



Délégation départementale de la Drôme

Direction des Solidarités

projet

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

2020 – 2024

PERSONNE MORALE GESTIONNAIRE

Nom : maison de retraite de Grignan
Adresse : 41 rue du grand faubourg – 26 230 GRIGNAN
N° FINESS juridique : 26 000 075 7

EHPAD

Nom : EHPAD Les tourterelles
Adresse : 41 rue du grand faubourg – 26 230 GRIGNAN
N° FINESS géographique : 26 000 206 8

ENTRE

Le Conseil départemental de la Drôme, sis au 26 Avenue du Président Herriot, représenté par Madame Marie-Pierre MOUTON, Présidente du Conseil départemental de la Drôme, dûment habilitée à signer le présent contrat et ses avenants par décision de la commission permanente en date du 30 mars 2020 ;

L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes représentée par Monsieur Grall, Directeur Général ;

La personne morale gestionnaire, représentée par la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L313-12 du CASF, Madame Catherine ARNAUD, dont l'EHPAD est situé au 41 rue du grand faubourg à GRIGNAN.

VISAS

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 le décret 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 décret n°2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD ;

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 24 juin 2019 relative au Schéma « Parcours Solidarités : la Drôme accompagne les drômois » pour les années 2019-2024 ;

Vu l'arrêté n°2018-1921 du 28 mai 2018 portant adoption du Cadre d'orientation Stratégique 2018-2028 du Projet Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 ;

Vu l'arrêté n°2018-1922 du 28 mai 2018 portant adoption du Schéma Régional de Santé 2018-2023 du Projet Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

Vu l'arrêté du 4 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-174 déclenchant le dispositif de modulation du forfait dépendance des EHPAD ;

Vu l'arrêté du 6 juin 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global soins des EHPAD ;

Vu l'arrêté conjoint du 31 décembre 2018 relatif à la programmation prévisionnelle pour la période 2019-2023 des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens pour les établissements et services médicaux-sociaux pour personnes âgées ;

Vu l'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 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 ;

Vu le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes signé le 16 août 2016 ;

Vu l'arrêté conjoint N° 2016-7606/ DS 16_DS_0418 du 30/12/2016 portant renouvellement de l'autorisation et fixant la capacité à 60 places d'hébergement complet pour personnes âgées dépendantes, 10 places d'hébergement complet pour personnes âgées Alzheimer et une place d'hébergement temporaire;

Vu la convention tripartite 2^{ème} génération en date du 4 juillet 2014 ;

Vu l'arrêté 19_DS_0389 du 28 novembre 2019 fixant la valeur départementale du point GIR pour le calcul du forfait global dépendance de l'année 2020 ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire du 28/09/2018, qui autorise à signer le présent contrat ;

Vu la délibération du Conseil départemental en date du 24 juin 2019 relative au Schéma « Parcours Solidarités : la Drôme accompagne les drômois » pour les années 2019-2024 ;

Vu le règlement départemental d'aide sociale ;

PREAMBULE.....	5
TITRE 1 : OBJET DU CPOM	5
Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du CPOM	5
Article 2 : Articulation avec les CPOM existants	11
Article 3 : Diagnostic	12
Article 4 : Objectifs généraux et opérationnels du CPOM	20
TITRE 2 : LES MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM	30
Article 5 : Modalités de détermination des dotations des ESMS	30
Article 6 : Cadre budgétaire du CPOM.....	33
Article 7 : Frais de siège	34
TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT.....	34
Article 8 : Suivi et évaluation du contrat.....	34
Article 9 : Traitement des litiges	35
Article 10 : Révision du contrat.....	35
Article 11 : Entrée en vigueur et durée de du contrat.....	35
Article 12 : Résiliation du CPOM.....	36
Article 13 : Annexes	36

PREAMBULE

Le présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), conclu avec la Présidente du Conseil départemental et le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, permet l'accueil de personnes âgées dépendantes conformément aux dispositions de l'arrêté d'autorisation.

Le présent CPOM a donc pour objet de :

- Etablir un diagnostic intégrant, notamment, la synthèse de l'évaluation de la précédente convention tripartite et les conclusions de l'évaluation externe,
- Préciser, au regard du diagnostic, les objectifs d'amélioration de la qualité dans l'établissement et leurs modalités d'évaluation,
- Poursuivre la démarche qualité engagée dans le cadre de la précédente convention. Cette démarche a pour objectif de garantir à toute personne âgée dépendante accueillie dans l'établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins.

Le présent CPOM ne préjudicie pas à l'application des dispositions relatives aux obligations des établissements et services médico-sociaux liées à la procédure d'autorisation prévue à l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles et, notamment, au respect de conditions d'installation, d'organisation et de fonctionnement de l'établissement garantissant la santé, la sécurité, le bien-être physique ou moral et l'intimité des personnes hébergées.

TITRE 1 : OBJET DU CPOM

Article 1 : Identification du gestionnaire et périmètre du CPOM

1-1 Caractéristiques de l'organisme gestionnaire

Numéro FINESS juridique	26 000 075 7
Statut juridique	Etablissement public autonome
Modalités d'organisation de l'organisme gestionnaire (joindre un organigramme)	La personnalité morale est le directeur de l'EHPAD. Cf. Annexe 1 : organigramme de l'établissement.
Activités sanitaires et médico-sociales autorisées (indiquer la capacité)	Médico-sociales : Hébergement permanent : 70 dont 10 lits pour personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Hébergement temporaire : 1 lit
	Sanitaires : Sans objet
Existence d'autres CPOM (si oui lesquels)	NON
Organisation et missions du siège social (le cas échéant)	Non concerné
Caisse pivot compétente	CPAM de la Drôme
Convention collective	Fonction publique hospitalière

1-2 Identification des ESMS constituant le périmètre du CPOM

Organisme gestionnaire	MAISON DE RETRAITE DE GRIGNAN		
Nom de l'établissement	EHPAD "LES TOURTERELLES"		
Adresse	41 RUE DU GRAND FAUBOURG 26230 GRIGNAN		
Habilitation aide sociale autorisée	Oui		
Nb de places habilitées aide sociale	71		
Capacité de l'établissement		Capacité autorisée	Capacité installée
	Places HP	70	70
	dont places Pôle d'Activités et de Soins Adaptés		
	dont places Unités Protégées pour Personnes Désorientées	10	10
	dont places Unité d'Hébergement Renforcé		
	dont places Unité Personnes Handicapées Vieillissantes		
	Hébergement temporaire	1	1
	Accueil de jour		
	Accueil de nuit, le cas échéant		
	Autres (à préciser)		
Option tarifaire soins	Tarif partiel		
PUI	Non		
Filière gérontologique (ex-Rhône-Alpes)	FG17 MONTELIMAR		

CARACTERISTIQUES DES RESIDENTS			
Dernier GMP validé	696	Date	22/11/2017
Dernier PMP validé	243	Date	17/11/2017

Nombre de résidents < 60 ans			0	Nombre de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée (2)	17
SMTI			10%		
Personnes reconnues handicapées vieillissantes (1)				Age moyen des résidents	84
Nombre	Age moyen	Type de handicap			
15	74	handicap mental			

Au 31/12/2017		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	TOTAL
Nombre de Résidents par GIR		11	23	15	19	1	1	70
Provenance géographique en %	Département	9	14	12	13	1	1	71 %
	Hors département	2	9	3	6	0	0	29 %

Nbre résidents bénéficiaires aide sociale	Département	16
	Hors département	7

Nbre de projets personnalisés de moins de 6 mois en %tage de la capacité	0%
--	----

(1) : Reconnaissance MDPH avant 60 ans

(2) : Selon données issues de la dernière coupe PATHOS validée

DONNEES ADMINISTRATIVES DECLAREES

	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	Accueil de jour
Taux d'occupation (N-1)	99,71%	100,00%	Non concerné
Nbre jours d'ouverture/an	365	365	
Nbre de places	70	1	
Durée moyenne de séjour (préciser le calcul)	88%	88%	

Inspection dans les 2 années précédant la signature du CPOM	Non	Si oui, date	
Procès-verbal Commission de Sécurité et d'accessibilité	favorable avec réserves	03/05/2017	
Procès-verbal DDPP (ex DSV)	conforme	15/12/2016	
Contrôle légionelle par l'ESMS	conforme	07/09/2017	
Plan bleu	Procédure de gestion de la communication	en cours	
Plan blanc (1)	Non	Date dernière mise à jour	
Document d'Analyse du Risque Infectieux	Oui	févr-17	
Projet d'établissement	Oui	janv-16	
Livret d'accueil	Oui	01/10/2016	
Contrat de séjour	Oui	01/10/2016	
Règlement de fonctionnement	Oui	01/10/2016	
Conseil de la Vie Sociale	Oui	3	
Consultation CVS sur outils loi 2002-2	Oui		
Existence d'une association des familles	Non		
Autre mode de participation des usagers	Non	Préciser	
Evaluation interne	Oui	2015	
Evaluation externe	Oui	2015	

DONNEES BUDGETAIRES
année 2019

HEBERGEMENT :	hébergement permanent	hébergement temporaire	accueil de jour	PASA	UHR
Prix de journée moyen en année pleine	56.18 €	56.18 €	Non concerné		

DEPENDANCE HP :	Prix de journée
GIR 1-2	21.18 €
GIR 3-4	13.44 €
GIR 5-6	5.70 €
Nbre total points GIR	58 360
Valeur moyenne point GIR (GMP tarifaire)	7.12 €
Forfait global dépendance (part département Drôme)	218 450.03 €

SOINS :	hébergement permanent	hébergement temporaire	accueil de jour	PASA	UHR	Autre
Dotation globale soins année pleine hors CNR	888 469,12€	12 867,82€	Non concerné	Non concerné	Non concerné	
Situation de convergence positive	oui					
Situation de convergence négative	non	Si oui, Date				

DONNEES RESSOURCES HUMAINES (tout personnel confondu)

Age moyen des salariés	48
Ancienneté moyenne	XXX
Nombre de postes vacants au 01/01/N (préciser la nature du poste et le nombre d'ETP correspondant)	Aucun
Taux d'absentéisme	1285 Jours d'absences => Noter le taux
Taux de rotation	quasi inexistant (sauf retraites)
Nbre CDD (définition TDB ANAP)	30
Nb d'ETP occupés par des faisant fonction (glissement de fonctions)	9,5
Existence du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels	oui

INSCRIPTION DE L'EHPAD DANS SON ENVIRONNEMENT

Signature de la charte de filière	oui
Convention HAD	non

Convention équipe soins palliatifs	non
Convention équipe mobile d'hygiène	oui
Convention CH	oui
Convention structure psychiatrique	oui
Inscription dans un GHT	non
Autres (à préciser)	

Tableau des effectifs

	Effectif année N (en ETP)				
	Héb	Dép	Soin	Total	
Administration	2,70			2,70	
Services généraux: Cuisine Entretien Diététicien	9,00			9,00	
Animation sociale	1,00			1,00	
ASH (1)	9,94	4,26		14,20	3,60 de nuit
ASD - AMP (1)		4,80	11,20	16,00	4 nuit
Psychologue		0,35		0,35	
Infirmière (1)			3,50	3,50	
Cadre de santé			1,00	1,00	
Kinésithérapeute			0,50	0,50	
Ergothérapeute				0,00	
Psychomotricien /Professeur EPA				0,00	
Médecin coordonnateur			0,50	0,50	
TOTAL	22,64	9,41	16,70	48,75	

REMARQUES COMPLEMENTAIRES DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

Article 2 : Articulation avec les CPOM existants

Non concerné.

Article 3 : Diagnostic

3-1 : Diagnostic consolidé

Ce diagnostic synthétise les rapports d'évaluation interne et/ou externe réalisés préalablement au CPOM et des rapports d'inspection s'il y a lieu. Il utilise également les données issues du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux.

Il servira de base à l'élaboration des objectifs du CPOM.

ENJEU 1 : SANTE ET BIEN ETRE DES RESIDENTS	
<i>Commentaires :</i>	
Points forts	Points à améliorer
Prévention et prise en charge des risques liés à la santé	
<i>Prévention, repérage et prise en charge de la dénutrition, de l'Hygiène Bucco-dentaire</i>	
<p>Pesée mensuelle ou plus si nécessaire, contrôle de l'albuminurie. Mesure des engesta, suivi de poids pour l'ensemble des résidents</p> <p>Traçabilité sur le logiciel de soins PSI</p> <p>Adaptation de l'alimentation (textures modifiées)</p> <p>Excellente collaboration avec le service restauration</p> <p>Tous les résidents dénutris ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle spécifique</p> <p>Hygiène bucco-dentaire : correspondant oral nommé, personnel formé.</p> <p>Accès aux soins dentaires : accès à un cabinet dentaire en cas de besoin et orientation avec le CH d'Orange pour les résidents présentant des troubles psychiques.</p> <p>100% des résidents ont bénéficié d'un dépistage santé orale par une des référentes santé orale</p>	
<i>Prévention, repérage et prise en charge de la douleur chronique</i>	
<p>Utilisation de l'échelle de la douleur EVA et dolo-plus pour les personnes non communicantes.</p> <p>Tous les agents sont sensibilisés à la prise en charge de la douleur et formés pour la plupart.</p> <p>Médecin coordonnateur titulaire du DU de soins palliatifs (également médecin traitant de 95% des résidents).</p>	<p>Les évaluations de la douleur font l'objet d'une traçabilité au sein du dossier de soins, tout est tracé sur PSI</p> <p>Les protocoles de prise en charge de la douleur et le protocole antalgique sont élaborés et à disposition des soignants.</p>

<p>Réajustement des traitements autant de fois que nécessaire. Retour très positif des familles.</p>	
<p><i>Prévention et prise en charge des chutes</i></p>	
<p>A l'entrée de la personne, évaluation et adaptation de l'environnement ; équipement, placement des matériels, aides à la marche, chaussures adaptées. 100% des résidents font l'objet d'une évaluation à l'entrée par le kinésithérapeute.</p> <p>En cas de chute, une déclaration est faite et tracées sur PSI (29 chutes recensées en 2017). Analyse individuelle des circonstances et mise en œuvre des mesures correctives.</p> <p>Analyse globale et annuelle des chutes par le médecin coordonnateur (rapport d'activité).</p>	<p>Pratiques en matière de contention : Prescription médicale et réévaluation très régulière.</p> <p>En 2017, 20% des chutes déclarées ont entraîné une hospitalisation.</p> <p>Le plan d'action issu de l'analyse globale des chutes reste à formaliser.</p>
<p><i>Prise en charge et accompagnement des résidents atteints de maladies neurodégénératives</i></p>	
<p>Evaluation à l'admission par l'outil MMS (par le médecin ou la psychologue) en fonction des manifestations des troubles.</p> <p>Unité protégée de 10 places avec jardin spacieux clos.</p> <p>8 ASG dans l'effectif, 1 AMP, 1 AS ou ASG en permanence, y compris la nuit.</p>	<p>Suivi psychologique un peu insuffisant (manque de temps, psychologue présente une journée par semaine).</p> <p>56% des résidents ayant une MND ont une prescription de neuroleptique.</p>

Organisation et mise en œuvre de la gestion des risques	
<i>Démarche de signalement interne des dysfonctionnements et événements indésirables</i>	
Cahier de maintenance. Traçabilité sur logiciel PSI et discussion en équipe. Evaluation quotidienne de la cadre de santé avec réajustement si nécessaire.	Les fiches de dysfonctionnement ne sont pas à disposition des professionnels Absence de formalisation du protocole de signalement Gestion des risques restant à formaliser
<i>Gestion des risques dont les risques infectieux</i>	
2 infirmières titulaires du DU d'hygiène. Collaboration/convention avec la cellule d'hygiène du CH de Montélimar. Protocoles et procédures rédigées (DARI) 100% des résidents vaccinés contre la grippe Campagne de vaccination antigrippale réalisée auprès du personnel : taux de vaccination en progression	Volet infectieux en cours pour le plan bleu.
<i>Gestion des situations exceptionnelles et de crise</i>	
Plan bleu et cellule de crise. Procédures affichées et consultables par le personnel. Protocoles datés et signés par le médecin.	Plan de prévention (intrusion, informatique...) non finalisé.
<i>Circuit du médicament</i>	
Collaboration avec l'officine de la commune. 2 livraisons hebdomadaires et plus si besoin. Livraison des médicaments et traitements et préparation et distribution par les infirmiers.	Pas de circuit du médicament formalisé ni de protocole. Concertation essentiellement à l'initiative du cadre ou du médecin.
Personnalisation de l'accompagnement	
<i>Maintien de l'autonomie</i>	
Evaluation des capacités et besoins de la personne et projet personnalisé tracé sur PSI. Kiné à mi -temps, présence 3 fois par semaine. Matériel ergonomique	Difficultés à tout tracer par manque de temps.
<i>Accompagnement personnalisé</i>	
Chaque agent connaît les besoins et habitudes de chaque résident. Relation privilégiée avec les familles (conflits extrêmement rares). 100% des projets personnalisés réalisés	La réévaluation du projet personnalisé n'est pas évaluée à intervalle régulier.
<i>Activités individuelles et collectives</i>	
Animations collectives régulières par l'animatrice ; plusieurs activités individuelles pour les personnes à mobilité réduite, soins de bien être pour les résidents très dépendants. Cours de gymnastique douce une fois par semaine. Sorties encadrées par l'animatrice et la psychologue.	Manque d'animation les week-end. L'animation est un volet du projet d'établissement

Les AS et ASHQ proposent dans les différents services de soins des activités culinaires essentiellement mais aussi festives (karaoké par le personnel de nuit, par exemple...).	
Panel important d'activités proposées.	
<i>Cadre de vie (locaux, restauration)</i>	
Etablissement entièrement rénové en 2005. Fonctionnel, accueillant. Restauration en liaison chaude avec menus variés et équilibrés. Commission des menus. Retour très positif des résidents et des familles.	Manque de locaux pour rangement. Climatisation réversible à mettre en place pour deux niveaux, les autres étant déjà équipés. Horaires de repas à améliorer. Durée du jeûne nocturne : 12 heures.
<i>Respect des droits des usagers</i>	
Conseil de la vie sociale réuni régulièrement. Problèmes traités rapidement au cas par cas. Ecoute bienveillante des agents.	Enquête de satisfaction qui date.
ENJEU 2 : POLITIQUE EN FAVEUR DES RESSOURCES HUMAINES	
<i>Commentaires :</i>	
Points forts	Points à améliorer
Stratégie et pilotage de la GRH	
<i>Pilotage RH</i>	
Management au plus près des agents. Fonctionnement participatif et situationnel. Collaboration efficiente entre les acteurs. Ecoute et communication. Fiches de postes existantes 3 cadres ayant suivi des formations au management	Réunions de direction non systématique, organisation à la demande.
Qualité de vie au travail et performance	
Roulement de base avec prise en compte des personnels en fonction des nécessités de service. Atmosphère de travail stimulante. Esprit bienveillant et solidaire. Duerp formalisé Taux d'absentéisme : 7.38% dont 0,26% d'accidents du travail	Effectif insuffisant surtout le week end. Quelques horaires coupés nécessaires aux besoins des résidents. DUEP n'inclut pas un volet prévention du risque psycho-social, mais pour pas de risque de ce type sur l'institution.
Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	
Anticipation et collaboration avec la direction et les partenaires extérieurs. Connaissance des besoins et adaptation des effectifs et formations nécessaires. Avantage d'une structure avec un personnel stable	Pas de tableau de bord particulier. 8 faisant fonction d'aide-soignant

<p>et motivé. Formations individuelles et collectives très « implantées » dans l'institution. Taux de formation : 85% Accompagnement des projets professionnels.</p>	
<p align="center">Politique de recrutement et de remplacement du personnel</p>	
<p>Recrutement direct en général ou par le biais de la mission locale ou pôle emploi. Remplacements très limités, sauf nécessité absolue ou arrêt de longue durée. 0% de recours à l'intérim</p>	<p>Politique de recrutement non formalisée Définition du plan de continuité des activités, mode dégradé taux de rotation des personnels : 0% tableau de bord ANAP 2016 : 5,66%</p>

ENJEU 3 : LES EHPAD DANS LEUR ENVIRONNEMENT	
<i>Commentaires :</i>	
Points forts	Points à améliorer
Accompagnement de fin de vie	
<p>Médecin coordonnateur titulaire du DU de soins palliatifs. Personnel formé en grande majorité. Accompagnement personnalisé des résidents et des familles. Projet d'établissement avec un volet soins palliatifs</p> <p>Taux de recueil des directives anticipées : 70%</p>	<p>Taux de rotation des résidents : 21,43% (TBD ANAP)</p>
Coordination du parcours de soins	
<p>Convention avec le CH de Montélimar. Convention en cours avec l'équipe mobile du Valmont (ancienne appellation). Kiné extérieur, 2 podologues qui interviennent dans l'établissement. Collaboration étroite avec le cours séjour gériatrique et l'UCC du CH de Montélimar. Cabinet dentaire près de l'établissement pour l'HBD. DLU : 100%</p>	<p>Ce qui était améliorable concernait le suivi psychiatrique : en cours avec l'équipe mobile. Taux recours à l'HAD : 0,93% 29 sorties pour hospitalisation sur 82 (TBD ANAP)</p>
Maintien des liens sociaux	
<p>Etablissement à proximité du centre ville. Sorties des résidents, visites plus fréquentes des familles. Vigilance permanente du personnel pour éviter l'isolement. Possibilité aux résidents de prendre des vacances en famille. Possibilité pour les résidents de remplir leur devoir citoyen (votes notamment)</p>	<p>Pas suffisamment de rencontres intergénérationnelles.</p>
Dynamique territoriale	
<i>Offre de répit</i>	
	<p>Non. Mais bâtiment prêté à une association qui a mis en place une halte relais. 1 place d'hébergement temporaire non utilisée et transformée en place d'hébergement permanent</p>
<i>Collaboration, complémentarité, mutualisation</i>	
<p>Direction commune avec les EHPAD de St Paul et Grignan.</p>	<p>A développer. Diagnostic d'opportunité sur le rapprochement entre les 3 établissements en direction commune en cours</p>

Collaborations diverses, mutualisation des formations et des compétences (comptable par exemple).	
<i>Systèmes d'information</i>	
Logiciel de soins PSI Logiciels administratifs Taux de remplissage du tableau de bord ANAP : 90%	Gestion des plannings. Aucune admission avec l'outil viatrajectoire Pas de schéma directeur informatique
<i>Démarche "Responsabilité Sociétale des Entreprises" volet environnemental</i>	
	Absence de politique de responsabilité environnementale des entreprises

3-2 : Diagnostic spécifique à un ou plusieurs établissements du périmètre du CPOM

Cf. annexe 2 : Diagnostic de l'établissement.

3-3 : Diagnostic financier

Un diagnostic financier initial de la structure signataire du CPOM est réalisé et est utilisé pour l'élaboration d'objectifs du CPOM. La situation financière sera suivie annuellement dans le cadre de l'examen de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses et le suivi du Plan Global de Financement Pluriannuel.

Données	2016	2017	2018
Fond de roulement	418 482.47€	369 999.57€	339 576,39€ (42 jours)
Taux d'endettement	XXXX	XXXX	40,53%
Besoin en fonds de roulement	213 866.47€	195 568.57€	60 508,36€
Trésorerie en jours (à jour de la dette sociale)	204 616 € = 25 jours	174 431€ = 21 jours	279 068,03€ (34,87 jours)
Montant et taux de CAF	-1 502€ Tx caf	-53 062€ Tx caf	97 464,36 € Tx caf (3.07%)
Taux de vétusté par catégorie	A compléter	A compléter	A compléter
Réserves :			
- de compensation des déficits (1068631)	3 054.80€	3 054.80€	
- d'investissement (10682)	274 926.89€	274 926.89€	
- de trésorerie (10685)	119 527.10€	119 527.10€	

Points forts	Points à améliorer
Economie de gestion réalisée. Diagnostic d'opportunité pour un rapprochement entre les trois établissements publics autonomes.	Situation budgétaire et financière précaire due depuis des années à des allocations de moyens très insuffisantes. Les affectations de résultats arrêtées par les autorités de tutelle pour les années antérieures n'ont pas été prises en compte par l'établissement. Trésorerie en diminution et correspondant à moins de 30 jours. EPRD rejeté en 2017 et 2018.

Dans le cas où un ou plusieurs des établissements de l'organisme gestionnaire ferait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier, d'un plan de retour à l'équilibre et/ou d'un relevé infra-annuel, les objectifs fixés lors de ces procédures sont reportés dans ce contrat.

Les modalités de suivi des objectifs sont maintenues dans les conditions définies dans les procédures citées précédemment.

Les objectifs et modalités de suivi peuvent être adaptés dans le cadre d'un échange entre les parties signataires.

Article 4 Objectifs généraux et opérationnels du CPOM

ENJEU 1 : SANTE ET BIEN ETRE DES RESIDENTS								
AXE 1 : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT								
Thématique	Objectif général	Objectif opérationnel	Actions	Indicateurs		Valeur initiale déclarée par l'ESMS	Cible	
				Niveau 1	Niveau 2		Valeur	Année de CPOM
1/ Prévention et prise en charge des risques liés à la santé	Définir une stratégie de prise en charge de la dénutrition et mettre en place des mesures de prévention	Sensibiliser à la santé bucco-dentaire en disposant d'un processus de dépistage systématique	Poursuivre les actions menées en matière de dépistage, d'accès aux soins et de formation des professionnels.. Protocoles existants individualisés.	% de résidents ayant bénéficié d'un dépistage santé orale dans les 6 premiers mois suivant son arrivée dans l'établissement effectué par le référent santé orale de l'établissement ou à défaut par un chirurgien-dentiste		<u>Niveau 1</u> 100%	<u>Niveau 1</u> : > 80 %	N + 2
					% de résidents ayant bénéficié d'une consultation par un chirurgien-dentiste / nb de résidents ayant besoin de soins suite au dépistage	<u>Niveau 2</u> : 90%	<u>Niveau 2</u> : > 80 %	N + 2
		Mettre en place un suivi régulier des courbes de poids des résidents et une analyse pour mettre en place des corrections	Pour suivre les actions menées : -Suivi mensuel existant et tracé. -Prise en charge nutritionnelle systématique pour les résidents concernés. -Alimentation enrichie en protéines si nécessaire.	Taux de résidents bénéficiant d'une mesure mensuelle de leur poids		<u>Niveau 1</u> 100%	<u>Niveau 1</u> : 100 %	Durée du CPOM
					Taux de résidents dénutris bénéficiant d'une prise en charge nutritionnelle spécifique (compléments oraux, enrichissement, fractionnement des repas, nutrition entérale de complément...)	<u>Niveau 2</u> 100%	<u>Niveau 2</u> : 100 %	Durée du CPOM

1/ Prévention et prise en charge des risques liés à la santé	Mettre en œuvre la prévention et la prise en charge des chutes	Mettre en place les évaluations et une prise en charge des personnes faisant des chutes répétées	Evaluation réalisée à l'admission et pouvant faire l'objet d'actions correctives. Pas de test particulier (Tinetti par exemple). Mettre en place le test à l'entrée du résident avec le kinésithérapeute et assurer la traçabilité sur PSI	Taux de résidents ayant bénéficié d'une évaluation de l'équilibre et de la marche dans les 6 mois de leur entrée dans l'établissement		Niveau 1 : 0%	<u>Niveau 1</u> : 100 %	N+1
					Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation	Niveau 2 Déjà atteint	<u>Niveau 2</u> : < 40 %	N+2
	Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles et cognitives des résidents atteints de MND	Mettre en place des dispositifs pour identifier les signes de troubles cognitifs et de comportement	Collaboration étroite avec l'UCC de Montélimar. Aides soignantes ayant suivi la formation d'ASG.	Taux de personnels soignants formés à la prise en charge des maladies neuro dégénératives		Niveau 2 62, 5 %	<u>Niveau 1</u> : > 50 % Taux dépassé	N+3
			Identifier les axes de collaboration avec les EHPAD de St Paul Trois Châteaux et Tulette en matière d'admission et d'accompagnement.		Taux de résidents ayant une maladie neuro dégénérative et une prescription de neuroleptiques	Niveau 2 56%	<u>Niveau 2</u> :	

ENJEU 1 : SANTE ET BIEN ETRE DES RESIDENTS

AXE 1 : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

Thématique	Objectif général	Objectif opérationnel	Actions	Indicateurs		Valeur initiale déclarée par l'ESMS	Cible	
				Niveau 1	Niveau 2		Valeur	Année de CPOM
2/ Organisation et mise en œuvre de la gestion des risques	Renforcer la sécurité des usagers par la prévention et la gestion des risques individuels et collectifs	Elaborer une démarche de signalement interne : recueil et analyse des dysfonctionnements / événements indésirables	Mise en place de fiches de dysfonctionnement et les rendre disponibles aux personnels.	Nombre de fiches de déclaration d'événements indésirables enregistrés en interne		Niveau 1 0	<u>Niveau 1</u> : % en plus selon valeur initiale déclarée	Durée du CPOM

			Protocoliser le signalement des EIG et EIGS aux autorités. Information sur les EI et EIG lors des CODIR de direction. Analyse annuelle à mettre en place également.		Production d'une analyse annuelle des EIG par typologie, recherche des causes et élaboration d'un plan d'actions	Niveau 2 Non	Niveau 2 : Oui	Durée du CPOM
	Analyser les capacités de fonctionnement usuelles et évaluer la réactivité face à une situation exceptionnelle, voire de crise	Plan bleu à compléter (plan de prévention attentats, SI...) en s'appuyant sur le guide régional d'élaboration des plans bleus Mettre en œuvre les mesures permettant de renforcer la politique de sécurité de l'établissement après identification des risques.	% de complétude de la liste des éléments constitutifs du plan bleu tel que figurant dans le guide ARS		Niveau 1 : <75%	> 75 %	N + 2	
	Conduire une évaluation du circuit du médicament et mettre en place un plan d'actions d'amélioration formalisé permettant sa sécurisation	-Réaliser une évaluation du circuit du médicament en 2019 avec la collaboration de la pharmacie d'officine. -Formaliser un protocole relatif au circuit du médicament. -Elaborer un plan d'actions d'amélioration du circuit du médicament permettant sa sécurisation suite à l'évaluation.	Réalisation de l'évaluation	Mettre en place un plan d'actions	Niveau 1 Non	Niveau 1 : Oui	N+1	
					Niveau 2 Non	Niveau 2 : Oui	N+2	

ENJEU 1 : SANTE ET BIEN ETRE DES RESIDENTS								
AXE 2 : BIEN ETRE ET RESPECT DE LA DIGNITE DES RESIDENTS (PAR L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE)								
Thématique	Objectif général	Objectif opérationnel	Actions	Indicateurs		Valeur initiale déclarée par l'ESMS	Cible	
				Niveau 1	Niveau 2		Valeur	Année de CPOM
1/ Personnalisation de l'accompagnement	Améliorer l'accueil et l'évaluation initiale en utilisant un support de recueil des usagers respectant les habitudes des personnes	Formaliser une procédure d'accueil personnalisée permettant une évaluation des potentialités, du niveau	Procédure en place. Tracé sur PSI Evaluation a minima annuelle du projet d'accueil personnalisé	Taux de résidents avec un Projet Personnalisé actualisé ou créé depuis moins de 12 mois		Niveau 1 75%	Niveau 1 : 100 %	N +2
		d'autonomie, des besoins de soins et d'hygiène corporelle et des risques psychologiques et/ou comportementaux			Taux de résidents ayant une personne de confiance désignée	Niveau 2 Non disponible	Niveau 2 : > 80 %	N + 1
2/ Personnalisation des activités collectives et individuelles	Offrir aux résidents la possibilité de choisir des activités correspondant à leurs attentes	Organiser les modalités de recueil des demandes formulées au Conseil de la Vie Sociale Elaborer des enquêtes de satisfaction	Enquête de satisfaction à relancer.	Taux de réponses apportées aux demandes du Conseil de la Vie Sociale		Niveau 1 90%	Niveau 1 : > 90 %	N + 2
					Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées	Niveau 2 Non disponible	Niveau 2 :	
		Ecrire ou mettre à jour un projet d'animation proposant un panel d'activités variées et adaptées	D'ores et déjà activités variées (voir projet d'établissement dans le chapitre « projet de vie » réactualisé). (culture à vie) Formaliser sur un document les besoins et habitudes Poursuivre la mise à disposition d'un temps AMP pour des temps d'animation plus individuels (en chambre pour les personnes isolées) Mise à jour des outils de la Loi 2002-2 sur les droits des	Nombre d'activités proposées Taux d'animation individualisée / animation collective		Niveau 1 70%	Niveau 1 : 60 % pour activités collectives	
					Taux de résidents participant au moins 1 fois à une activité collective	Niveau 2 : Non disponible	Niveau 2 :	

			usagers (règlement de fonctionnement, liberté d'aller et venir)					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

ENJEU 2 : POLITIQUE EN FAVEUR DES RESSOURCES HUMAINES

AXE 1 : POLITIQUE RH

Thématique	Objectif général	Objectif opérationnel	Actions	Indicateurs		Valeur initiale déclarée par l'ESMS	Cible	
				Niveau 1	Niveau 2		Valeur	Année de CPOM
1/ Stratégie et pilotage de la GRH	Formaliser les orientations stratégiques au travers des outils de gouvernance	Mettre à jour le projet d'établissement en intégrant les spécificités de prise en charge des résidents ayant des maladies neuro dégénératives et/ou autres pathologies prévalentes	Réviser le projet d'établissement en intégrant une réflexion sur le maintien d'une unité dédiée à la gériopsychiatrie	Projet d'établissement intégrant un volet sur la prise en charge des maladies neuro dégénératives		Niveau 1 Oui	Niveau 1 : Oui	N+1
			plan de formation prévoyant chaque année au moins une formation ASG. Volet RH dit « projet social » dans le projet d'établissement.					
	Conforter les compétences de la direction et de l'encadrement	Renforcer les pratiques de pilotage (conduite de projet et pratiques managériales)	Définir une GPEC à 3 ans permettant d'anticiper les départs à la retraite prévus et adapter les recrutements aux besoins. -Engager une réflexion commune sur le parcours des personnes atteintes de MND au sein des EHPAD de Grignan, St Paul et Tulette.		Existence d'un volet RH dans le projet établissement	Niveau 2 Oui	Niveau 2 : Oui	N+3
			Formations. -Inclure dans le plan de formation des formations de management pour les encadrants.	Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management		Niveau 1 : 5% (3/60)	Niveau 1 : Stabilisation du taux	

			<p>-Mettre en place des réunions de direction selon une périodicité à définir. Certains thèmes abordés peuvent être communs avec les autres établissements de St Paul et Tulette.</p> <p>-Définir la politique de communication interne. Et favoriser le dialogue social et la cohésion d'équipe</p>		Nb de jours de formation continue / an à destination des personnels de l'encadrement et de direction	Niveau 2 2 à 4 jours	<u>Niveau 2</u> : Au moins 2 jours/an	N + 3
2/ Qualité de vie au travail et performance	Initier et/ou développer la Qualité de Vie au Travail pour favoriser la performance des prestations internes	Prévenir les risques psychosociaux et les risques liés au poste de travail	<p>Analyse des risques avec le DUERP et mise en place d'actions correctives. Beaucoup de communication au quotidien.</p>	Taux d'absentéisme pour motif accident du travail		Niveau 1 0,26%	<u>Niveau 1</u> : < à la médiane (établissements comparables)	Durée du CPOM
			<p>Développer le volet RPS dans le DUERP et le suivre.</p> <p>Suivre annuellement le DUERP et le plan d'actions.</p>		Inclusion de la thématique Risques Psycho Sociaux dans le DUERP	Niveau 2 oui	<u>Niveau 2</u> : Oui	N + 2

ENJEU 2 : POLITIQUE EN FAVEUR DES RESSOURCES HUMAINES

AXE 2 : ADAPTATION DES QUALIFICATIONS A L'EMPLOI

Thématique	Objectif général	Objectif opérationnel	Actions	Indicateurs		Valeur initiale déclarée par l'ESMS	cible	
				Niveau 1	Niveau 2		Valeur	Année de CPOM
1/ Anticipation des besoins quantitatifs et qualitatifs	Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois au regard du public accueilli	Adapter les expertises et les pratiques au besoin du public	Analyse des besoins réels pour les futurs recrutements. Personnel qualifié et compétent. Périodes d'immersion par le biais de pôle emploi ou la mission locale.	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences formalisée		Niveau 1 Non	<u>Niveau 1</u> : Oui	N+1
					Rédaction du plan de formation au regard des besoins évalués et intégrant les aspects réglementaires	Niveau 2 Oui	<u>Niveau 2</u> : Oui	Durée du CPOM
		Adapter les niveaux de qualification et les diplômes au besoin du public	8 ASH faisant fonction d'AS Résorption des 8 postes de faisant fonction dans le cadre d'un plan pluriannuel à 5 ans	Taux de professionnels diplômés par catégorie		Niveau 1 70% des AS 100% des IDE	<u>Niveau 1</u> : 100 % de personnels diplômés ou qualifiés par catégorie	N+5

ENJEU 3 : L'EHPAD DANS SON ENVIRONNEMENT

AXE 1 : CONTINUITE DU PARCOURS DE SOINS

Thématique	Objectif général	Objectif opérationnel	Actions	Indicateurs		Valeur initiale déclarée par l'ESMS	Cible	
				Niveau 1	Niveau 2		Valeur	Année de CPOM
1/ Accompagnement de fin de vie	Accompagner la personne en respectant sa volonté, soulager les douleurs physiques et prendre en compte les souffrances psychologiques	Assurer l'accès aux soins palliatifs	Médecin coordonnateur titulaire du DU de soins palliatifs, sessions de formation continue sur ce thème ; fait partie de la philosophie de l'établissement.	Taux de résidents décédés à l'hôpital au cours de l'année N-1		Niveau 1 8 % des décès	Niveau 1 : < 20 %	N+3
			Poursuivre les actions menées.		Nombre de recours à l'équipe de soins palliatifs	Niveau 2 : 0	Niveau 2 : Taux d'évolution	Durée du CPOM
		Recueillir les directives anticipées	De plus en plus, par le biais du médecin coordonnateur, de la psychologue, de la cadre... Formaliser la procédure de recueil des directives anticipées et poursuivre le déploiement de l'action.	Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie		Niveau 1 100%	Niveau 1 : > 30 %	N+1
2/ Coordination du parcours de soins	Eviter les ruptures de PEC en favorisant la coordination des acteurs	Favoriser le recours à l'HAD	Mettre en œuvre une convention de partenariat avec l'HAD.	Nb de HAD s/ nb d'hospitalisation N-1		Niveau 1 0	Niveau 1 : Taux d'évolution	Durée du CPOM
		Réduire les hospitalisations non programmées et préparer les retours à l'EHPAD	Se pratique en collaboration avec le service de médecine gériatrique de Montélimar, l'UCC, CH St Marie de privas ou CHDV à Montéligér. Réviser les modalités de collaboration avec le CH de Marie Engager une réflexion dans le cadre de la filière gérontologique pour un temps mutualisé d'IDE de nuit.	Taux d'hospitalisation programmées / Nb d'hospitalisation totale		Niveau 1 12 / 31 = 31%	Niveau 1 : > 80 %	N+2

ENJEU 3 : L'EHPAD DANS SON ENVIRONNEMENT

AXE 2 : CONTINUITE DU PARCOURS DE VIE

Thématique	Objectif général	Objectif opérationnel	Actions	Indicateurs		Valeur initiale déclarée par l'ESMS	Cible	
				Niveau 1	Niveau 2		Valeur	Année de CPOM
1/ Maintien des liens sociaux	S'inscrire dans la vie de la cité	Développer les liens intergénérationnels	A développer en collaboration avec les écoles	Participation à la gouvernance territoriale des dispositifs de coordination		Niveau 1	<u>Niveau 1</u> : Oui	Durée du CPOM
		Renforcer les échanges avec les partenaires de proximité (CAP, SAAD, maison départementale, RA , PTA...)	Echanges existants avec des partenaires locaux, CAP...		Nombre de conventions signées	0	<u>Niveau 2</u> :	
2/ Inscription de l'établissement dans la dynamique territoriale	Accentuer la diversification de l'offre	Recomposer l'offre en faveur du répit (AJ, HT, SSIAD) Atteindre un fort taux d'occupation pour l'HP et l'HT	Atteindre ou maintenir un taux d'occupation élevé HP et HT Définir un projet d'HT et le mettre en œuvre afin de favoriser le répit des aidants. Mettre en œuvre les orientations définies par les autorités suite aux travaux sur l'offre d répit. Intégrer dans le diagnostic des trois EHPAD en direction commune la structuration de l'offre de répit pour répondre aux besoins du territoire.	Taux de places de répit / capacité totale	TO HP TO HT (réel N-1)	Niveau 1 : 2% Niveau 2 : HP entre 98 et 99% à ce jour HT : 0 %	<u>Niveau 1</u> : % évolution <u>Niveau 2</u> : HP 98 % HT 80 %	N+3
	Repérer, identifier et mobiliser les ressources existantes du territoire	Renforcer la collaboration de l'EHPAD avec les autres acteurs de la filière ou du BSI pour développer de nouvelles prestations favorisant notamment le lien entre domicile et EHPAD	Intégrer la démarche de diagnostic des établissements publics en direction commune pour structurer le parcours de la personne âgée et favoriser la mutualisation des compétences et des fonctions.	Produire une analyse concertée du territoire et une analyse des prestations et activités permettant d'identifier ce qui peut être laissé à l'initiative des personnes accompagnées ou des proches ou faire l'objet d'un partenariat ou encore ce qui doit être réalisé directement par les professionnels de l'établissement		Niveau 1 non	<u>Niveau 1</u> : Oui	N+1

	Contribuer aux systèmes d'information	Disposer d'éléments de comparaison pour faire évoluer le pilotage de l'établissement	Assurer la cohérence des données du tableau de bord ANAP. Proposer un projet de modernisation du système d'Informations	Taux de remplissage Tableau de bord de la performance		Niveau 1 70%	Niveau 1 : 100 %	N+1
		Contribuer à la fluidification du parcours des PA (Via trajectoire et portail personnes âgées CNSA)	S'approprier viatrajectoire (0% d'admission)	% de résidents admis par Via trajectoire		Niveau 1 0%	Niveau 1 20 % / an	N+3 : 100%
					Actualisation annuelle des informations sur le portail CNSA	Oui	Niveau 2 Oui	N+1

ENJEU 4 : ASPECT FINANCIER

Thématique	Objectif général	Objectif opérationnel	Actions	Indicateurs		Valeur initiale déclarée par l'ESMS	Cible	
				Niveau 1	Niveau 2		Valeur	Année de CPOM
1/ Aspects financiers	Facturation	Améliorer la compréhension des factures par l'utilisateur	Pour les résidents drômois et ardéchois en HP, les factures devront comporter l'inscription : « <i>le Département de la Drôme participe à la prise en charge de votre dépendance au travers du versement de l'APA directement versée à l'établissement pour un montant de ».</i>	Facturation mise à jour O / N		non	Niveau 1 : Oui	N + 1

TITRE 2 : LES MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

Article 5 : Modalités de détermination des dotations des ESMS

Les articles R.314-159 et R.314-172 du CASF relatifs aux principes généraux de la tarification des forfaits soins et dépendance des EHPAD précisent les modalités d'affectation des ressources. Ainsi, une tarification forfaitaire à la ressource est calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie et de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD et est substituée à la procédure contradictoire annuelle, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance.

Dans les conditions prévues aux articles R.314-169, R.314-169-2 et R.314-169-4 du code de l'action sociale et des familles, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement ainsi que l'évaluation de leur besoin en soins requis sont réalisées, de façon simultanée, avant la conclusion du CPOM ainsi qu'au cours de la 3ème année du même contrat.

Par dérogation aux dispositions de l'article R.314-169 du code de l'action sociale et des familles, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement ainsi que l'évaluation de leur besoin en soins requis peuvent être reportées d'une année, à la demande d'une partie adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. Les autres parties font part de leur acceptation par lettre recommandée avec accusé de réception dans le délai de deux mois.

Ces évaluations devront être validées au plus tard le **30 juin de l'année N-1** pour être prises en compte.

5-1 Tarification de l'hébergement

L'évolution de l'enveloppe allouée au titre de l'hébergement, à savoir les charges de la classe 6 diminuées des recettes en atténuation (**hors résultat**), se fera sur la base du taux directeur défini chaque année par le Conseil départemental. A compter de l'année 2020, année de démarrage du CPOM, il n'y a plus de procédure contradictoire.

NOM ETABLISSEMENT	Montant classe 6	Recettes atténuatives	Enveloppe hébergement
EHPAD LES TOURTERELLES (année 2019)	1 747 056.47 €	320 077.49 €	1 426 978.98 €

Un financement complémentaire pérenne de 55 873€ octroyé en 2019 est reconduit de 55 873 € supplémentaires en 2020.

Les résultats des années antérieures à l'année de prise d'effet du CPOM seront analysés par le Département qui se positionnera également sur leurs affectations.

A compter de l'année de mise en œuvre du CPOM, les résultats ne seront plus repris conformément au IV de l'article L. 313-12.

Les prix de journée N-1 de l'EHPAD Les Tourterelles à GRIGNAN sont arrêtés de la manière suivante :

EHPAD	Tarif HP et temporaire année pleine	Tarifs applicables	Date application tarifs
Les Tourterelles (année 2019)	56.18 €	56.60 €	01/03/2019

Il est rappelé que le tarif de l'hébergement temporaire dans les EHPAD Drômois est celui de l'hébergement permanent et que celui de l'accueil de jour équivaut à 50 % de l'hébergement permanent.

Conformément à l'article R. 314-181 du CASF, l'activité retenue sera basée sur la moyenne des trois derniers exercices clos sauf situation particulière.

5-2 Forfait dépendance

La valeur départementale du point GIR sera arrêtée annuellement par le Président du Conseil départemental avant le 30/04 de l'année.

Cette dernière servant de référence pour le calcul du forfait global dépendance de l'année 2019 est fixée en Drôme à 7.12 € TTC.

La convergence tarifaire s'établit à compter de l'année 2018 et s'effectuera jusqu'en 2023, soit sur 6 ans.

La dotation cible est le résultat de l'équation tarifaire "GMP * capacité financée Hébergement Permanent * valeur du point GIR départemental" avec une revalorisation d'un 6ème dès 2018 pour d'atteindre la dotation cible à l'échéance 2023 et ce conformément aux décrets d'application de la loi ASV.

EHPAD Les Tourterelles à GRIGNAN Dotation 2019	215 483.05 €
---	--------------

EHPAD Les Tourterelles	Tarif HP et temporaire année pleine	Tarifs applicables	Date application tarifs
GIR1-2	21.18 €	20.60 €	01/04/2019
GIR 3-4	13.44 €	13.07 €	01/04/2019
GIR 5-6	5.70 €	5.54 €	01/04/2019

5-3 Forfait soins

Pour la période 2020 et 2021, ce forfait sera calculé, en application de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale 2019, pour atteindre la dotation cible et est fonction de la variation du point fixée annuellement par la CNSA.

Dotations soins HP reconductible 2019	888 469,12€
---------------------------------------	-------------

La dotation plafond est le résultat de l'équation tarifaire "GMPS * capacité financée HP * valeur de point"

Pour la période 2020 à 2021, en application de l'article 64 de la LFSS 2019 modifiant les dispositions de l'article 58 VII de la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, la dotation soins HP reconductible convergera vers la dotation cible, à raison de la moitié de l'écart en 2020.

A compter de 2021, le forfait soins (hors financements complémentaires) sera égale à la dotation cible.

Le GMPS doit être obligatoirement validé au plus tard le 30 juin N-1 pour le calcul du forfait soins N. Passé cette date, il sera pris en compte en N+1.

5-4 Financements complémentaires

5-4-1 Financements pérennes

Types d'actions	Modalités d'organisation	Montant	
		ARS	Conseil départemental
HT	1 lit	12 867,82€	

5-4-2 Financements ponctuels

Types d'actions	Modalités	EHPAD concerné	Montant	
			ARS	Conseil départemental
Modalités d'accueil expérimentales				
Actions ponctuelles de prévention, modernisation, restructuration, amélioration de la qualité et la sécurité des soins, développement de la qualification des professionnels				

5-5 Fixation des taux d'occupation pour l'hébergement permanent

Le taux d'occupation retenu est le taux d'occupation dépendance de l'année N-1, les absences de moins de 72 heures pour cause d'hospitalisation ou pour convenance personnelle étant comptabilisées.

Pour le forfait global dépendance :

En application des dispositions de l'arrêté du 4 septembre 2017 relatif aux seuils mentionnés à l'article R-314-174 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global dépendance, ce dernier peut être minoré selon les dispositions suivantes :

- Si le forfait global dépendance perçu est de 100 % de l'équation tarifaire : le taux d'occupation doit être supérieur ou égal à 95 %.
- Si le forfait global dépendance perçu est compris entre 90 et 100 % de l'équation tarifaire, l'évolution du taux d'occupation doit être le suivant : 90 % en 2018, 91 % en 2019, 92 % en 2020, 93 % en 2021, 94 % en 2022 et 95 % en 2023 ;
- Si le forfait global dépendance perçu est inférieur à 90 % de l'équation tarifaire, la modulation ne s'applique pas.

Pour le forfait global soins :

En application des dispositions de l'arrêté du 6 juin 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif aux seuils mentionnés à l'article R.314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global soins, ce dernier peut être minoré selon les dispositions suivantes :

- Si le forfait global soins perçu est de 100 % de l'équation tarifaire : le taux d'occupation doit être supérieur ou égal à 95 %.

- Si le forfait global soins perçu est compris entre 90 et 100 % de l'équation tarifaire, l'évolution du taux d'occupation doit être le suivant : 91% en 2020 et 95% en 2021.
- Si le forfait global soins perçu est inférieur à 90 % de l'équation tarifaire, la modulation ne s'applique pas.

Pour les forfaits globaux dépendance et soins, la modulation appliquée est la suivante : un demi-point sur chacune des dotations (dépendance et soins) par point de taux d'occupation non réalisé.

Il appartiendra à l'organisme gestionnaire de porter à la connaissance des autorités publiques tout événement à caractère exceptionnel justifiant cette baisse d'activité.

Le Département et l'ARS peuvent tenir compte de situations exceptionnelles pour ne pas appliquer tout ou partie de la modulation applicable au forfait global de dépendance et au forfait soins.

5-5 Fixation des taux d'occupation pour les autres activités

Activités	EHPAD concerné	Taux d'occupation N-1/file active	Taux d'occupation cible mi-parcours	Taux d'occupation cible à 5 ans
HT	EHPAD Les Tourterelles	0 %	50 %	80 %

Article 6 : Cadre budgétaire du CPOM

6-1 Périmètre et transmission de l'EPRD

A la date d'effet de la signature du présent CPOM et en application du décret 2016-1815 du 21/12/2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l'article L312-1 du CASF, l'organisme gestionnaire produit un EPRD recouvrant l'ensemble des EHPAD du périmètre du CPOM.

En application de l'article R314-212 du CASF, l'EPRD inclut tous les ESMS gérés par l'établissement public autonome même ceux qui ne sont pas inclus au contrat.

Les charges et produits de chaque établissement du périmètre de l'EPRD sont retracés dans des comptes de résultat prévisionnel (CRP) spécifiques.

L'EPRD et ses annexes doivent être transmis par voie dématérialisée aux autorités de tarification avant le 30 avril ou dans les 30 jours suivants la dernière notification de crédits et au plus tard le 30 juin.

6-2 Clôture de l'exercice et modalités d'affectation du résultat

Le gestionnaire s'engage à transmettre chaque année l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (et ses annexes) pour le 30 avril. A défaut, les autorités de tarification arrêteront le résultat et son affectation, en application de l'article R314-237 du CASF.

Le périmètre de l'ERRD est identique au périmètre de l'EPRD.

Les résultats d'exploitation de chaque établissement du périmètre de l'ERRD seront retracés dans des comptes de résultat spécifiques.

Le principe budgétaire global est celui d'une libre affectation des résultats des établissements relevant du CPOM laquelle peut s'appliquer entre les différentes sections tarifaires. Le gestionnaire affectera les résultats sur les comptes de résultat dont ils sont issus.

En application de l'article R.314-234 du CASF, les parties conviennent des modalités d'affectation des résultats en lien avec les objectifs définis au présent contrat et selon les dispositions suivantes :

a) Les excédents d'exploitation sont affectés en priorité à l'apurement des déficits antérieurs. Sous cette réserve, l'organisme gestionnaire affecte le résultat excédentaire de l'année en le répartissant sur les comptes pré-listés à l'article R. 314-234 du CASF. Les choix d'affectation doivent favoriser la réalisation des objectifs du présent contrat et tenir compte d'un diagnostic financier de l'établissement réalisé annuellement et partagé par les autres parties.

b) Les déficits d'exploitation sont couverts en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire. Le cas échéant, ils seront couverts par la reprise de la réserve de compensation et, pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Lorsque les données de chaque compte de résultat font apparaître une insuffisance d'autofinancement durant trois exercices consécutifs, le directeur précise dans son rapport d'activités les mesures de redressement ainsi que leur délai de mise en œuvre, nécessaires à la poursuite de l'activité. Chacune des parties signataires évaluera la pertinence de saisir le comité de suivi, tel que mentionné à l'article 9 du présent contrat.

6-3 Suivi et évaluation du plan de retour à l'équilibre financier

L'établissement est responsable de la mise en œuvre effective des engagements figurant à l'article 4-2 du présent contrat et aux annexes opposables correspondantes.

Un comité de pilotage se déroulera chaque année à l'occasion de la transmission anticipée de l'EPRD et à la transmission de l'ERRD.

Ce comité sera composé des organismes suivants :

- Etablissement : Directeur et Président du Conseil d'administration ou son représentant ;
- Département : Direction des solidarités ;
- ARS : représentants du Pôle autonomie de la DD 26 ;
- DDFIP : représentant(s) de la Direction

Article 7 : Frais de siège

EHPAD non concerné

TITRE 3 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 8 : Suivi et évaluation du contrat

Les parties signataires du contrat organisent la mise en place d'un comité de suivi chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

8-1 Composition

Le comité de suivi est ainsi composé des représentants des parties signataires du présent contrat.

8-2 Documents à produire

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par l'organisme gestionnaire dans le cadre de ses obligations réglementaires et conventionnelles : évaluations externes, internes, documents budgétaires et comptables, revue des objectifs, données du tableau de bord de la performance, actualisation des données administratives déclarées (article 1-2).

8-3 Dialogues de gestion

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

- Au cours de l'année de réalisation de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement et de l'évaluation de leur besoin en soins requis prévues à l'article 6 du présent contrat, afin d'établir un point à mi-parcours, le comité de suivi examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par l'organisme gestionnaire permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement. Il valorise les résultats obtenus et les efforts réalisés. Il signale les retards pris ou les difficultés et propose un plan de mesures correctrices intégrant éventuellement un réajustement des objectifs et/ou des moyens initiaux si cela est justifié. Après accord du comité de suivi, ces modifications pourront faire l'objet d'un avenant au contrat.
- Au cours de la 5^{ème} année du contrat, pour le bilan final et la préparation du prochain contrat, le comité de suivi examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci

Compte tenu du bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance.

En dehors de ces dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances 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 date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié, des suites à donner.

8-4 Transmission annuelle

Dans le cadre de la transmission de l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) au 30/04/N+1, l'organisme gestionnaire doit joindre une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre, pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

Article 9 : Traitement des litiges

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

Article 10 : Révision du contrat

Une révision du CPOM peut être réalisée au vu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles des parties.

Article 11: Entrée en vigueur et durée de du contrat

Le présent contrat entre en vigueur le 01/01/2020, pour une durée de 5 ans, soit le 31/12/2024. Les objectifs spécifiques financiers devront mis en œuvre sur la période 2019-2021.

La durée initiale du contrat peut être prorogée pour une durée maximale d'un an. Au plus tard 6 mois avant l'échéance prévue du CPOM, une partie signataire souhaitant la prolongation 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 le CPOM d'un an peut être conclu.

Article 12 : Résiliation du CPOM

Il prend fin dans les cas suivants :

- En cas d'évolution législative ou réglementaire lui faisant perdre son objet
- En cas de résiliation de l'une des parties
- Le non-respect des engagements par le co-contractant

Une ou plusieurs parties peut demander la résiliation du présent contrat.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception adressée aux autres signataires du contrat.

Ladite résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un délai de deux mois à compter de la réception de la lettre recommandée.

Dans le cadre d'une fermeture provisoire ou définitive de l'établissement, le présent contrat sera suspendu ou résilié de plein droit à la date de fermeture.

Article 13 : Annexes

Les documents ci-après constituent les annexes du CPOM :

- Annexe 1 : Organigramme de l'établissement,
- Annexe 2 : Diagnostic de l'établissement
- Annexe 3 : plan d'actions de retour à l'équilibre financier

A Lyon, le

Le Directeur Général
de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

La Présidente
du Conseil Départemental

L'organisme gestionnaire

Envoyé en préfecture le 28/04/2020

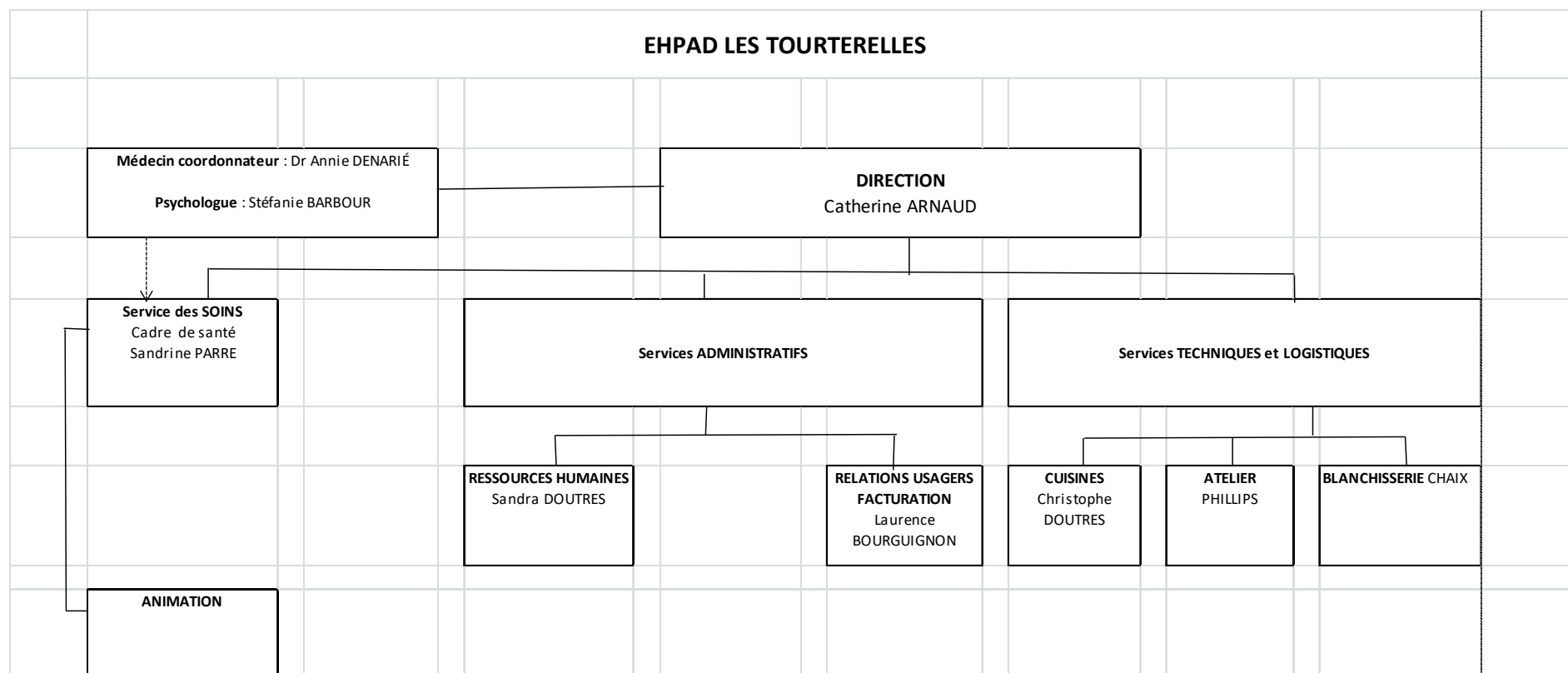
Reçu en préfecture le 28/04/2020

Affiché le 04/05/2020



ID : 026-222600017-20200427-CP20200427_10-DE

Annexe 1 : Organigramme de l'établissement



ANNEXE 2 : Diagnostic de l'établissement

ENJEU 1 : SANTE ET BIEN ETRE DES RESIDENTS

AXE 1 : QUALITE ET SECURITE DE LA PRISE EN CHARGE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT

<p>1/ Prévention et prise en charge des risques liés à la santé</p>	<p>Définir une stratégie de prise en charge de la dénutrition et mettre en place des mesures de prévention</p>	<p>Concernant l'hygiène bucco-dentaire (HBD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un dépistage systématique buccodentaire est-il réalisé à l'entrée? -Quelle périodicité de la réévaluation ? - Les résidents ont-ils accès à un cabinet dentaire ? - Participation du personnel aux formations à l'HBD : % de personnel ayant bénéficié d'une formation à l'HBD, - Un correspondant Santé Orale a-t-il est nommé ? - % de résidents ayant bénéficié d'un dépistage santé orale dans les 6 premiers mois suivant son arrivée dans l'établissement effectué par le référent santé orale de l'établissement ou à défaut par un chirurgien-dentiste - % de résidents ayant bénéficié d'une consultation par un chirurgien-dentiste / nb de résidents ayant besoin de soins suite au dépistage ... 	<p>Pas de dépistage par un dentiste mais évaluation par une des 3 référentes HBD de l'établissement (cadre de santé, infirmière ou aide soignante)</p> <p>Réévaluation en fonction des pathologies, si symptômes. Accès possible à deux cabinets dentaires installés dans la commune. Un dentiste réalise des consultations à la demande au sein de l'établissement.</p> <p>Trois agents ont bénéficié de la formation à l'HBD (cadre– IDE – AS) et sont tous trois considérés comme correspondants santé orale.</p> <p>Tous les résidents ont bénéficié d'un dépistage par une des référentes santé orale.</p> <p>Consultation en fonction des besoins ; aucun résident en systématique. Orientation avec le service de stomatologie du CH d'Orange pour les résidents présentant des troubles cognitifs.</p>
--	--	--	--

	<p>Concernant la dénutrition ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procédure de dépistage de la dénutrition et de renutrition pour les patients dénutris ? - La mesure des ingesta est-elle réalisée à l'entrée ? - Procédure de suivi du poids ? - Taux de résidents bénéficiant d'une mesure mensuelle de leur poids - Taux de résidents dénutris bénéficiant d'une prise en charge nutritionnelle spécifique (compléments oraux, enrichissement, fractionnement des repas, nutrition entérale de complément...) ... 	<p>Contrôle de l'albuminurie, pesée une fois par mois ou plus si nécessaire.</p> <p>Evaluation de l'alimentation qui est adaptée à chaque cas particulier.</p> <p>Suivi du poids : comme indiqué ci-dessus, 100% des résidents sont concernés, à raison d'une mesure mensuelle qui est tracée sur le logiciel soins (PSI).</p> <p>Environ 8%.</p>
Améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge de la douleur	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'échelle de la douleur ? Laquelle ? -personnel sensibilisé à cette utilisation ;formation à la prise en charge de la douleur : % de personnels formés à la prise en charge de la douleur. - Taux de résidents dont la mesure de la douleur a été réévalué et prise en charge au cours de N-1 - L'ensemble des résidents douloureux bénéficient-ils d'une évaluation de la douleur ? - Réévaluation à intervalle régulier ? 	<p>Utilisation de l'échelle de la douleur EVA, dolo plus plus rarement.</p> <p>Protocole d'évaluation et de prise en charge de la douleur élaboré.</p> <p>L'ensemble du personnel de soins est formé au repérage de la douleur et sensibilisé par le médecin coordinateur. Médecin coordonnateur ayant un DU soins palliatifs.</p> <p>Les réévaluations sont régulières ; 100% des personnes douloureuses.</p> <p>Evaluation et réévaluation régulière.</p>
Mettre en œuvre la prévention et la prise en charge des chutes	<ul style="list-style-type: none"> -L'évaluation du risque de chutes est-elle réalisée de manière systématique l'entrée ou lors de la révision du projet de soins - recueil des circonstances et conséquence de chutes par l'établissement; feuille de recueil ad hoc 	<p>Evaluation réalisée par rapport à la manière dont la personne est chaussée, à la nécessité ou non de barrières de lit, à l'utilisation d'aides au déplacement.</p> <p>Fiches de chutes, traçabilité sur le logiciel PSI. Avec, bien entendu analyse des circonstances.</p>

		<p>-suivi et analyse des circonstances de chutes ?</p> <p>- Analyse globale et annuelle des chutes ?</p> <p>-Taux de résidents ayant bénéficié d'une évaluation de l'équilibre et de la marche dans les 6 mois de leur entrée dans l'établissement</p> <p>-Taux de chutes ayant entraîné une hospitalisation</p>	<p>Analyse globale et annuelle des chutes dans le rapport d'activité du médecin coordinateur.</p> <p>100% des résidents, évaluation par le kinésithérapeute.</p> <p>29 chutes recensées, 6 patients hospitalisés soit environ 20% des personnes ayant chuté, 5 fractures.</p>
	Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles et cognitives des résidents atteints de MND	<p>-Dépistage des troubles cognitifs, comment? Quand?</p> <p>-quels tests sont utilisés</p> <p>-Accompagnement et prise en charge proposée des personnes atteintes de MND ?</p> <p>Taux de personnels soignants formés à la PEC des MND</p> <p>Taux de résidents ayant une MND et une prescription de neuroleptiques</p>	<p>Oui mais pas systématique. En fonction des manifestations de ces troubles cognitifs.</p> <p>Test utilisé : MMS.</p> <p>Secteur protégé de 10 places.</p> <p>Une AMP et 10 aides soignantes ont suivi la formation d'assistant de soins en gériatrie (ASG).</p> <p>40 sur 71 soit environ 56 % de la population hébergée.</p>

<p>2/</p> <p>Organisation et mise en œuvre de la gestion des risques</p>	<p>Renforcer la sécurité des usagers par la prévention et la gestion des risques individuels et collectifs</p>	<p>*Quel dispositif de recueil, de traitement et d'analyse des EIG en interne ? en externe ?</p> <p>*Quel le plan de communication/sensibilisation de ce dispositif auprès de professionnels ?</p> <p>* Nombre de fiches de déclaration d'événements indésirables enregistrés en interne</p> <p>* Production d'une analyse annuelle ?</p> <p>* Plan bleu comprenant le volet évacuation ?</p> <p>fiche sécurisation ?</p>	<p>Cahier de signalement pour le service de maintenance.</p> <p>La procédure de signalement des EI et EIG n'est pas mise en œuvre pour l'ensemble des services.</p> <p>Dysfonctionnements tracés sur PSI, formation de tous les personnels soignants.</p> <p>Pas de fiche de déclaration mais traçage sur PSI et prise en compte par le cadre.</p> <p>Non.</p> <p>En cours de rédaction.</p>
		<p>* Plan bleu comprenant le volet risques infectieux ?</p> <p>- Quel dispositif d'analyse et de maîtrise du risque infectieux ?</p> <p>- Indicateurs des risques infectieux N-1 et N-2 ?</p> <p>-DARI réalisé ? plan d'action réalisé ? Qui est le référent ? quel est le suivi du plan d'actions ?</p> <p>- Gestion des DASRI ?</p> <p>- Organisation d'une campagne de vaccination antigrippale destinée aux personnels de l'ESMS : taux de vaccination</p> <p>- Organisation d'une campagne de vaccination antigrippale destinée aux résidents : taux de vaccination</p>	<p>Volet plan bleu finalisé. Protocoles existants.</p> <p>Précautions standard, conduites à tenir, déclaration si nécessaire.</p> <p>L'établissement dispose de deux infirmières ayant le diplôme d'infirmière hygiéniste. DARI réalisé en collaboration avec la cellule d'hygiène du CH de Montélimar. Référent :2 infirmières hygiénistes. Bilan réalisé chaque année depuis 2008 avec l'équipe mobile d'hygiène du CH de Montélimar.</p> <p>Gestion des DASRI : contrat avec société extérieure.</p> <p>Campagne de vaccination anti grippale destinée aux agents, avec des résultats mitigés mais un taux de vaccination en progression. Taux de vaccination de 30%</p> <p>Oui, 100% des résidents.</p>

		<p>Pour les établissements sans PUI *Autoévaluation à partir du guide régional ARS *un plan d'actions a-t-il été défini ? quelles sont les actions prioritaires ? *Existence d'une procédure sur le circuit du médicament ? Pour les établissements avec PUI : Certification PUI ?</p>	<p>Autoévaluation, évaluation des services de l'assurance maladie en 2016.</p> <p>Un plan d'actions n'a pas été formalisé mais évaluation régulière des traitements.</p> <p>Pas de procédure. Fonctionnement avec l'officine du village. Pas d'EIG lié à la prise de médicaments</p>
--	--	---	---

AXE 2 : BIEN ETRE ET RESPECT DE LA DIGNITE DES RESIDENTS (PAR L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE)

Thématique	Objectif général	Actions	Commentaires
1/ Personnalisation de l'accompagnement	Améliorer l'accueil et l'évaluation initiale en utilisant un support de recueil des usagers respectant les habitudes des personnes	*Quelles sont les modalités d'accueil de la personne ? *Existe-t-il une procédure de rédaction et d'actualisation du projet personnalisé ? *A quel moment est impliqué le résident et sa famille ? *Taux de résidents avec un PP actualisé ou créé depuis moins de 12 mois *Taux de résidents ayant une personne de confiance désignée	<p>Visite de pré admission avec le médecin coordinateur, communication avec les familles. Projet personnalisé et actualisé sur PSI.</p> <p>Implication permanente.</p> <p>Tous les résidents ont un projet personnalisé.</p> <p>Quasiment tous.</p>
2/ Personnalisation des activités	Offrir aux résidents la possibilité de choisir des	*Existence d'un CVS ? les items abordés ? *Quelles sont les modalités de recueils des demandes des usagers et de leur famille ? * *Existe-t-il une enquête de satisfaction : périodicité ? thématiques abordées ? auprès de qui ? quelle exploitation	<p>Existence d'un CVS qui débat sur : la vie de l'établissement, les tarifs pratiqués, les problèmes rencontrés dans la vie quotidienne, les projets divers, les souhaits manifestés par les personnes âgées.</p> <p>Le CVS se réunit au moins trois fois par an.</p> <p>Recueil des demandes par communication directe (on se parle). Parfois des courriers adressés par des familles mécontentes (très rare) et qui font l'objet d'une réponse précise.</p> <p>Personnel disponible pour échanger et écouter.</p>

collectives et individuelle s	activités correspondants à leurs attentes	* Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées	Enquête de satisfaction qui date un peu (2005). Plus de 90% des résidents sont satisfaits des activités proposées.
		*Existence d'un projet d'animation ? *Types d'activités proposées ? qui les met en œuvre ? *Taux d'animation individualisée / animation collective ?	Inclus dans le projet de vie de l'établissement. rédaction d'un projet d'animation en cours Activités manuelles, gymnastique douce, activités festives, loto, spectacles, ateliers mémoire...animations individualisées une fois par semaine sur une matinée (10%) et adaptation à chaque unité (PHV, Alzheimer...).
3/ Mise à disposition d'un cadre de vie sécurisé et convivial	Sécuriser les locaux	*sécurité incendie : avis de la commission ? quelles sont les mesures correctives prévues et à quelle échéance ? *Sécurité la nuit/intrusion/fugue *Sécurité électrique : DARDE, groupe électrogène ?	Avis favorable de la commission de sécurité. Quelques mesures correctives (aménagements, petits travaux...) qui seront vues à la prochaine visite. Locaux protégés, surtout le secteur fermé avec alarme en cas de sortie la nuit dans le jardin privatif. Présence de 2 AS + 1 ASH et appel de l'infirmière de l'HAD si besoin Groupe électrogène.
	Adapter les locaux aux besoins des personnes âgées	*existence d'une unité protégée? *Modalités d'organisation alliant sécurité et liberté d'aller et venir des résidents ?	Oui. Unité d'une grande surface et jardin clos très vaste. Deux aides soignantes en permanence le jour, une aide soignante la nuit.
	Restauration	*Adaptation des menus aux goûts et aux besoins des résidents ? *Horaires des repas ? quel accompagnement pour les personnes les plus dépendantes ?	Oui, textures modifiées en fonction des personnes, régimes, goûts individuels. Excellente qualité de la restauration. Personnel de cuisine formé à l'adaptation des menus. Travail en cours pour améliorer l'esthétique des repas mixés. Horaires des repas : déjeuner dès 11h30, dîner dès 18h30. Horaire du petit-déjeuner : dès 7h30. Accompagnement personnalisé, utilisation de matériel ergonomique, aide au repas pour les personnes le nécessitant.
	Cadre convivial	*Adaptation des locaux ? *Possibilité d'accueil de la famille et des proches *Utilisation des espaces extérieurs.	Oui, rénovation complète des locaux achevée en 2005. Possibilité d'accueil des familles en salle de restauration ou dans les lieux de vie. Oui, par exemple, barbecue « géant » une fois par an.

ENJEU 2 : POLITIQUE EN FAVEUR DES RESSOURCES HUMAINES

AXE 1 : POLITIQUE RH

Thématique	Objectif général	Actions	Commentaires
1/ Stratégie et pilotage de la GRH	Formaliser les orientations stratégiques au travers des outils de gouvernance	*Existence d'un projet d'établissement qui intègre les spécificités de prise en charge des résidents MND? *Présence d'un volet RH dans le PE ? Décliné en plan d'actions ? *Quelles sont les orientations stratégiques du projet d'établissement ? *Formalisation d'une GPEC avec projection sur 5 ans ? *Organisation des délégations ? Présence des fiches de postes, organigramme ?	Oui, projet d'établissement intégrant un projet spécifique pour l'unité protégée. Toutefois, le projet d'établissement ne précise pas l'accompagnement proposé des personnes présentant des troubles cognitifs mais non admis en unité protégée ; cela étant, une majorité d'aides soignantes a suivi la formation d'ASG et est apte à accompagner les personnes désorientées. Présence d'un projet RH dit projet social, mettant l'accent sur la formation et les compétences. Non. La GPEC se fait sur un laps de temps plus court, en fonction des problématiques rencontrées. Le développement des compétences est favorisé (cf le nombre d'ASG de l'institution). Oui.
	Conforter les compétences de la direction et de l'encadrement	*Positionnement des cadres ? Les cadres ont-ils une fiche de poste ?... *Document unique de délégations ? de subdélégation ?etc. *Quelle politique de formation au management pour les cadres ? *Nb de jours de formation continue / an à destination des personnels de l'encadrement et de direction *Réunions de l'équipe de direction... Taux de personnels occupant une	Les cadres ont tous une fiche de poste. Nous ne disposons pas de ce document. Formation initiale et sessions ponctuelles. De 2 à 4 jours par cadre.

		fonction de gestion d'équipe ou de management	<p>Hebdomadaire et en fonction des problématiques rencontrées.</p> <p>3 agents : soins, administration, service cuisine.</p>
2/ Qualité de vie au travail et performance	Initier et/ou développer la QVT pour favoriser la performance des prestations internes	*Modalité de remplacement ? *Taux d'absentéisme par motif d'absence ? *DUERP rédigé et suivi *Procédure d'élaboration des plannings ? *Evaluation de la charge de travail ?	<p>Pas ou très peu de remplacements de courte durée. 7.38% (hors formation – campagne anap 2016)</p> <p>Oui, présenté en CHSCT. Manuelle pour l'heure, avec roulement de base. Informatisation prévue en 2018.</p> <p>GMP et PATHOS</p>
		*DUERP Incluant un volet RPS ? Quel plan d'actions ? *Consultation des IRP sur les problématiques de QVT ? *Existence d'un projet social ? *Mise en place de l'analyse de la pratique (pour qui, par qui, selon quelle périodicité) ?	<p>Non</p> <p>Oui, inclus dans le projet d'établissement.</p> <p>Oui, cadre infirmier (soins), infirmières hygiénistes (soins et entretien des locaux), pour les personnels soignants et les personnels chargés de l'entretien des locaux.</p>

AXE 2 : ADAPTATION DES QUALIFICATIONS A L'EMPLOI

Thématique	Objectif général	Actions	Commentaires
1/ Anticipation des besoins quantitatifs et qualitatifs	Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois au regard du public accueilli	*modalités de recueil des besoins de formation et de rédaction du plan de formation ? *procédure formalisée des entretiens professionnels ?	Recueil annuel par envoi d'un courrier à chaque agent ; quelques formations institutionnelles proposées, plan de formation ouvert aux projets individuels mais toujours en conformité avec la mission de l'institution. Oui. Une fois par an.
		*Nombre de faisant fonctions ? Quel plan de résorption ? * Nombre ASG ? *Taux de professionnels diplômés par catégorie * Taux de formation qualifiante ?	8 faisant fonction d'aide soignant ; résorption au fur et à mesure des départs, et en fonction des demandes des intéressées. 10 (jour et nuit) AS : 100%, infirmiers : 100%, ASHQ : souvent SAPAT ou bep sanitaire et social ou DEAVS... 85%
2/ Recrutement et remplacement du personnel	Déployer une politique de recrutement, d'intégration et de remplacement	*Modalité d'accueil d'un nouvel arrivant : livret, doublon, évaluation, référent ?... *Taux de rotation des personnels arrivés dans les 12 derniers mois	Livret d'accueil, temps en doublon si possible, référent (cadre et délégation à une AS ou une ASHQ...) présence de 9 contrats aidés (cuisine / hôtellerie/ services de soins) Taux de 5.66% (tableau anap campagne 2016)
		*Continuité des personnels soignants / remplacement par du personnel diplômé ? *organisation de la nuit ? *Instances représentatives du personnel ou DP ? *Part de l'intérim / charges de personnel Ou Durée moyenne des CDD *Taux de prestations extérieures (anap)	Au fur et à mesure des départs à la retraite ; diplômes et compétences sont privilégiées. 2 AS et 1 ASHQ en permanence. CTE, CAPL, CHSCT. Pas d'intérim, remplaçantes contractuelles.

ENJEU 3 : L'EHPAD DANS SON ENVIRONNEMENT

AXE 1 : CONTINUITE DU PARCOURS DE SOINS

Thématique	Objectif général	Actions	Commentaires
1/ Accompagnement de fin de vie	Accompagner la personne en respectant sa volonté, soulager les douleurs physiques et prendre en compte les souffrances psychologiques	*Volet soins palliatifs dans le PE : quels sont les objectifs définis *Convention EMSP * % de personnel formé sur l'accompagnement de la fin de vie *Taux de résidents décédés à l'hôpital au cours de l'année N-1 *Nombre de recours (conseil, évaluation, formation) à l'équipe de soins palliatifs en N-1	Projet de soins comprenant un volet soins palliatifs, surtout un accompagnement des personnes en fin de vie. Pas de convention EMSP. Le médecin coordinateur est titulaire du DU de soins palliatifs. Quasiment l'ensemble des soignants a été formé. 2 décès à l'hôpital en 2016. Aucun recours.
		*Quel recueil des directives anticipées : *Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie	Mise en place progressive car délicate des directives anticipées. Souhaits relatifs à la fin de vie pour 70% des résidents.
2/ Coordination du parcours de soins	Eviter les ruptures de PEC en favorisant la coordination des acteurs	*Convention HAD : * Nb de HAD s/ nb d'hospitalisation N-1	Convention avec l'HAD du CH de Montélimar. Une prise en charge HAD en 2016.
		*quelle coordination avec les CH ? *Taux d'hospitalisation programmées / Nb d'hospitalisation totale	DLU opérationnel. Fiche de liaison d'urgence (rédigée par le service des urgences de Montélimar). Hospitalisations programmées : 12 sur 29 soit environ 38%.

AXE 2 : CONTINUITE DU PARCOURS DE VIE

Thématique	Objectif général	Actions	Commentaires
1/ Maintien des liens sociaux	S'inscrire dans la vie de la cité	*Quelles activités intergénérationnelles ? *Proposition d'activités à l'extérieur de l'EHPAD ?	Quelques expérimentations mais pas assez régulières. Sorties aux beaux jours, club du 3 ^{ème} âge de temps en temps.
		*Participation aux actions du CAP (ex CLIC) ? communales,...? *Convention avec les partenaires permettant de maintenir les liens sociaux ?	Actions communales : le festival de la correspondance, manifestations diverses : « fiero au país », carmentran... Spectacle des « nuits de Grignan »
2/ Inscription de l'établissement dans la dynamique territoriale	Accentuer la diversification de l'offre de répit	*taux d'occupation HT ? AJ ? en N-1, N-2 *analyse des besoins de territoires ? *proposition de reconversion des places d'HP en conformité avec les besoins identifiés.	Hébergement temporaire : peu ou pas de demande. Est devenu, par la force des choses, un hébergement définitif.
	Repérer, identifier et mobiliser les ressources existantes du territoire	*participation aux travaux de la FG ? *quelles actions avec les EHPAD du territoire ? *Lien avec les résidences autonomes ? *Actions de prévention auprès des personnes âgées à domicile ? *Quelles sont les coopérations et mutualisations avec les partenaires EHPAD et domicile mises en place ? envisagées ?	Participation aux travaux de la filière gérontologique. Animations communes avec les EHPAD du territoire, réunions communes des animatrices des EHPAD...échanges réguliers entre les EHPAD, avec les résidences autonomie par l'intermédiaire des résidents et leurs familles. Excellentes relations d'une manière générale.

	Consolider l'offre par le développement des complémentarités	*DLU mis à jour et transmis en cas d'hospitalisation *quels échanges et collaboration lors d'hospitalisation (entrée/sortie) ? *Taux d'hospitalisation en urgence avec DLU / sans DLU	Oui, systématiquement. Communication et relations privilégiées avec le court séjour gériatrique et l'UCC. 100% avec DLU
	Contribuer aux systèmes d'information	*taux de remplissage du tableau de bord de la performance ? *Utilisation comme outil de pilotage ? *Outils et procédure interne de recueil des données ?	Plus de 90%. Pas d'utilisation pour l'heure (trop récent)
		*taux d'admission via trajectoire ? *Actualisation annuelle des informations sur le portail PA	Pas d'admission par « Viatrajectoire ».
	Se mobiliser dans la démarche Responsabilité Sociétale des Entreprises sur le volet environnemental	*quelles actions développées dans le cadre démarche RSE ? *Nomination d'un référent au sein de l'établissement, de l'OG ?	