-t-il un plan pluriannuel de formation ?- Préciser les thématiques prioritaires ciblées |  |  | * **Existence d’un plan de formation pluriannuel :** OUI/NON
 |
| - Des modalités d’analyse de la pratique sont-elles organisées pour les professionnels ? |  |  | * **Nombre de réunions annuelles d’analyse de la pratique :**
* **Taux de professionnels concernés par catégorie :**
 |
| - L’appropriation des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) est-elle organisée ? |  |  | * **Existence d’une procédure de diffusion des RBPP :** OUI/NON
 |
| - Un système d’information est-il déployé ? |  |  |  |
| * Existe-t-il un site internet ?
 |  |  | * **Date d’ouverture du site :**
* **Date d’actualisation :**
 |
|  |  |  |  |
| Renforcement de l’efficience de gestion et de gouvernance :* ***Points forts***:
* ***Points d’amélioration :***
 |

**ANNEXE 3**

**Diagnostic partagé en matière de coopérations / mutualisations avec d’autres ES ou ESMS non signataires du CPOM**

| **THEMES** | **ANALYSE** *(Oui / Non / En Cours)* **O / N / EC** | **COMMENTAIRES** | **INDICATEURS DE PILOTAGE MOBILISABLES AU T=0***(année de signature du CPOM)* |
| --- | --- | --- | --- |
| - Des mutualisations ou regroupements avec d’autres ES/ESMS hors périmètre du CPOM sont-ils organisés (achats, paye, animation, formation) ? |  |  | * **Nombre d’actions mutualisées :**
* **Nombre de conventions signées :**
 |
| - L’établissement participe-t-il aux réflexions territoriales en lien avec d’autres acteurs ? (élaboration d’un projet gérontologique territorial, pour le regroupement dans le cadre d’un CIAS par ex) ? |  |  | * **Date du projet**
 |
| - Existe-t-il des projets de regroupement / restructuration / coopération avec des ESMS hors CPOM pour l’offre d’hébergement permanent, temporaire, d’accueil de jour, de PASA, d’accueil des personnes handicapées vieillissantes ? |  | * …
 | * **Date du projet**
 |
| - L’établissement adhère-t-il à une structure de coopération (GCSMS,GHT..)? |  |  | * **Date de la convention constitutive**
 |
|  |  |  |  |
| Coopérations / mutualisations :* ***Points forts***:
* ***Points d’amélioration***:
 |

**ANNEXE 4**

**Synthèse des objectifs du CPOM**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **THEMES** | **OBJECTIFS** | **actions DEPLOYEES DANS LE CADRE DE L’OBJECTIF** | **CALENDRIER DE REALISATION** | **INDICATEURS cibles** | **Etat d’avancement :** **R /EC /NR** | **Commentaires** |
| **Qualité du service rendu à l’usager** |  |  |  |  |  |  |
| **Maîtrise des risques** |  |  |  |  |  |  |
| **Contribution aux parcours et à la réponse aux besoins territoriaux** |  |  |  |  |  |  |
| **Renforcement de l’efficience de gestion et de gouvernance** |  |  |  |  |  |  |
| **Coopérations/mutualisation avec d’autres ES ou ESMS non signataires du CPOM** |  |  |  |  |  |  |

Les 2 dernières colonnes seront à renseigner par le gestionnaire annuellement et à transmettre avec l’ERRD.

**ANNEXE 5**

**Eléments financiers**

* **Modalités de détermination des dotations des établissements et services parties intégrante du CPOM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Finess géo** | **Nom ESMS** **(EHPAD, AJ, HT, résidence autonomie)** | **Option tarifaire** **(GLOBAL ou PARTIEL)** | **PUI****(Avec ou sans PUI)** | **PMP** | **GMP** | **Sections tarifaires** | **Forfait global à la date de signature du CPOM** | **Financements complémentaires – Année 201X (année du CPOM)** |
| **Valeur** | **Date validation** | **Valeur** | **Date validation** | **HP** | **HT** | **AJ** | **PASA** | **UHR** | **PFR** | Autres *(à préciser)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **Soins** | ***Cf. Article 2 de la dernière décision tarifaire*** |  |
| **Hébergement** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dépendance** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **Soins** | ***Cf. Article 2 de la dernière décision tarifaire*** |  |
| **Hébergement** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dépendance** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **Soins** | ***Cf. Article 2 de la dernière décision tarifaire*** |  |
| **Hébergement** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dépendance** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Finess géo** | **Nom SSIAD** | **Commune SSIAD** | **Dotation globale de Soins au 1/1/XX** | *Dont dotation PA* | *Dont dotation PH* | *Dont dotation ESA* | **Financements complémentaires Année 201X (année du CPOM)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* **Le PGFP transmis à l’appui de l’EPRD 201X, une fois validé, aura valeur d’avenant au présent CPOM**

**Au regard des objectifs du CPOM et compte-tenu des résultats prévisionnels du PGFP approuvé ainsi que de l’évolution prévisionnelle des ratios financiers, les autorités de tarification et l’organisme gestionnaire s’accordent sur l’affectation prioritaire des résultats suivante :**

**- *proposer une affectation de résultat conformément au guide de la contractualisation***

**-**

* **Annexer l’arrêté fixant les frais de siège, le cas échéant**
* **Le cas échéant, le plan de retour à l’équilibre est joint en annexe : tableau des mesures mises en œuvre par le gestionnaire pour assurer le retour à l’équilibre – transmission annuelle dans le cadre de l’ERRD.**

**ANNEXE 6**

**Eléments du contrat ou convention liant le gestionnaire à d’autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM (CPOM sanitaire)**

*Lister les objectifs du CPOM sanitaire impliquant le gestionnaire.*