

**Guide  
méthodologique**

***CPOM EHPAD***

*Version actualisée en 2019*

## Pourquoi contractualiser ?

**Par obligation légale et réglementaire :** la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 rendent obligatoire la signature des CPOM entre les gestionnaires d'EHPAD, de SSIAD et/ou de Centres d'accueil de jour et leur(s) autorité(s) de tarification et de contrôle ;

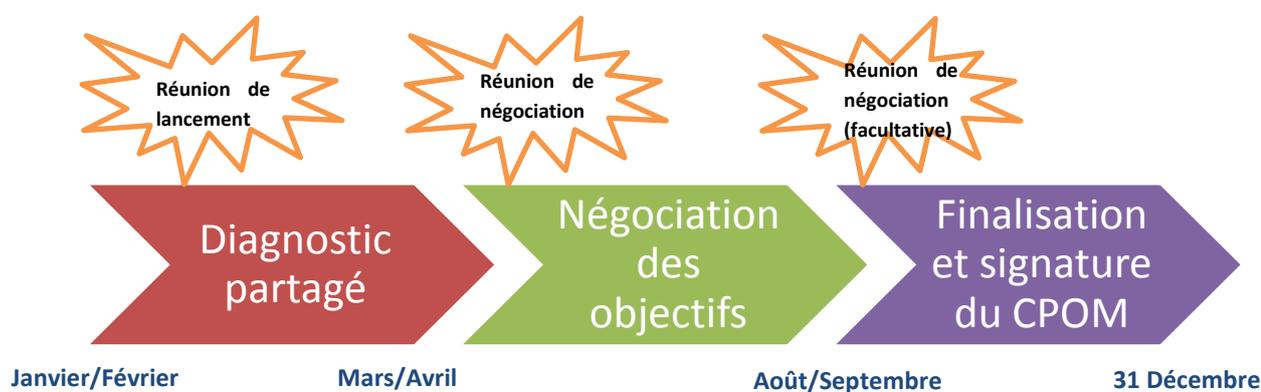
**Pour construire une feuille de route commune :** le CPOM fixe des orientations communes pour répondre à des besoins nouveaux, suivre l'évolution du profil des résidents accueillis et apporter des solutions aux difficultés rencontrées par les établissements ;

**Pour lier l'utilisation des ressources au bon fonctionnement des établissements :** le CPOM donne des orientations de gestion et engage sur l'utilisation des financements pérennes alloués chaque année aux établissements.

## Comment contractualiser ?

La programmation des CPOM est arrêtée chaque année par les autorités tarification et de contrôle. La négociation du CPOM commence en début d'année et doit s'achever avant la fin du mois de décembre. La durée d'élaboration d'un CPOM est comprise entre 9 et 12 mois. Les étapes principales sont les suivantes :

- **Le lancement de la procédure** qui est la période de prise de contact pour organiser la négociation du CPOM. Il est le premier moment d'échanges sur l'approche de chacune des parties.
- **Le diagnostic** qui est la période de complétude d'un rapport de diagnostic par l'organisme et de son analyse par l'autorité. Il se conclut par un diagnostic partagé.
- **La négociation** est la phase de détermination des orientations souhaitées et des indicateurs permettant de suivre et d'évaluer les objectifs.
- **La conclusion** représente la clôture de la démarche et donne lieu à la signature du CPOM par les trois parties engagées.



<b>ETAPE 1 : DIAGNOSTIC PARTAGE DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE</b>	
<b>Autodiagnostic par le gestionnaire et les établissements</b>	<i>Le gestionnaire renseigne le diagnostic et les fiches descriptives. A partir de ces documents, il dresse la synthèse des points forts et des points d'amélioration. Cet autodiagnostic donne des priorités.</i>
<b>Partage du diagnostic avec les autorités de tarification</b>	<i>Le gestionnaire remet le diagnostic à l'ARS et au Conseil départemental. Les autorités émettent des commentaires et des avis dans la synthèse du diagnostic. Lorsque les 3 parties ont approuvé le diagnostic, celui-ci est considéré comme partagé.</i>
<b>Première réunion de négociation</b>	<i>Les parties se réunissent une première fois pour définir les objectifs et les actions à partir des conclusions du diagnostic.</i>
<b>ETAPE 2 : NEGOCIATION DES OBJECTIFS</b>	
<b>Elaboration conjointe des fiches-objectifs par le gestionnaire et les autorités de tarification et de contrôle</b>	<i>Le gestionnaire rédige les fiches-objectifs en reprenant les éléments abordés lors de la première réunion de négociation. Ces fiches-objectifs contiennent les actions à mettre en œuvre, les indicateurs de suivi et un échéancier.</i>
<b>Etude des documents par les autorités de tarification et de contrôle</b>	<i>Le gestionnaire remet les fiches aux autorités. Celles-ci sont étudiées et partagées.</i>
<b>Le cas échéant, seconde réunion de négociation du CPOM</b>	<i>Cette seconde réunion vise à stabiliser les fiches-objectifs.</i>
<b>ETAPE 3 : FINALISATION ET SIGNATURE DU CPOM</b>	
<b>Rédaction du socle et des annexes</b>	<i>Les autorités rédigent le socle et les annexes du CPOM et les remettent au gestionnaire.</i>
<b>Relecture des documents</b>	<i>Une relecture est effectuée par les 3 parties.</i>
<b>Mise en signature</b>	<i>Le CPOM est signé par les 3 représentants.</i>

### Que contient le CPOM ?

L'ARS propose un modèle de CPOM qui est conforme au cahier des charges national des CPOM.

Les documents obligatoirement annexés au contrat sont les suivants :

- Le périmètre du contrat et une annexe budgétaire
- La synthèse du diagnostic partagé
- Les fiches-objectifs
- L'Abrégé du dernier rapport d'évaluation externe selon le modèle proposé par l'ANESM
- La trame de suivi des objectifs (à transmettre chaque année avec l'ERRD)

En fonction du statut juridique de l'établissement et de son habilitation ou non à l'aide sociale, le CPOM contient les annexes suivantes :

- Le PGFP
- L'habilitation à l'aide sociale départementale
- L'arrêté fixant les frais de siège
- Les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du contrat.

### Qu'est-ce qu'une action ?

#### Enjeux :

- Les actions assorties aux fiches-objectifs du CPOM sont la plus-value du contrat, le côté prospectif du pilotage.
- Ils sont la finalité de la phase de diagnostic.
- Ils doivent permettre de guider la transformation des organisations sur 5 ans.

#### Format :

- Le choix a été fait d'un format-cadre des objectifs applicables à tous les volets du CPOM pour en faciliter l'enregistrement, l'analyse, le suivi et le transfert éventuel dans un autre système d'information.
- Chaque action doit être rattachée à un établissement ou à un groupe d'établissements. Les contractants ont la possibilité de détailler les engagements par site géographique.

#### Spécificités des objectifs :

- Les actions doivent porter sur les axes stratégiques prioritaires du Projet régional de santé (PRS) et des Schémas départementaux de gérontologie.
- Elles ne doivent pas être redondantes avec la réglementation ou d'autres contrats.
- Elles peuvent être "génériques" (prédéfinies par l'ARS Ile-de-France ou le Conseil départemental) ou "spécifiques" (définies au cours de la négociation selon la situation particulière de l'établissement).
- A chaque action doit correspondre un seul indicateur de suivi.
- Les valeurs-cibles, négociables, peuvent être ajustées sur la durée du contrat. Pour certains indicateurs, des cibles ne sont pas nécessaires.

### Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Le suivi des actions est primordial pour apporter la valeur ajoutée de la démarche de contractualisation.

#### Enjeux :

Être capable de mesurer l'atteinte des objectifs dans le cadre du suivi.  
S'assurer de la capacité à décliner de manière opérationnelle les objectifs.

#### Format :

Les indicateurs peuvent être détaillés et doivent préciser leur mode de calcul et leur source (exemple : tableau de bord performance, rapport d'activité, rapport d'activité médicale annuel,...).

#### Nature :

Les indicateurs spécifiquement définis par les cocontractants dans le cadre des négociations doivent être retenus avec précaution de sorte à respecter les critères de qualité d'usage :

- Quantification : l'indicateur doit, autant que possible, prendre une valeur chiffrée. Néanmoins dans le cas des CPOM, il pourra prendre des valeurs telles que « oui/non » si elles se réfèrent à la réalisation d'actions bien définies.
- Accessibilité : la source d'information doit être identifiée précisément (déclaration de la structure, base de référence...)
- Exhaustivité : l'indicateur doit être une représentation complète de l'objectif ou de l'avancement de l'action.
- Objectivité : être exempt de conventions de calcul pouvant faire l'objet de débat.
- Simplicité : être facile à interpréter.

### Sur quels axes l'ARS souhaite privilégier la négociation ?

La finalité de ce guide est d'accompagner les parties prenantes au CPOM dans la lecture du diagnostic partagé. Il borne également les orientations prioritaires de l'Agence régionale de santé dans ce travail de contractualisation. La liste des objectifs présentée plus bas n'est toutefois pas exhaustive.

Afin de faciliter la lecture des objectifs et à terme de les formaliser, le guide se structure autour de 3 grands axes déclinés en plusieurs objectifs :

<b>AXE 1 : Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux</b>	<b>AXE 2 : Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des résidents</b>	<b>AXE 3 : Optimiser la gestion des établissements et services</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OBJECTIF 1-1</b> : Mobiliser les ressources sanitaires et médico-sociales du territoire</li> <li>• <b>OBJECTIF 1-2</b> : Développer des nouvelles modalités d'accueil, notamment pour les personnes handicapées vieillissantes ou les personnes âgées dépendantes présentant des troubles psychiatriques</li> <li>• <b>OBJECTIF 1-3</b> : Développer l'accueil temporaire et séquentiel dans le ou les établissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OBJECTIF 2-1</b> : Former les personnels et développer les compétences dans toutes les grandes thématiques gériatriques et gérontologiques</li> <li>• <b>OBJECTIF 2-2</b> : Améliorer la prise en charge individualisée des personnes accompagnées</li> <li>• <b>OBJECTIF 2-3</b> : Favoriser l'ouverture des établissements médico-sociaux sur leur environnement</li> <li>• <b>OBJECTIF 2-4</b> : Renforcer la sécurité des usagers par la prévention et la gestion des risques individuels et collectifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OBJECTIF 3-1</b> : Maintenir la pleine activité dans les établissements et services</li> <li>• <b>OBJECTIF 3-2</b> : Mettre en adéquation les ressources en personnels et les besoins en soins et dépendance</li> <li>• <b>OBJECTIF 3-3</b> : Fidéliser le personnel et développer une politique de qualité de vie au travail</li> <li>• <b>OBJECTIF 3-4</b> : Développer les mutualisations inter-établissements pour créer des marges de gestion</li> </ul>

Sur la base du diagnostic CPOM, il est proposé aux parties-prenantes de choisir deux à trois objectifs par axe. Ce choix doit reposer sur des priorités.

Notons que les actions du CPOM ne sont pas nécessairement soutenues par un financement *ad hoc* qui s'ajouterait aux financements publics déjà alloués de manière pérenne (budget de fonctionnement reconductible des établissements).

**Il appartient donc au gestionnaire d'établissements et services d'évaluer et d'identifier des marges de gestion qui permettront de créer des postes ou de développer des prises en charge innovantes et spécifiques.** Ces marges seront appréciées en fonction de l'évolution des ressources et des crédits alloués les années précédentes et des économies d'échelle pouvant être réalisées par exemple à partir de mesures de mutualisation ou d'éventuelles réductions de charge.

### Les textes de références :

- ❖ Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles
- ❖ Instruction N°DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L.313-12-2 du même code.
- ❖ ANAP, « *Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation* », janvier 2017

### Liste des sigles utilisés :

AMP : aide médico-psychologique

AS : Aide-soignant

CMP : Centre médico-psychologique

ERRD : Etat réalisé des recettes et des dépenses

GCSMS : Groupement de coopération sociale et médico-sociale

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HAD : Hospitalisation à domicile

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

PRS : Projet régional de santé

QVT : Qualité de vie au travail

RAMA : Rapport d'activité médicale annuel

TDBP : Tableau de bord de la performance

## AXE 1 : Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux

### OBJECTIF 1-1 : Mobiliser les ressources sanitaires et médico-sociales du territoire

#### Présentation générale du thème :

La loi de 2002 a fortement incité les établissements médico-sociaux à coopérer afin de favoriser la coordination des soins. L'EHPAD a un impératif de mobiliser toutes les ressources sanitaires et médico-sociales sur son territoire parce qu'il accueille de nouveaux profils de résidents qui requièrent un accompagnement spécifique et parce qu'il doit assurer la continuité des soins de ses résidents afin de diminuer les hospitalisations évitables et de longue durée.

Mobiliser les ressources, c'est aussi prévenir les déficits de professionnels et de structures dans certains domaines, notamment la santé bucco-dentaire et l'accès aux soins psychiatriques.

Pour répondre aux besoins de chaque résident, l'EHPAD doit nécessairement s'inscrire dans une stratégie de filière de prise en charge et d'accompagnement.

#### Les questions clés à se poser :

- L'établissement entretient-il des relations avec des partenaires extérieurs ?
- L'institution recourt-elle à différentes formes de partenariat et de convention avec d'autres institutions sanitaires dans le souci de disposer de compétences absentes au sein de l'établissement ?
- Les établissements ont-ils des conventions de partenariat ?
- Quelles difficultés rencontrent le ou les établissements pour faire intervenir des structures extérieures dans l'établissement ?
- Au regard du public accueilli, avec quels services/établissements, les EHPAD pourraient-ils développer un partenariat ?
- L'existence de coopérations, de conventions, de mutualisations est-elle un levier retenu pour optimiser la prise en charge ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
<b>Formaliser une convention facilitant le parcours des personnes âgées en centres hospitaliers, évitant notamment les passages aux urgences</b>	Convention de partenariat formalisée	/	RAMA	OUI/NON
<b>Formaliser ou poursuivre un partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs</b>	Convention de partenariat formalisée Nombre d'interventions de l'équipe mobile de soins palliatifs	/ /	RAMA	OUI/NON  Pas de cible
<b>Formaliser ou poursuivre un partenariat avec un établissement de soins psychiatriques (dont CMP)</b>	Convention de partenariat formalisée Nombre d'interventions de l'équipe de secteur ou de l'équipe mobile de soins psychiatriques	/ /	RAMA	OUI/NON  Pas de cible
<b>Poursuivre et développer le partenariat avec un établissement de soins psychiatriques (dont CMP)</b>	Nombre d'interventions de l'équipe de secteur ou de l'équipe mobile	/	RAMA	Pas de cible
<b>Formaliser ou poursuivre une convention de partenariat avec l'HAD</b>	Taux d'hospitalisation en HAD	Nombre d'interventions de l'HAD/Nombre d'hospitalisation total	RAMA	Pas de cible
<b>S'inscrire dans la filière gériatrique locale</b>	Convention signée avec la filière	/	RAMA	OUI/NON
<b>Renforcer la collaboration avec une unité cognitivo-comportementale (UCC)</b>	Convention signée avec une UCC	/	RAMA	OUI/NON
<b>Formaliser une convention avec un réseau de santé</b>	Convention signée avec le réseau de santé	/	RAMA	OUI/NON
<b>Développer des partenariats avec des organismes spécialisés en soins bucco-dentaire</b>	Mise en place d'un partenariat avec un organisme spécialisé	/	RAMA	OUI/NON
<b>Poursuivre l'intégration dans le guichet intégré mis en place par la MAIA et participation au réseau gérontologique local (CLIC)</b>	Participation aux réunions organisées par le CLIC et la MAIA Convention signée avec le CLIC	/	TDBP RAMA	OUI/NON
<b>Créer toutes formes de partenariat avec un SSIAD pour maintenir un lien établissement-domicile notamment pour les résidents en hébergement temporaire</b>	Convention avec SSIAD	/	RAMA	OUI/NON

## AXE 1 : Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux

### OBJECTIF 1-2 : Développer des nouvelles modalités d'accueil, notamment pour les personnes handicapées vieillissantes ou les personnes âgées dépendantes présentant des troubles psychiatriques

#### Présentation générale du thème :

Les EHPAD accueillent des personnes plus âgées, plus dépendantes et atteintes de pathologies de plus en plus lourdes, notamment les pathologies neuro-évolutives. De plus, de nouveaux publics s'orientent vers l'EHPAD : publics précaires, personnes handicapées vieillissantes ou personnes souffrant de troubles psychiatriques diagnostiqués.

Les établissements doivent s'adapter à l'accompagnement de ces publics et aux nouveaux besoins. La réponse à ces besoins est souvent de créer des unités spécifiques sans pour autant que l'EHPAD se spécialise sur un type de prise en charge particulier.

On peut donc distinguer deux types d'unités, celles qui répondent à des besoins croissants en termes d'accompagnement et celles qui permettent de prendre en charge des résidents avec un profil qui n'est pas habituel en EHPAD.

Pour chaque option, il appartient aux parties-prenantes de vérifier si le projet s'intègre à la programmation médico-sociale de l'Agence régionale de santé Ile-de-France et des Départements.

#### Les questions clés à se poser :

- Peut-on identifier des voies de provenance spécifiques selon les catégories d'ESMS et les caractéristiques des populations accueillies ?
- Les modalités de prises en charge sont-elles adaptées en fonction du degré de dépendance, de la charge en soins et des déficiences des personnes ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
<b>Création d'unités spécifiques :</b> - unité Alzheimer - unité protégée - unité Personnes handicapées vieillissantes - unité pour personnes avec troubles psychiatriques  (Demande d'étude préalable du projet par les autorités)	Nombre de places dédiées  Actualisation du projet d'établissement	/	Projet établissement	Réactualisation en intégrant le projet lié à l'unité
<b>Reconfiguration des unités spécifiques :</b> - unité Alzheimer - unité protégée - unité Personnes handicapées vieillissantes - unité pour personnes avec troubles psychiatriques	Nombre de places reconfigurées  Actualisation du projet d'établissement	/	Projet établissement	Réactualisation en intégrant le projet lié à l'unité

## AXE 1 : Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux

### OBJECTIF 1-3 : Développer les modalités d'accueil temporaire et séquentiel dans le ou les établissements

#### Présentation générale du thème :

L'occupation des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire est très faible en Ile-de-France. Le CPOM est le moment de remettre à plat le fonctionnement de ces places et d'inscrire ces dispositifs dans la démarche préventive de maintien à domicile des personnes âgées encouragée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Cet objectif s'appuiera prioritairement sur les places déjà installées et privilégiera le redéploiement de places entre les établissements.

Au demeurant, l'ARS vérifiera si l'activité réelle des établissements correspond au nombre de places autorisées et installées dans chaque établissement. Si un écart est constaté, l'ARS envisagera le retrait de l'autorisation.

#### Les questions clés à se poser :

- Quelle est l'adéquation entre les places autorisées et les places installées pour chaque type d'accueil ?
- Quel est le niveau d'activité des établissements pour chaque type d'accueil ?
- Comment sont configurées les places pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire ?
- Les places sont-elles connues auprès des structures de la coordination médico-sociale (CLIC, MAIA, PFR,...) ?
- Ces places sont-elles intégrées dans les projets d'établissement ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
<b>Accueil de jour</b>				
<b>Créer un pôle identifié et dédié à l'accueil de jour (minimum 10 places) par le redéploiement des places sur un seul et même site</b>	Redéploiement des places au sein d'un pôle	/	autoévaluation	OUI/NON
<b>Actualiser le Projet d'établissement en intégrant le projet spécifique à l'accueil de jour</b>	Projet d'établissement actualisé	/	Projet d'établissement	OUI/NON
<b>Communiquer auprès des acteurs locaux (médecins libéraux, SSIAD, CLIC, MAIA, PFR) pour améliorer l'activité des places d'accueil de jour toute l'année</b>	Outils de communication mis en place	/	Rapport d'activité	OUI/NON
<b>Organiser en interne les transports vers l'accueil de jour</b>	Conventions avec des organismes de transports spécialisés	/	Projet d'établissement / Rapport d'activité	OUI/NON
<b>Identifier l'accueil de jour comme un lieu de vie indépendant de l'EHPAD</b>	Projet d'établissement	/	Projet d'établissement / Rapport d'activité	OUI/NON
<b>Hébergement temporaire</b>				
<b>Créer un pôle identifié et dédié à l'hébergement temporaire (minimum 10 places) par le redéploiement des places sur un seul et même site</b>	Redéploiement des places au sein d'un pôle	/	autoévaluation	OUI/NON
<b>Actualiser le Projet d'établissement en intégrant le projet spécifique à l'hébergement temporaire</b>	Projet d'établissement actualisé	/	Projet d'établissement	OUI/NON
<b>Spécialiser l'hébergement temporaire vers l'accueil d'urgence, les séjours courts ou les sorties d'hospitalisation</b>	Mise en place d'un partenariat avec ces dispositifs	/	Projet d'établissement Rapport d'activité	OUI/NON
<b>Communiquer auprès des acteurs locaux (médecins libéraux, SSIAD, CLIC, MAIA, PFR, établissements de santé) pour améliorer l'activité et l'attractivité des places d'hébergement temporaire toute l'année</b>	Outils de communication  Participations aux réunions sur le territoire	/	Rapport d'activité	OUI/NON

## AXE 2 : Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des résidents

### OBJECTIF 2-1 : Former les personnels et développer les compétences dans toutes les grandes thématiques gériatriques et gérontologiques

#### Présentation générale du thème :

La formation régulière des professionnels est fondamentale afin d'adapter au mieux les pratiques aux besoins et donc d'assurer une prise en charge répondant le plus justement possible aux particularités des profils des résidents.

L'établissement doit veiller à ce que l'ensemble des professionnels concernés soit formé aux grandes thématiques gériatriques et gérontologiques par l'élaboration et le suivi d'un plan de formation.

#### Les questions clés à se poser :

- L'établissement a-t-il mis en place un plan de formation ?
- Les professionnels sont-ils régulièrement formés ?
- Les diplômes ou les qualifications des professionnels correspondent-ils aux compétences nécessaires pour accompagner de manière optimale les personnes prises en charge ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
Former à la fin de vie et développer la culture palliative dans l'établissement	Taux de personnes formées par thématique	Nombre de professionnels formés / Nombre de professionnels total concernés	Rapport d'activité	Pas de cible
Former à la bientraitance				
Former à la nutrition				
Former à l'hygiène bucco-dentaire				
Former aux troubles du comportement				
Formation à la prise en charge de la douleur				
Former aux gestes et soins d'urgence (AFGSU)				
Former à la prévention des chutes				
Former à la prévention des escarres				
Former à la prévention de la dépression et au suicide				

## AXE 2 : Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des résidents

### OBJECTIF 2-2 : Améliorer la prise en charge individualisée des personnes accompagnées

#### Présentation générale du thème :

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a eu pour objectif de développer les droits des usagers dans les établissements médico-sociaux et notamment en matière de prise en charge individualisée et de qualité.

L'établissement d'accueil de la personne âgée a pour mission de mettre en place un parcours de vie et de soins le plus adapté possible aux aspirations, préférences ou ambitions personnelles du résident durant toute la période de prise en charge et en prenant en compte l'évolution de l'état de santé de la personne. Il s'agit d'organiser l'expression de la personne et de ses proches, la co-construction et l'évaluation du projet de vie et enfin de coordonner et d'organiser l'intervention des professionnels.

La personnalisation de la prise en charge (de l'admission à la fin de vie) de la personne accueillie doit prendre en compte le respect de la personne, sa dignité et ses droits.

#### Les questions clés à se poser :

- Quelle est la politique définie par le gestionnaire en matière d'accompagnement individualisé des résidents ? (cf. diagnostic)
- Comment sont garantis les droits et les libertés des résidents ? (cf. diagnostic)
- Quels sont les outils mis en œuvre ? (cf. diagnostic)
- Quels moyens pour sensibiliser le personnel à la prise en charge individualisée des résidents ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
Rédiger et actualiser les projets de vie individualisés ou projets personnalisés (relatifs aux soins, à l'animation et à la vie sociale)	Taux de projets de vie ou projets personnalisés en vigueur (rédigé et ou actualisé)	Taux = nombre PVI rédigés / nombre total de résidents	Rapport d'activité  RAMA	100%
Utiliser via-trajectoire pour l'admission des résidents dans les EHPAD	Nombre de réponses apportées aux demandes en ligne	/	Rapport d'activité	Pas de cible
Elaborer et diffuser un questionnaire de satisfaction	Nombre de questionnaires de satisfaction élaborés par an	/	Rapport d'activité	Une fois par an
Proposer aux résidents et leurs familles des moyens d'expression innovants et les informer sur les moyens de réclamations : - cahier des doléances - boîtes à idées - café débat - outils de communication sur le recueil des avis des résidents	Nombre d'activités innovantes proposées	/	Rapport d'activité	Pas de cible

## AXE 2 : Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des résidents

### OBJECTIF 2-3 : Favoriser l'ouverture des établissements médico-sociaux sur leur environnement

#### Présentation générale du thème :

L'EHPAD est un acteur économique et social inscrit sur un territoire.

Il a pour rôle de maintenir ou développer la vie sociale des résidents dans leur environnement, de se faire connaître auprès du grand public et d'être identifié comme une ressource pour un territoire.

La démarche d'ouverture sur l'extérieur que doit mener la structure, se fait par la mise en place de partenariats avec les divers acteurs du territoire. L'objectif est de favoriser les échanges entre les différentes instances, de développer la participation des résidents à la vie de la Cité et de permettre à la structure d'être identifiée auprès du plus grand nombre.

#### Les questions clés à se poser :

- Quels sont les moyens mis en place par l'établissement pour s'ouvrir sur l'extérieur ?
- Quel est le niveau d'engagement et l'impact sur la vie de l'établissement et des résidents ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
<b>Renforcer la participation dans les instances de coordination médico-sociale (CLIC, MAIA)</b>	Nombre de participations aux instances de la coordination médico-sociale	/	Rapport d'activité	Augmentation du nombre de participations par rapport à N-1
<b>Développer l'aide aux aidants sur le territoire (Accueil de jour, PFR et ESA)</b>	Nombre de participations aux instances	/	Rapport d'activité	Augmentation du nombre de participations par rapport à N-1
<b>Ouvrir l'EHPAD avec les acteurs locaux de la culture et des loisirs (associations, collectivités locales,...)</b>	Nombre d'activités réalisées en collaboration avec des intervenants extérieurs (écoles, mairies, théâtres, concerts...)	/	Rapport d'activité	Pas de cible

## AXE 2 : Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des résidents

### OBJECTIF 2-4 : Renforcer la sécurité des usagers par la prévention et la gestion des risques individuels et collectifs

#### Présentation générale du thème :

Au regard du diagnostic, le CPOM peut inclure des actions sur la bientraitance et les dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ou pour tout autre évènement indésirable.

Une attention particulière sera portée sur les risques d'iatrogénie médicamenteuse. La loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit un plan national d'action pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées dont une des mesures porte sur le renforcement de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) en EHPAD.

La liste d'actions proposées est non-exhaustive. En fonction des conclusions du diagnostic, l'établissement peut s'appuyer sur les recommandations de l'ANESM en la matière.

#### Les questions clés à se poser :

- Quelles actions ont été réalisées sur les 3 dernières années pour limiter l'iatrogénie médicamenteuse ?
- La procédure de gestion et de déclaration des évènements indésirables est-elle en place ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
<b>Conduire une évaluation du circuit du médicament et mettre en place un plan d'actions d'amélioration formalisé permettant sa sécurisation</b>	Nombre d'autoévaluations du circuit du médicament réalisées	/	RAMA	2 autoévaluations sur la durée du CPOM
<b>Elaborer une démarche de signalement interne : recueil et analyse des dysfonctionnements / évènements indésirables</b>	Elaboration d'une procédure de signalement des EIG au niveau de l'établissement et/ou au niveau du gestionnaire	/	Autoévaluation	OUI/NON

## AXE 3 : Optimiser la gestion des établissements et services

### OBJECTIF 3-1 : Maintenir la pleine activité dans les établissements et services

#### Présentation générale du thème :

Un établissement, au titre de ses places autorisées, se voit accorder un financement qui lui permet d'exercer une activité médico-sociale et d'accompagner des résidents ou des usagers. A cet égard, il incombe à l'établissement d'optimiser l'occupation des places, c'est-à-dire de rapprocher le nombre de journées réalisées du nombre de journées prévisionnelles.

La forfaitisation des sections budgétaires réglementées (soin et dépendance) s'accompagne d'une règle de minoration des forfaits en cas de sous activité. Réaliser un taux d'activité est désormais une obligation réglementaire pour les établissements.

Il est désormais acté au niveau régional que le seuil minimum d'activité est de 95%. Hors conjoncture exceptionnelle (travaux, ouverture,...), les gestionnaires ont l'obligation de tout mettre en œuvre pour que les places d'hébergement permanent soient occupées à hauteur de 95%.

L'ARS négocie également avec les établissements et services un taux d'occupation à atteindre sur les places d'accueil de jour et les places d'hébergement temporaire.

#### Les questions clés à se poser :

- Quelle est l'évolution du taux d'occupation des places d'hébergement temporaire ?
- Quels sont les taux d'occupation des places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
<b>Garantir un taux d'occupation minimum de 95% en hébergement permanent</b>	Taux d'occupation	= [(nombre de journées réalisées) + (journées d'absence de moins de 72 heures pour convenance personnelle ou hospitalisation)] / [Nombre de journées théoriques]	Annexe activité	> 95%
<b>Améliorer l'occupation des places d'hébergement temporaire</b>	Taux d'occupation	= [nombre de journées réalisées] / [Nombre de journées théoriques]	Annexe activité	>70%
<b>Améliorer l'occupation des places d'accueil de jour</b>	Taux d'occupation	= [nombre de journées réalisées] / [Nombre de journées théoriques (253 jours*capacité)]	Annexe activité	>70%

## AXE 3 : Optimiser la gestion des établissements et services

### OBJECTIF 3-2 : Mettre en adéquation les ressources en personnels et les besoins en soins et dépendance

#### Présentation générale du thème :

Deux ratios sont à calculer, l'un pour les IDE en fonction du nombre de points PMP, l'autre pour les AS/AMP en fonction du nombre de points GMP :

$$\text{Charge en dépendance par AS/AMP} = (\text{capacité} * \text{GMP}) / \text{nombre d'AS-AMP}$$

$$\text{Charge en soins par IDE} = (\text{capacité} * \text{PMP}) / \text{nombre d'IDE}$$

Le calcul est à effectuer chaque année à partir des derniers GMP/PMP validés, de la capacité financée et du nombre d'effectifs réels inscrits dans le tableau des effectifs réalisés (ERRD).

Plus cet indicateur est élevé, moins il y a de personnels dans l'établissement. La charge en dépendance ou en soins est un plafond à ne pas dépasser.

Le gestionnaire a alors l'obligation d'avoir des effectifs suffisants sur l'année pour que la charge en dépendance par AS/AMP et la charge en soins par IDE, calculées sur l'année, ne dépassent pas la cible fixée dans le CPOM.

Si ses capacités financières le permettent, le gestionnaire peut recruter au-delà du seuil permettant d'atteindre les deux ratios de charge en soin et en dépendance.

Des valeurs cibles ont été définies en se basant sur les effectifs autorisés les 5 dernières années dans les conventions tripartites pluriannuelles. Les valeurs régionales de référence sont celles présentées dans le tableau ci-dessous.

**Charge en soins par IDE** <4300 points PMP par IDE (dont IDEC)

**Charge en dépendance par AS/AMP** <3200 points GMP par AS/AMP

Deux exemples :

**EHPAD 1** : GMP = 740 / Effectifs AS/AMP en N = 22,5 / capacité = 90

**Charge en dépendance par AS/AMP = 2 960**

EHPAD 1 respecte l'objectif de charge en dépendance fixé à 3200. Il a un nombre d'ETP suffisant.

**EHPAD 2** : GMP = 740 / effectifs AS/AMP en N = 18 / capacité = 90

**Charge en dépendance par AS/AMP = 3700**

EHPAD 2 ne respecte pas l'objectif de charge en dépendance fixé à 3200. Les effectifs sont insuffisants.

#### Les questions clés à se poser :

- Niveau des effectifs en N-1 et N-2
- Evolution des forfaits soins et dépendance
- L'institution réussit-elle à pourvoir l'ensemble des postes ouverts en fonction de ses besoins en compétence, notamment en ce qui concerne les métiers ou filières sous tension ?
- L'évolution des moyens humains est-elle corrélée à celle de l'activité en volume et en qualité ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
Respecter en fonction de la convergence tarifaire la cible de charge en soins par IDE	Charge en soins par IDE	= (PMP x capacité autorisée HP / nombre ETP IDE salariés	ERRD	<4300
Respecter en fonction de la convergence tarifaire la cible de charge en dépendance par AS/AMP/AES	Charge en dépendance par AS/AMP/AES	= (GMP x capacité autorisée HP) / nombre ETP AS/AMP salariés	ERRD	<3200
Assurer la présence d'auxiliaires paramédicaux : - psychomotriciens - ergothérapeutes - psychologues - kinésithérapeutes	Intervention d'au moins : - 1 psychomotricien - 1 ergothérapeute - 1 psychologue - kinésithérapeutes	Nombre ETP	ERRD/tableau des effectifs	En fonction de la capacité de l'EHPAD

## AXE 3 : Optimiser la gestion des établissements et services

### OBJECTIF 3-3 : Fidéliser le personnel et développer une politique de qualité de vie au travail

#### Présentation générale du thème :

L'organisation du travail dans l'EHPAD conditionne d'une part la qualité de l'accompagnement des résidents et, d'autre part, la qualité de vie au travail des professionnels.

En fonction des observations apportées dans le diagnostic et des principaux indicateurs, notamment le taux d'absentéisme et le taux de rotation des personnels, les parties pourront envisager de planifier dans les CPOM des actions pour limiter les risques professionnels (formation gestes et postures, installation de rails de transfert,...) ou pour améliorer l'organisation du travail.

#### Les questions clés à se poser :

- L'ESMS est-il exposé à des risques sociaux tels que l'absentéisme ou l'instabilité des personnels ?
- Quels sont les facteurs expliquant d'éventuelles tensions sociales : charge de travail, pénibilité des emplois, mode de management,... ?
- L'ESMS est-il sensible à la prévention de risques psychosociaux et au dialogue social ?
- Une démarche de QVT est-elle initiée au sein de l'entité ?
- Les conditions et le cadre de travail sont-ils adaptés à la nature des prises en charge ?
- L'institution organise-t-elle l'accompagnement des nouveaux professionnels permanents ou de remplacement ?

ACTION	INDICATEUR(S)	CALCUL	SOURCE(S)	CIBLE(S)
Développer le parrainage des nouveaux arrivants	Taux de rotation des personnels	$[(\text{Somme du taux d'entrée et du taux de sortie}) / 2]$	TDBP	< 11%
Stabiliser les équipes afin d'assurer une prise en charge de qualité	Taux d'absentéisme	$[(\text{nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels au 31/12 de l'année en question}) / (\text{nombre d'ETP réel au 31/12 de l'année en question}) * 100]$	TDBP	<10%
Renforcer l'encadrement des équipes dans les structures	Taux d'encadrement des personnels	= Nombre de cadres en ETP / Nombre de personnels en ETP	TDBP	Entre 5% et 10%
Développer les actions de prévention des troubles musculo-squelettiques et des risques professionnels	Nombre de séances ou de formations proposées	/	Rapport d'activité	Pas de cible
Installer du matériel d'aide au levage des personnes	Taux de chambres équipées	= Nombre de chambres équipées / Nombre total de chambres	Rapport activité	>10%
Développer le parcours de personnels au sein de la structure par la VAE (IDE et AS/AMP)	Nombre de personnels formés par an	/	Rapport d'activité	Pas de cible

## AXE 3 : Optimiser la gestion des établissements et services

### **OBJECTIF 3-4 : Développer les mutualisations inter-établissements et créer des marges d'efficience**

#### **Présentation générale du thème :**

Le CPOM est un moment propice pour mener une réflexion sur un changement d'organisation et la mise en place de mesures d'efficience.

Le CPOM peut être par exemple l'occasion de s'interroger sur la pertinence d'une nouvelle organisation, en prévoyant notamment de :

- valoriser le fonctionnement en dispositifs
- renforcer les démarches de solidarité financière entre ESMS
- prévoir une plus grande transversalité des postes et de la gestion des ressources humaines
- de créer un « pool » de remplacement pour faciliter la gestion des absences en interne.

#### **Les questions clés à se poser :**

- La mutualisation et la centralisation des fonctions de gestion au niveau de l'OG sont-ils des facteurs d'efficience ?
- La mutualisation des fonctions, des ressources et/ou des équipements permet-elle de dégager des économies ?
- Le déficit de ressources humaines et/ou de « compétences métiers » indispensables est-il la raison principale du recours à la mutualisation ?
- Le partage de ressources est-il en lien avec une politique achat visant à maîtriser les dépenses de fonctionnement ?
- Constate-t-on un impact des mutualisations sur les dépenses de personnels ?
- La mutualisation ne présente-t-elle pas un risque de perte d'autonomie et de pilotage pour l'ESMS ?
- La QVT est-elle affectée par un recours accru à la mutualisation ?

<p><b>Mettre en œuvre une politique de partenariat et de mutualisation :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direction commune</li> <li>- Fonctions support</li> <li>- Participation à un GCSMS</li> <li>- Intégration du GHT du territoire</li> </ul>	<p>Ces projets de restructuration de l'offre susceptibles d'entraîner un changement de gouvernance sont à intégrer dans les objectifs du contrat.</p>
<p><b>Mutualiser des postes sur des EHPAD de proximité</b></p> <p><b>Mettre en place un pool de remplacement mutualisé</b></p>	<p>Mettre en perspective les vacances de postes, les métiers sous tension avec le développement des mutualisations. L'organisme doit au préalable percevoir les gains en termes de prise en charge et d'emplois (ETP) de la mutualisation au sein des établissements intégrés au CPOM.</p>