

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

Secteur Personnes Handicapées



Sommaire

L'objet de ce guide méthodologique	3
L'élaboration de la trame de CPOM régionale.....	5
Les étapes de la contractualisation	7
Le remplissage des annexes	10
Annexe 1 : Fiche d'identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat.....	12
Annexe 2 : Diagnostic partagé	13
Annexe 3 : Synthèse et objectifs.....	15
Annexe 4 : Fiche actions	16
Annexe 5 : Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)	17
Annexe 6 : Plan de retour à l'équilibre	17
Annexe 7 : Arrêté portant autorisation des frais de siège	17
Annexe 8 : Eléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM	18
Fiches ressources.....	19
Fiche ressource n°1 - Bientraitance / Maltraitance secteur personnes handicapées.....	19
Fiche ressource n°2 - La prévention et la gestion des risques associés aux soins.....	21
Fiche ressource n°3 - Sécurité et qualité de la prise en charge médicamenteuse	23
Fiche ressource n°4 - Transformation de l'offre médico-sociale secteur personnes handicapées.....	25
Fiche ressource n°5 - Réponse Accompagnée Pour Tous.....	27
Fiche ressource n°6 - Accès à la prévention et aux soins somatiques.....	29
Fiche ressource n°7 - Mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail.....	31

L'objet de ce guide méthodologique

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

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

1. Le cadre législatif et réglementaire

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

Dispositions réglementaires :

- Décrets : n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnées au I de l'article L.312-1 du CASF ;
- Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF ;
- Instruction 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 CPOM prévu au IV ter de l'article L.312-12 du CASF et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

La réforme de la contractualisation des établissements et services accompagnant des PH s'opère sur une durée de 6 ans à compter du 1er janvier 2016.

La signature d'un CPOM est obligatoire.

2. Quel est l'intérêt d'un CPOM ?

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

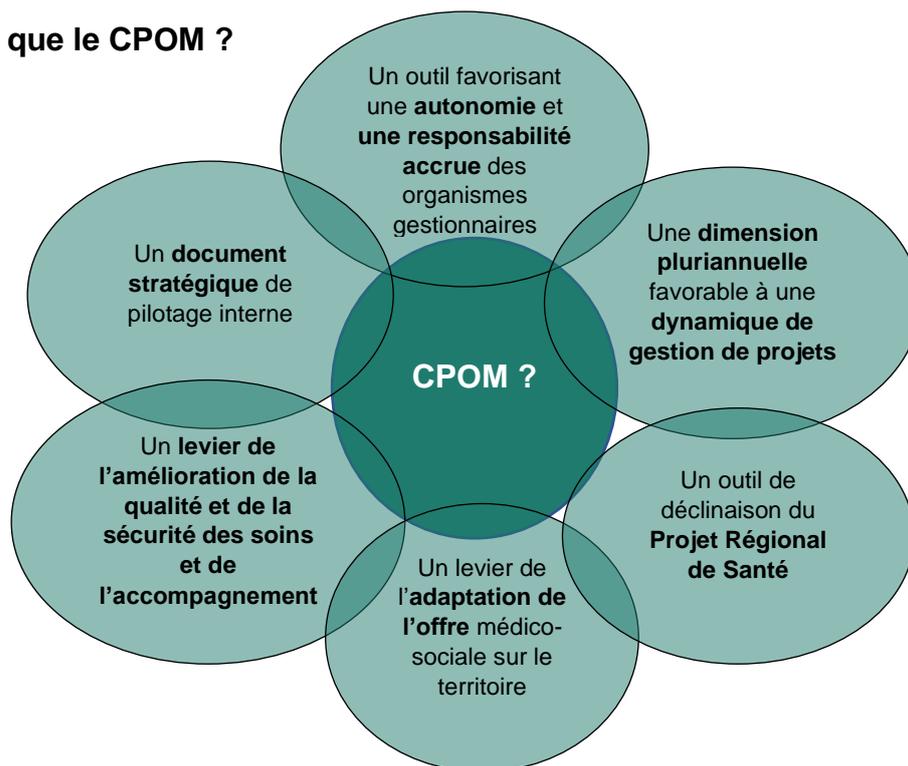
Il marque une évolution dans la gestion des ESMS en transformant leurs modalités de gestion et en les incitant à la formalisation d'objectifs pluriannuels. Ceux-ci donnent une visibilité sur les axes prioritaires à développer par l'établissement.

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

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

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

3. Qu'est-ce que le CPOM ?



4. Qui est concerné ?

SECTEUR ENFANCE

- Les Centres d'Accueil Familiaux Spécialisés (CAFS)
- Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)
- Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)
- Les Etablissements et services pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)
- Les Etablissements et services pour Enfants et adolescents Déficients Sensoriels (EEDS)
- Les Instituts d'Education Motrice (IEM)
- Les Instituts Médico Educatifs (IME)
- Les Instituts Thérapeutiques Educatifs-Pédagogiques (ITEP)
- Les Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD)

SECTEUR ADULTE

- Les Centres de Pré-Orientation (CPO)
- Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP)
- Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)
- Les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)
- Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

Les centres de ressources et les Unités d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (**UEROS**) ne sont pas concernés par l'obligation de signer un CPOM. Pour autant, ils peuvent, s'ils le souhaitent, le demander.

Les ESMS à compétence exclusive départementale (Foyers de vie, SAVS, Foyers d'hébergement...) peuvent intégrer le périmètre des CPOM, avec l'accord de la Collectivité de Corse.

L'élaboration de la trame de CPOM régionale

1. Méthodologie d'élaboration

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

2. Principes généraux retenus

2.1 La structuration du CPOM

La trame régionale du CPOM est constituée de :

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

Le socle contractuel commun

Titre 1 : L'objet du contrat

- **Article 1** - Identification de l'OG/ESMS entrant dans le périmètre du CPOM
- **Article 2** - Diagnostic partagé
- **Article 3** - Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé
- **Article 4** - Moyens dédiés à la réalisation du CPOM
- **Article 5** - Procédure budgétaire
- **Article 6** - Investissements

Titre 2 : La mise en œuvre du contrat

- **Article 1** - Le suivi et l'évaluation du contrat
- **Article 2** - Le traitement des litiges
- **Article 3** - La révision du contrat
- **Article 4** - La date d'entrée en vigueur du CPOM et sa durée



Les annexes opposables

- **Annexe 1** : Fiche d'identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat
 - **Annexe 1a**- Fiche d'identification et périmètre de l'OG
 - **Annexe 1b**- Fiche d'identification de l'ESMS
- **Annexe 2** : Diagnostic partagé
 - **Annexe 2a**- Diagnostic partagé OG
 - **Annexe 2b**- Diagnostic partagé ESMS
- **Annexe 3** : Synthèse et objectifs
- **Annexe 4** : Fiche actions
- **Annexe 5** : Plan Global de Financement pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)
- **Annexe 6** : Plan de Retour à l'Equilibre
- **Annexe 7** : Arrêté portant autorisation des frais de siège
- **Annexe 8** : Eléments de contrats ou convention liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM

2.2 Le périmètre du CPOM

2.2.1 Une logique gestionnaire

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

Ainsi, la mise en place des CPOM est guidée par une logique gestionnaire et concerne l'ensemble des établissements et services médico-sociaux PH sous compétence partagée ARS/CdC ou exclusive ARS d'un même gestionnaire sur le même département. Le cas échéant, d'autres établissements et services gérés par le même gestionnaire sur le même territoire et relevant de la compétence exclusive de la CdC peuvent être inclus dans le périmètre du CPOM.

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

2.2.2 Un outil intersectoriel au service des parcours

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

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

Si le CPOM concerne des ESMS rattachés à un établissement sanitaire : en l'état actuel de la réglementation, l'établissement qui doit conclure un CPOM « médico-social » doit le faire en sus du CPOM « sanitaire », compte tenu des différences importantes de nature entre les deux formes de contractualisation. Les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Les éléments du CPOM sanitaire ayant un impact sur la réalisation du présent contrat sont à préciser en **annexe 8**.

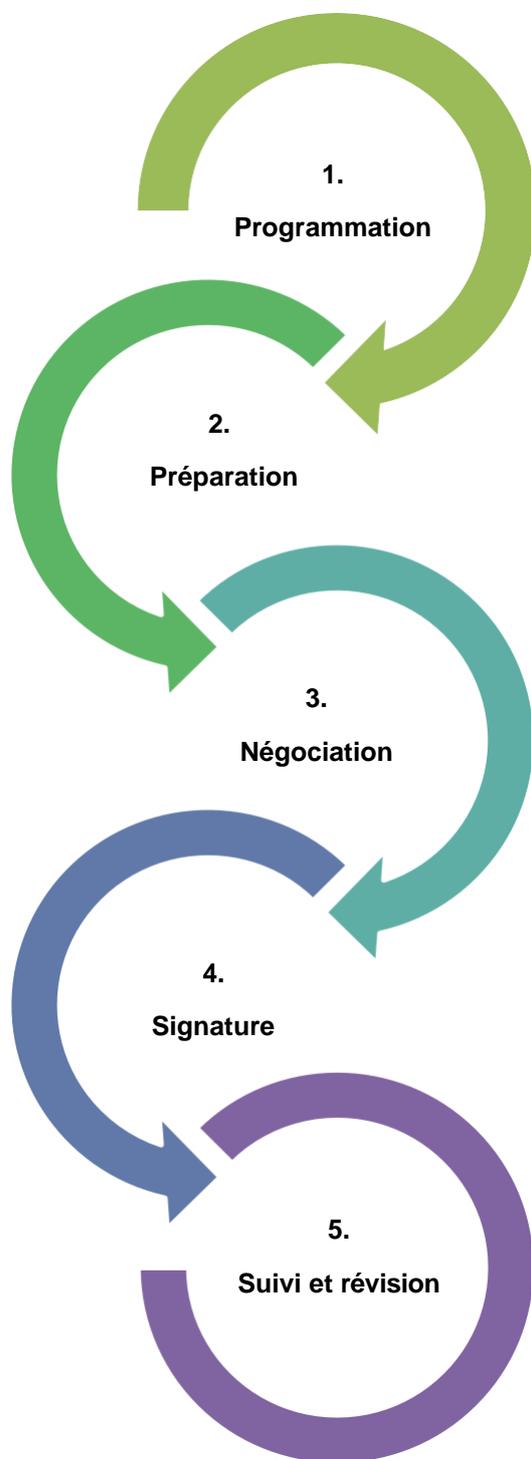
2.2.3 Une démarche articulée avec les autres partenaires institutionnels

Un partage des enjeux concernant l'organisme gestionnaire est assuré avec les partenaires institutionnels que sont notamment l'Education Nationale, la MDPH, l'Aide Sociale à l'Enfance, la Protection Maternelle et Infantile, le secteur sanitaire, la DIRECCTE, ...

Il s'agit d'assurer une vision transversale des parcours, des constats issus du diagnostic, des besoins des usagers accompagnés et des objectifs.

Les étapes de la contractualisation

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



1/ La programmation

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

Cette programmation est conduite conjointement par l'ARS et la CdC pour les ESMS sous compétence partagée. Elle peut faire l'objet d'une révision annuelle.

Les arrêtés sont consultables sur le site Internet de l'ARS de Corse¹. Le calendrier défini est en outre rappelé chaque année dans le rapport d'orientation budgétaire de chaque établissement.

2/ La préparation

En janvier et juin de l'année N, les organismes gestionnaires sont avisés, par courrier, par les autorités compétentes, de l'engagement de la négociation du CPOM.

Concomitamment, l'ARS leur transmet par voie dématérialisée :

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

Après la transmission de ces éléments, le gestionnaire prend contact avec les autorités de tarification compétentes pour fixer un calendrier de négociation (sur une durée de 12 mois maximum).

Un délai de 3 mois maximum est accordé au gestionnaire pour la réalisation de son auto diagnostic à partir de l'envoi par l'ARS, du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PH ».

Ce fichier renseigné par le gestionnaire est à transmettre par voie dématérialisée (non PDF), aux autorités compétentes en amont de la réunion de diagnostic partagé bi ou tripartite (au minimum 8 semaines avant).

3/ La négociation

La négociation se déroule en plusieurs étapes :

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

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

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

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

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

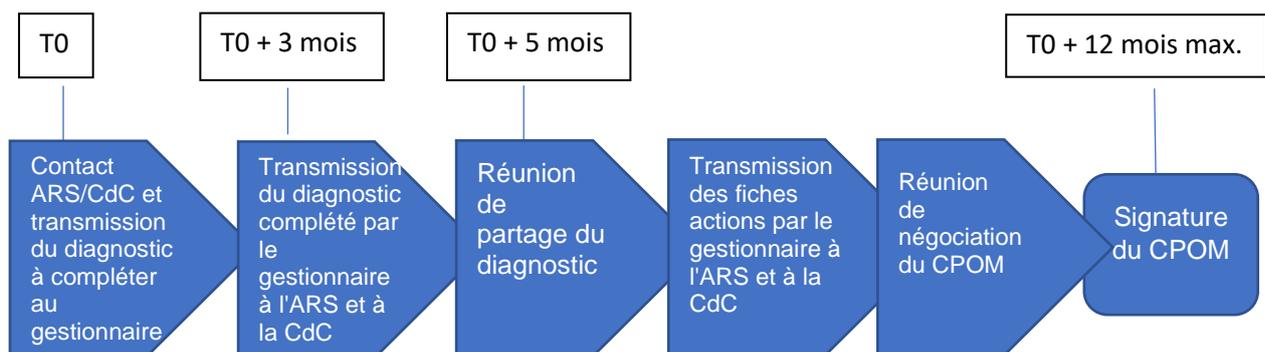
4/ La signature

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

Une fois le contrat finalisé, il est proposé à la signature du gestionnaire en 3 exemplaires. Dans le cas d'un CPOM tripartite, le gestionnaire le transmet à la CdC, 2^{ème} signataire. L'ARS sera la dernière partie signataire.

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

CALENDRIER INDICATIF*



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

5/ Le suivi et la révision du contrat

Le contrat donne lieu à un dialogue de gestion :

⇒ **Chaque année :**

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

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

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

Cette rencontre est organisée à l'initiative du gestionnaire.

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

- Documents budgétaires et comptables
- Evaluations

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

Elément conclusif :

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

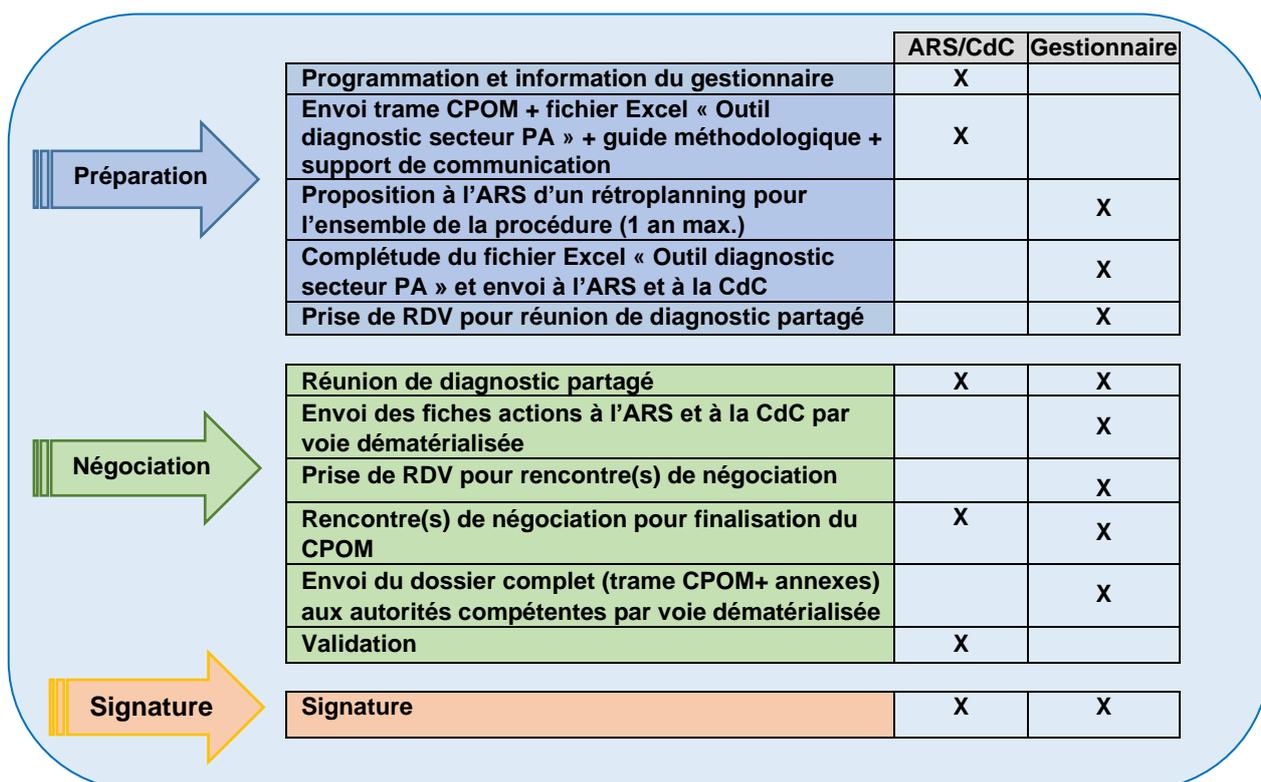
⇒ **Au cours de la 4^{ème} année du CPOM pour un bilan final**

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

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

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

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



Le remplissage des annexes

Liste des annexes du CPOM :

- **Annexe 1** : Fiche d'identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat
 - **Annexe 1a** - Fiche d'identification de l'OG et périmètre du contrat
 - **Annexe 1b** - Fiche d'identification de l'ESMS entrant dans le périmètre du contrat
- **Annexe 2** : Diagnostic partagé
 - **Annexe 2a** - Diagnostic partagé OG
 - **Annexe 2b** - Diagnostic partagé ESMS
- **Annexe 3** : Synthèse et objectifs
- **Annexe 4** : Fiche actions
- **Annexe 5** : Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI)
- **Annexe 6** : Plan de Retour à l'Équilibre
- **Annexe 7** : Arrêté portant autorisation des frais de siège
- **Annexe 8** : Eléments de contrats ou convention liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM

Le fichier Excel « Outil diagnostic secteur PH », transmis au gestionnaire lors de la prise de contact de l'ARS, permet d'accéder aux **annexes 1 à 4**.

Les **annexes 5 à 8** sont à joindre obligatoirement au CPOM, mais ne sont pas spécifiquement produites pour celui-ci.

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

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

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

Dans ce droit fil, le gestionnaire renomme les onglets avec le nom de chacun des ESMS entrant dans le périmètre du CPOM.

Outil
diagnostic

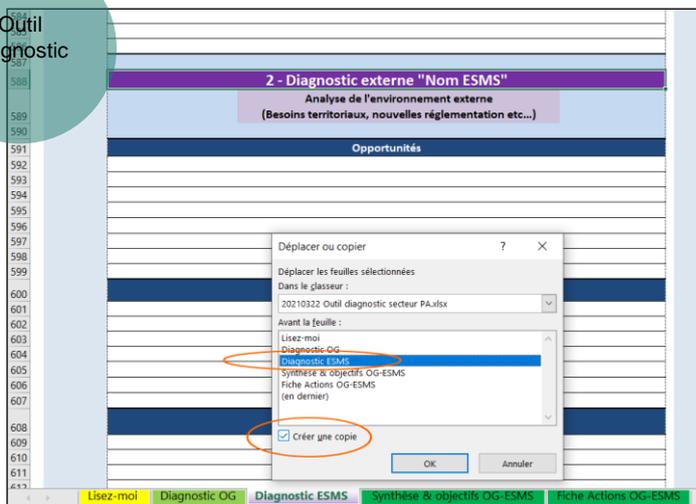
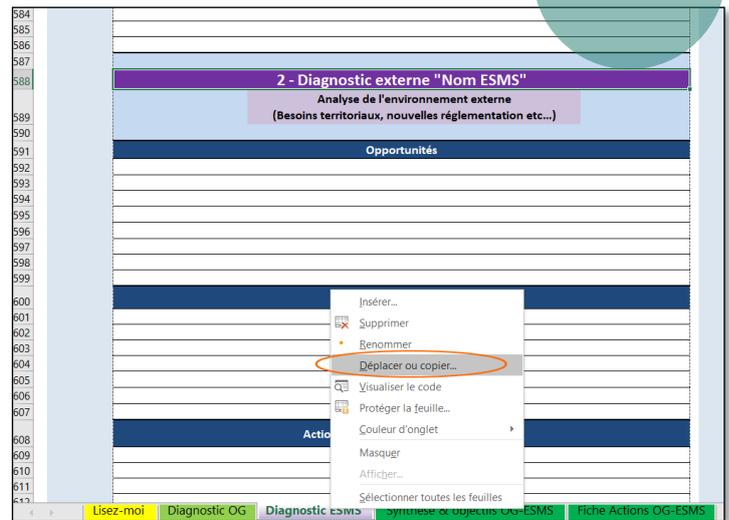
Logo siège à intégrer			
OUTIL DIAGNOSTIC SECTEUR PERSONNES HANDICAPEES (PH)			
ANNEXE 1 Fiche d'identification	Pour l'OG :	Cette annexe, nommée Annexe 1a, est située dans l'onglet "Diagnostic OG"	Identification OG
	Pour l'ESMS :	Cette annexe, nommée Annexe 1b, est située dans l'onglet "Diagnostic ESMS"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

Procédure :

Comment dupliquer un onglet sur Excel ?

Clic droit sur l'onglet à copier

Dans le menu choisir « Déplacer ou copier »

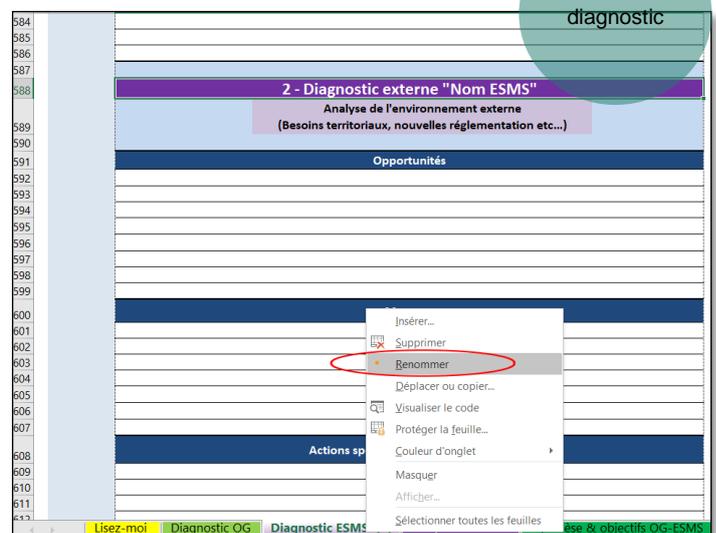


Dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre sélectionner l'onglet à dupliquer.

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

Comment renommer un onglet sur Excel ?

Clic droit sur l'onglet à renommer
Choisir « Renommer » dans le menu
Indiquer le nom de l'ESMS concerné par l'onglet



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

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

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

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

ANNEXE 1.a		Fiche d'identification et périmètre du contrat			Secteur PH	
"Nom de l'OG "						
Nom de l'organisme gestionnaire						
Raison sociale						
Adresse						
N° FINESS juridique						
Statut de l'entité						
Convention collective						
Siège autorisé		sélectionner	Date de l'autorisation :/./....	Par :	
Périmètre du diagnostic des ESMS PH entrant dans le cadre du CPOM et autorisations						
SECTEUR ENFANTS						
Catégorie d'ESMS	Numéroter les ESMS	FINESS géographique	Nom et type de l'ESMS (dont antennes)	Capacité totale autorisée au 01/01/N	Dont capacité autorisée hébergement / internat	Public spécifique mentionné dans l'arrêté d'autorisation
ACCUEIL FAMILIAL SPECIALISE (dont CAFS)	Ex : ESMS PH 1					
CAMSP						
CMPP						
Dispositif ITEP						
EEAP						
IME						

Outil diagnostic

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

Outil diagnostic

ANNEXE 1.b		Fiche d'identification de l'ESMS			Secteur PH	
"Nom de l'ESMS"						
Nom de l'organisme gestionnaire						
Raison sociale						
Adresse						
N° FINESS juridique						
Statut de l'entité						
Convention collective						
Siège autorisé		sélectionner	Date de l'autorisation :/./....	Par :	
ESMS entrant dans le périmètre du CPOM et autorisations						
Secteur ENFANTS						
Catégorie d'ESMS	FINESS géographique	Nom de l'ESMS (dont antennes)	Adresse de l'ESMS (dont antennes)	Capacité totale autorisée au 01/01/N	Dont capacité autorisée hébergement / internat	Public spécifique mentionné dans l'arrêté d'autorisation
ACCUEIL FAMILIAL SPECIALISE (dont CAFS)						
CAMSP						
CMPP						
Dispositif ITEP						
EEAP						
IME						
Institut pour Déficiants Auditifs						
Institut pour Déficiants Visuels						
SFSSAD						

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

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

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

NB : La complétude de cette annexe est à adapter en fonction du nombre d'ESMS que gère l'OG. A partir de 2 ESMS, il conviendra donc d'ajouter des onglets (voir procédure p.11).

Annexe 2 : Diagnostic partagé

Cette annexe est constituée de :

- L'annexe 2a à remplir par l'OG,
- L'annexe 2b à remplir pour chaque ESMS entrant dans le périmètre du CPOM.

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

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

NB : La complétude de cette annexe est à adapter en fonction du nombre d'ESMS que gère l'OG. A partir de 2 ESMS, il conviendra donc d'ajouter des onglets (voir procédure p.11).

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

➤ Le diagnostic interne :

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

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

Pour aider à l'identification des forces et faiblesses, le gestionnaire peut se référer aux fiches ressources N°1/2/3/4/5/6/7 présentes à la fin de ce guide.

ANNEXE 2.a	Diagnostic partagé de l'OG	SECTEUR PH	
1 - Diagnostic interne OG			
1.1 Activité de l'OG			
- Existe-il une politique harmonisée relative à l'activité ? <i>Si oui, précisez cette politique</i>			
1.2 Finances et patrimoine de l'OG			
	Base de financement des structures (I) = base reconductible au 31/12/N-1	Part de financement CDC (II)	Autres sources de financement en plus de l'ARS et de la CDC (I)
	Montant	Montant	Financement Montant
ESMS 1°			
ESMS 2°			
ESMS 3°			
ESMS 4°			
ESMS 5°			
ESMS 6°			
ESMS v. "			
- Des transferts de crédits entre ESMS sont-ils envisagés ? <i>Si oui, précisez les structures concernées et le montant :</i>			sélectionner
Indiquer pour le siège de l'organisme gestionnaire :			
- Les principaux indicateurs financiers :			
	N-1	N-2	N-3
Taux de CAF :			
B : Besoin en fond de roulem			
nd de roulement net glob			
E (Fond de roulement explo			
it (Fond de roulement d'inve			
Trésorerie nette en jours			
Taux d'endettement			
ix de vétusté-matériels & ou			
ix de vétusté des constructi			

Outil diagnostic

ANNEXE 2.b	Diagnostic partagé ESMS	Secteur PH	
1 - Diagnostic interne "Nom ESMS"			
1.1 Efficacité et innovation de l'ESMS			
1.1.1 Finances et patrimoine de l'ESMS			
- Les principaux indicateurs financiers :			
	N-1	N-2	N-3
Taux de CAF :			
B : Besoin en fond de roulem			
nd de roulement net glob			
E (Fond de roulement explo			
it (Fond de roulement d'inve			
Trésorerie nette en jours			
Taux d'endettement			
ix de vétusté-matériels & ou			
ix de vétusté des constructi			
- les résultats consolidés à affecter des trois derniers exercices :			
Résultats	N-1	N-2	N-3
	/	/	/
- Le montant consolidé des réserves			
	N-1		
Compensation des déficits :			
Couverture du BFR :			
Financement des mesures d'exploit			
partement des mesures d'investisse			
mpensation des charges d'amortisse			
- Le montant consolidé des provisions			
	N-1		
Renforcer la couverture du BFR :			
Renouvellement des immobilisati			
Provisions pour risques et charg			
Provisions autres :			
- Plans Pluriannuels d'Investissement (PPI) :			
Y a-t-il un PPI validé ?			
Si oui, date et autorité de justification qui a validé			
			Date
			sélectionner

Annexe 3 : Synthèse et objectifs

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

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

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

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

Outil diagnostic

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

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

- Réponse aux besoins territoriaux
- L'adaptation des parcours
- Maîtrise et prévention des risques
- L'efficacité et l'innovation des organisations

Pour aider à l'identification des objectifs, l'ESMS/OG peut se référer aux fiches ressources N°1 à 7 présentes à la fin de ce guide :

- « Bientraitance/Maltraitance secteur personnes handicapées » (fiche ressource N°1)
- « Prévention et gestion des risques associés aux soins » (fiche ressource n°2) ;
- « Sécurité et qualité de la prise en charge médicamenteuse » (fiche ressource n°3) ;
- « Transformation de l'offre médico-sociale secteur personnes handicapées » (fiche ressource n°4) ;
- « Réponse Accompagnée Pour Tous » (fiche ressource n°5) ;
- « Accès à la prévention et aux soins somatiques » (fiche support actions n°6) ;
- « Mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail » (fiche ressource n°7).

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

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

Annexe 4 : Fiche actions

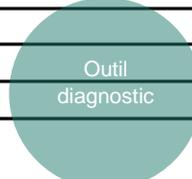
Cette annexe permet de détailler les objectifs en actions sur les 5 années du CPOM. Ces objectifs sont issus de la réunion bi ou tripartite de diagnostic partagé. Chaque objectif fixé au CPOM fait l'objet d'une fiche d'actions.

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

Le gestionnaire y précise pour chaque objectif :

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

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



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

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

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

Le gestionnaire inclut son PGFP et son PPI (si validé) en annexe au CPOM.

Pour information :

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

➤ Cadre réglementaire :

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

➤ Procédure et périmètre :

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

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

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

➤ Modalités de présentation :

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

➤ Calendrier :

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

Annexe 6 : Plan de retour à l'équilibre

Dès constat de trois exercices déficitaires, le gestionnaire devra obligatoirement fournir un Plan de Retour à l'Equilibre.

Annexe 7 : Arrêté portant autorisation des frais de siège

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

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

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

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

Le cas échéant, le gestionnaire joint l'arrêté portant autorisation des frais de siège en **annexe 8** du CPOM ou renseigne le dossier de demande d'autorisation des frais de siège disponible sur le site Internet de l'ARS.

Annexe 8 : Eléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM

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

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

Fiches ressources

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

CONTEXTE (national et/ou régional) :

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

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

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

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

ENJEUX :

- Améliorer l'accueil en établissement afin de permettre une meilleure qualité de vie des personnes accueillies en structures médico-sociales ;
- Assurer la protection et le bien-être physique et moral des personnes accueillies en structures médico-sociales ;
- Garantir le respect des principes de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Opérer la promotion de la bientraitance et le respect des bonnes pratiques professionnelles ;
- Privilégier l'anticipation à la réaction, via des espaces de dialogue, la formation ou encore une politique globale de bientraitance, afin de prendre soin à la fois des individus et du collectif.

OBJECTIFS REGIONAUX :

PREVENIR :

- S'assurer que chaque personne accueillie dispose d'un projet d'accueil et d'accompagnement et de soins ;
- Permettre un développement des compétences des professionnels au travers d'un soutien au plan de formation instauré dans chaque établissement ;
- Assurer un fonctionnement et une organisation en adéquation avec les bonnes pratiques en vigueur ;
- Faciliter le maintien des relations entre les résidents et leurs proches, en recueillant, leurs souhaits en matière de maintien ou de facilitation des relations possibles avec l'établissement ;
- Impliquer tous les professionnels dans la vie sociale des résidents ;
- Engager un plan d'action par le responsable d'établissement et les encadrants dans la prévention et le traitement de la maltraitance.

GERER :

- Recueillir auprès des résidents leurs attentes en matière d'activités individuelles et collectives permettant la co-construction du programme d'animation et optimiser sa mise en relation ;
- Inviter les proches à participer aux activités d'animation de la vie sociale selon leur désir et leurs possibilités avec l'accord des résidents ;
- Faciliter les sorties en famille, de quelques heures à des séjours plus longs ;
- Renforcer l'efficacité du Conseil de la Vie Sociale (CVS) ;
- Inclure un volet sur la vie sociale dans le projet d'établissement ;
- Assurer l'information auprès des familles ;
- Prévoir des réunions régulières de concertation et d'information auprès des équipes (protocoles et traçage de la procédure, etc.) ;
- Assurer une mission d'appui et d'harmonisation des pratiques (protocoles, réunions, formations, etc.).

EVALUER :

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

INDICATEURS DE SUIVI :

- Pourcentage annuel des résidents disposant d'un projet d'accompagnement individualisé (PAI) ;
- Pourcentage des PAI ayant fait l'objet une évaluation et d'une réactualisation durant l'année ;
- Nombre d'évènements indésirables graves (EIG) signalés annuellement par le gestionnaire aux autorités de tarification ;
- Pourcentage annuel des personnels ayant bénéficié d'une formation de promotion de la bientraitance ;
- Pourcentage d'actions d'informations tracées (réunions d'informations, rapport d'activité, réunions de transmission, etc.) ;
- Nombre de comptes rendus annuels du CVS ayant fait l'objet d'un plan d'actions.

Fiche ressource n°2 - La prévention et la gestion des risques associés aux soins

CONTEXTE (national et/ou régional) :

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

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

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

ENJEUX :

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

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Renforcer la démarche de signalements interne et externe d'EIGS, d'IAS et de tout épisode épidémique infectieux ;
- Disposer au niveau de l'ARS et du centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) des signalements systématiques de la part des ESMS, des épisodes épidémiques réunissant l'ensemble des critères d'alerte ;
- Développer une démarche d'analyse de tous les événements indésirables identifiés, notamment les EIGS ainsi que de la mise en place des actions correctrices correspondantes à travers la désignation d'un référent au sein de chaque ESMS ;
- Détecter le plus précocement possible les phénomènes infectieux épidémiques afin de limiter leur diffusion au sein de la collectivité ;
- Dans le cadre de la réalisation du document d'analyse des risques infectieux (DARI), mettre en œuvre un plan d'actions prioritaires ciblées de prévention et maîtrise du risque infectieux ;

INDICATEURS DE SUIVI :

- Nombre de signalements annuels, par tous moyens à disposition, à l'ARS et au CPIAS ;
- Taux d'événements indésirables ayant fait l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle ;

INTERLOCUTEURS ARS :

Pour tout signalement

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

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

24h/24 - 7j/7

Tél. : **04.95.51.99.88**

Fax : **04.95.51.99.12**

Courriel : ars2a-alerte@ars.sante.fr

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

Laurence BUREL VARINI

Fiche ressource n°3 - Sécurité et qualité de la prise en charge médicamenteuse

CONTEXTE (national et régional) :

Les personnes handicapées, notamment vieillissantes, constituent une catégorie de population particulièrement exposée à la iatrogénie médicamenteuse en raison des facteurs de risque inhérents notamment aux handicaps, restreignant leur capacité à verbaliser la survenue de douleurs ou d'effets secondaires, à l'âge, aux pathologies chroniques et aiguës imbriquées, aux médicaments associés... La polymédication s'accompagne d'un risque accru de prescriptions inappropriées, d'interactions entre les médicaments et d'effets indésirables.

La iatrogénie médicamenteuse chez les personnes handicapées, particulièrement vulnérables, représente un véritable enjeu de santé publique.

ENJEUX :

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

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Assurer une prise en charge de qualité en établissements accueillant des personnes en situation de handicap permettant le recours non systématique à l'hospitalisation ;
- Diffuser au sein des établissements accueillant des personnes en situation de handicap une culture de gestion du risque pour améliorer la qualité de la prise en charge des résidents, dans un souci d'efficience ;
- Disposer au sein de chaque établissement accueillant des personnes en situation de handicap de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement rédigée par le médecin coordonnateur et le (les) pharmaciens (propre à chaque établissement, selon la typologie des résidents) ;
- Opérer une réduction des prescriptions inadaptées en favorisant l'utilisation de médicaments d'un haut niveau de preuve chez l'adulte et sans risques majeurs pour les personnes handicapées ;
- Promouvoir la réalisation d'autodiagnostic relatif à la prise en charge médicamenteuse en diffusant des outils pertinents⁴ ;
- Intégrer dans le plan de formation du personnel soignant la iatrogénie médicamenteuse et l'amélioration de prise en charge médicamenteuse.

ACTIONS SPECIFIQUES A DEVELOPPER :

Un autodiagnostic du circuit du médicament permet de réduire le risque d'erreurs iatrogéniques aux différentes étapes et d'améliorer la prise en charge.

⁴ l'Outil Inter Diag "Prise en charge Médicamenteuse" en EHPAD sans PUI : Plan d'actions de l'ANAP (appui en santé et médico-social) sur le site : <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/prise-en-charge-medicamenteuse-des-residents-en-ehpad/>

Les interruptions de tâches et une mauvaise organisation du circuit sont les deux principales origines des erreurs médicamenteuses. Dans les établissements d'accueil de personnes en situation de handicap, d'autres facteurs sont susceptibles d'aggraver le risque d'erreur, comme une plus faible culture de la sécurité que dans les hôpitaux et les EHPAD ou une faible déclaration des événements indésirables. Du côté des résidents, certaines problématiques recourent celles des EHPAD, autour de la déglutition ou de la perte d'autonomie.

Au sein de l'équipe de l'établissement, la coordination du circuit du médicament est plus ardue en raison de la multiplicité des intervenants salariés, libéraux ou hospitaliers. Le libre choix du médecin traitant et du pharmacien est en effet un droit des résidents au sein des foyers d'accueil médicalisé (FAM) ou des maisons d'accueil spécialisée (MAS), pour ne citer que ces structures d'accueil. L'ensemble de ces facteurs rend le circuit du médicament plus compliqué à appréhender et à organiser qu'autour d'autres patients.

Réalisé par un groupe de travail dédié, l'outil Handicimed aborde plusieurs étapes du circuit : prescription, stockage, préparation, distribution/administration, coordination et formations/informations. Handicimed a vocation à devenir un tableau de bord du circuit propre à chaque établissement recevant des personnes en situation de handicap : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/circuit-medicament-etablissements-accueillant-personnes-en-situation-de-handicap>

INDICATEURS DE SUIVI :

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

INTERLOCUTEURS ARS :

- Référent médical : Docteur Catherine Suard
Tél : 04 95 38 68 14
catherine.suard@ars.sante.fr

- Référent pharmaceutique : Dr Laurence CHANTOISEAU
04 95 51 99 86
laurence.chantoiseau@ars.sante.fr

Fiche ressource n°4 - Transformation de l'offre médico-sociale secteur personnes handicapées

CONTEXTE (national et/ou régional) :

Les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué et la réponse sous la forme de « places » dans un établissement ou un service, si elle peut encore être pertinente, ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes.

Ainsi, le mouvement de transformation de l'offre, s'entendant par toute action visant à rendre l'offre d'accompagnement des personnes en situation de handicap plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes dans un objectif de fluidification des parcours, doit être amplifié.

À ce titre, le secteur médico-social doit être rénové pour davantage :

- Partir des besoins et des attentes des personnes handicapées et de leurs aidants ;
- Promouvoir leurs capacités et leur participation ;
- Favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque cela est possible et conforme aux souhaits de la personne ;
- Répondre à la logique d'un « parcours » global alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale ;
- Répondre à des besoins spécifiques et parfois complexes, en fonction du type de handicap ;
- Anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours.

Ces points ont été repris dans le cadre du déploiement de la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT) à travers différentes orientations :

- Création de nouveaux dispositifs : scolarisation (externalisation UE), emploi (emploi accompagné, mises en situation professionnelle en ESAT), accompagnement (DITEP, PCPE) ;
- Diversification des modes de fonctionnement des ESMS existants (développement accueil séquentiel, etc.) ;
- Renforcement qualitatif des accompagnements proposés (gestion des situations individuelles complexes et critiques, formations adaptées, réponse au vieillissement des PH, etc.).

ENJEUX :

- Favoriser une vie en milieu ordinaire, par la mobilisation des dispositifs de droit commun tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés lorsque c'est nécessaire (notion de graduation de l'offre par degré de spécialisation et d'expertise, autour d'un principe de subsidiarité) ;
- Favoriser des dispositifs souples et modulaires pour mieux répondre à la diversité des besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants ;
- Tenir compte de l'évolution dans le temps des besoins des personnes, de l'enfance à l'avancée en âge ;
- Promouvoir la complémentarité des réponses de tous les acteurs (notamment des secteurs sanitaire, social et médico-social) contribuant à la qualité du parcours de vie des personnes ;
- Améliorer le parcours de prévention et de soins des personnes handicapées ;
- Organiser des réponses aux situations complexes et d'urgence lorsqu'elles se présentent afin de prévenir ou gérer les ruptures de parcours.

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Optimiser l'offre médico-sociale sur la base des agréments accordés (taux d'occupation, fonctionnement en file active) pour une meilleure couverture territoriale ;
- Evolution/transformation du capacitaire au regard des besoins régionaux : adéquation offre aux besoins, pérennité des structures ;
- Déployer des fonctionnements en mode dispositif intégré (type DITEP) à généraliser ;
- Déployer des dispositifs d'accompagnement souples/modulaires favorisant le milieu ordinaire (établissements hors les murs, habitat inclusif, emploi accompagné, PCPE, dispositif gestion liste d'attente, externalisation unité d'enseignement, etc.) ;
- Structurer l'offre médico-sociale selon une organisation concentrique au sein de laquelle les établissements (IME, MAS, FAM, etc.) sont positionnés en tant que structures ressources ;

- Mettre en place un plan d'actions favorisant la prévention et la gestion des situations complexes (handicap rare, vieillissement des personnes handicapées) ;
- Renforcer la formation des personnels dans ce domaine ;
- Organiser des réunions d'information, de concertation entre les équipes et les familles ;
- Mettre en place des groupes de travail sur l'harmonisation des pratiques (protocoles écrits et tracés).

INDICATEURS DE SUIVI :

- Taux d'occupation selon des modalités de calcul stabilisées ;
- Nombre de personnes prises en charge au titre de l'amendement Creton ;
- Nombre de personne sur liste d'attente, délai moyen d'admission ;
- Nombre de dispositifs intégrés formalisés (convention) ;
- Nombre d'enfants en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (au sein d'une unité d'enseignement externalisée ou autre) ;
- Part des services dans l'offre médico-sociale régionale ;
- Nombre d'actions de prévention et de gestion des situations complexes mises en place (formation, information, partage d'expérience, groupe de parole, etc.) ;
- Nombre de personnels soignants formés sur la prévention et la gestion des situations complexes par catégorie d'emploi (AMP, ASH, aides-soignants, etc.) ;
- Nombre de comptes rendus annuels du CVS ayant fait l'objet d'un plan d'actions ;
- Taux de satisfaction des participants aux actions de formation sur la prévention et la prise en charge des situations complexes (cf. plan pluriannuel de formation).

Fiche ressource n°5 - Réponse Accompagnée Pour Tous

CONTEXTE (national et/ou régional) :

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT) annonce une modification en profondeur à la fois de l'offre médico-sociale sur le territoire, et des modes d'organisation et de gestion des établissements et services. Elle découle de la réforme de la politique du handicap issue des préconisations du rapport Piveteau « Zéro sans solution » de 2014 et s'inscrit dans l'article 89 de la loi du 26 Janvier 2016.

L'objectif est de proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite en fonction de l'offre d'accompagnement locale et de son projet de vie. Il s'agit de prévenir et réduire les ruptures de parcours grâce à une co-construction des politiques publiques locales, une coordination autour de la personne handicapée et une coopération entre les différents acteurs impliqués.

ENJEUX :

L'objectif prioritaire est de limiter les situations de rupture de prise en charge. Pour ce faire, il convient de s'inscrire dans une logique d'amélioration de la fluidité du parcours : celui-ci doit être adapté au projet de vie de chacun, au service des personnes et de leurs besoins, sans rupture et s'inscrivant dans une logique inclusive.

Cela sous-tend qu'il faut s'impliquer dans une dynamique partenariale contribuant à la mise en place d'habitudes de travail en commun par une gestion plus souple de l'offre de places, une plus grande ouverture aux coopérations et partenariats, la création de dispositifs transversaux et transitoires et un travail coordonné avec la MDPH notamment dans le cadre des Plans d'Accompagnement Globaux (PAG).

OBJECTIFS REGIONAUX :

- Optimiser les taux d'occupation des services et établissements afin de se rapprocher des moyennes nationales et réduire les listes d'attente (suivi trimestriel) ;
- Faire évoluer les modalités de gestion des listes d'attente : gestion en priorité et non en ordre d'arrivée, dispositifs de gestion de la liste d'attente (évaluation des besoins prioritaires permettant éviter situation rupture ou déscolarisation dans l'attente de la décision d'admission) ;
- Définir et mettre en œuvre une procédure régionale d'admission (dossier unique, critères régionaux, délai d'admission minimal de 3 mois, etc.) ;
- Faire évoluer les agréments des établissements et services enfants : passage pour tous les ESMS de 0 à 20 ans, rationalisation des territoires d'interventions (établissement = régional, service = départemental et infra-départemental) ;
- Eviter les parcours « institutionnalisés », anticiper les sorties ;
- Définir au sein de chaque ESMS un projet d'établissement reposant sur une anticipation, prévention et gestion des comportements défaits et une utilisation adaptée et systématique des projets d'accompagnements individualisés et des recommandations des bonnes pratiques professionnelles (RBPP) ;
- Développer les partenariats avec les acteurs de proximité du territoire (entre ESMS et notamment mettre en œuvre des dispositifs intégrés) ;
- Mettre en place un « Guide des bonnes pratiques en ESMS » ;
- Former les professionnels aux besoins des personnes en perte d'autonomie ;
- Prévenir l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité ;
- Garantir l'égalité de traitement au sein de l'établissement, quels que soient l'âge et le type de handicap ;
- Développer les stratégies d'évaluation et assurer une mission d'harmonisation des pratiques ;
- Assurer une mission d'information des personnes handicapées vieillissantes et de leurs familles
- Faciliter l'accès aux actions de prévention et aux aides techniques aux aidants.

INDICATEURS DE SUIVI :

- Taux d'occupation ;
- Nombre d'usagers inscrits sur liste d'attente ;
- Part des usagers en situation d'amendement Creton ;
- Nombre de situations complexes au sein de l'établissement par rapport aux situations complexes signalées à la MDPH et/ou à l'ARS.

Perte d'autonomie :

- Nombre d'actions de prévention et de gestion de la perte d'autonomie mises en place (formation, information, partage d'expérience, groupe de parole, etc.) ;
- Nombre de personnels soignants formés par catégorie d'emploi à la prévention de la perte d'autonomie (AMP, ASH, aides-soignants, etc.) ;
- Nombre de réunions pluridisciplinaires visant le partage des pratiques des personnels soignants (espaces de dialogue) ;
- Nombre comptes rendus du CVS ayant fait l'objet d'un plan d'actions ;
- Taux de satisfaction des participants aux actions de formation sur la prévention et la prise en charge des situations complexes (cf. plan pluriannuel de formation).

Fiche ressource n°6 - Accès à la prévention et aux soins somatiques

CONTEXTE (national et/ou régional) :

L'accès aux soins somatiques des personnes en situation de dépendance est une problématique soulevée de manière récurrente par les associations d'usagers et les dirigeants d'ESMS au niveau local.

En effet, pour ce qui concerne les personnes en situation de handicap : si celles-ci relèvent du système de droit commun pour l'ensemble de leurs soins, il est constaté des difficultés d'accès et de continuité des soins courants induisant des prises en charge inadaptées et des ruptures du parcours de santé voire de renoncement aux soins.

Les personnes en situation de handicap ont une prévalence plus importante pour certaines affections, qui lorsque celles-ci ne sont pas diagnostiquées ou mal prises en compte, peuvent entraîner des sur handicaps et /ou se traduire par des « comportements problèmes » pouvant aboutir à des ruptures de parcours et de soins.

La prévention et la promotion de la santé, plus généralement, doivent donc être considérées comme des axes stratégiques dans la détermination de la politique de prise en charge des personnes en situation de handicap.

ENJEUX :

- Promouvoir le développement de pratiques et d'organisations susceptibles d'améliorer l'accompagnement à la santé et le parcours de soins des personnes handicapées ;
- Développer la coordination entre le secteur sanitaire et médicosocial pour assurer la permanence des soins ;
- Prévenir le sur-handicap et l'apparition des troubles du comportement problème/défi ;
- Développer des conditions de bien-être physique et moral pour les résidents en institution ;
- Développer la téléconsultation au sein des ESMS du secteur handicap.

OBJECTIFS REGIONAUX :

- La santé bucco-dentaire : assurer à chaque usager une consultation annuelle ;
- Vaccination, notamment anti grippale : augmentation du taux de vaccination contre la grippe des professionnels et résidents pour assurer une couverture vaccinale satisfaisante ;
- Dépistage des cancers (col de l'utérus, colorectal et sein) : organiser et favoriser l'accès aux dépistages des PH ;
- Lutte anti-tabac : soutenir des actions visant à lutter contre le tabagisme des PH et accompagner les actions de sevrage ;
- Prévention et gestion de la douleur : intégrer l'évaluation de la douleur comme axe d'évaluation prioritaire dans la stratégie de prévention et de gestion des troubles du comportement et assurer l'accès aux soins somatiques ;
- Déploiement ou conventionnement pour accès dispositif de téléconsultation : faciliter l'accès aux compétences médicales notamment spécialisées pour les PH ;
- Souffrance psychique et conduites à risques (alimentaire, suicide, sommeil, etc.) : assurer une coordination avec le secteur sanitaire permettant de limiter ces situations ou d'accéder aux ressources spécialisées.

INDICATEURS DE SUIVI :

- **Vaccination :**
 - Pourcentage vaccinal annuel des professionnels de santé des structures ;
 - Pourcentage vaccinal annuel des personnes en situation de handicap prises en charge.

- **Dépistage des cancers :**
 - Nombre d'actions de dépistage des cancers : 1/ col de l'utérus, 2/ colorectal, 3/ sein ;
 - Pourcentage d'usagers souffrant d'un cancer.

- **Souffrance psychique et conduites à risques (alimentaires, suicide, sommeil...) :**
 - Pourcentage de personnels ayant suivi une formation sur le repérage des conduites à risques ;
 - Nombre annuel d'hospitalisations en secteur de psychiatrie.
- **Prévention et évaluation de la douleur :**
 - Part des PAI intégrant l'évaluation de la douleur.
- **Santé bucco-dentaire :**
 - Pourcentage annuel des personnels formés à la santé bucco-dentaire ;
 - Pourcentage annuel des usagers ayant bénéficié d'une consultation dentaire.
- **Lutte contre le tabac :**
 - Nombre d'actions mises en œuvre dans le cadre de la stratégie anti-tabac.
- **Accès à la téléconsultation :**
 - Pourcentage de résidents ayant bénéficié de téléconsultations avec indicateur commun.
- **Pourcentage de PAI formalisés avec mention d'un projet de soin reprenant l'ensemble de ces thématiques.**

Fiche ressource n°7 - Mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail

CONTEXTE :

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

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

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

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

ENJEUX :

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

OBJECTIFS REGIONAUX :

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

INDICATEURS D'EVALUATION :

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