



**PRÉFET
DE LA RÉGION
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°BFC-2024-065

PUBLIÉ LE 18 AVRIL 2024

Sommaire

ARS Bourgogne Franche-Comté / Direction de l'autonomie - DPPR

BFC-2023-12-22-00028 - 2023 2027 CPOM EHPAD Les Vergers de la Belaine Colisée Foucherans (14 pages)	Page 3
BFC-2023-12-20-00005 - 2023 2027 CPOM LA CROIX VIOLETTE (14 pages)	Page 18
BFC-2023-12-22-00029 - 2023 2027 CPOM ODYNEO (12 pages)	Page 33
BFC-2022-12-30-00012 - CPOM EHPAD Résidence Jeanne 2022 2026 (49 pages)	Page 46

ARS Bourgogne Franche-Comté

BFC-2023-12-22-00028

2023 2027 CPOM EHPAD Les Vergers de la
Belaine Colisée Foucherans

01/01/2023 - 31/12/2027

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

conclu entre

l'Agence Régionale de Santé Bourgogne-
Franche-Comté,

le Département du Jura,

et

l'EHPAD

LES VERGERS DE LA BELAINE



Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF), parties législative et réglementaire, notamment ses articles L. 311-11 (concernant les résidences autonomie), L. 313-12 (concernant les EHPAD) et L. 313-12-2 (concernant les ESMS du secteur « personnes en situation de handicap » et les SPASAD) ;

vu le code de la sécurité sociale (CSS) ;

vu le code de la santé publique (CSP) ;

vu le code général des collectivités territoriales et notamment le IV de l'article L. 5217-2 ;

vu le décret en date du 2 novembre 2022 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ;

vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

vu l'arrêté du 02 juillet 2018 fixant la structuration du projet régional de santé de Bourgogne-Franche-Comté 2018-2028 ;

vu l'arrêté du 31 octobre 2023 portant adoption du schéma régional de santé (SRS) 2023-2028, du projet régional de santé de Bourgogne-Franche-Comté 2018-2028 ;

vu le schéma départemental en faveur de l'autonomie 2021-2025 adopté par le Conseil Départemental le 22 mars 2022 ;

vu l'arrêté présentant la programmation de contractualisation pluriannuelle des établissements et services médico sociaux en compétence unique ARS et en compétence conjointe ARS / Département du Jura,

vu la décision n° ARSBFC/SG/2023-064 portant délégation de signature du directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté en date du 1^{er} décembre 2023 ;

vu le rapport d'orientation budgétaire médico-social annuel en cours présenté par l'agence régionale de santé ;

vu l'arrêté N°2016-DA-R-213 portant autorisation conjointe de renouvellement de l'autorisation de l'EHPAD pour une durée de 15 ans à compter du 4 janvier 2017, fixant sa capacité totale à 81 places, aucune de ces places n'étant habilitées à l'aide sociale départementale,

vu la délibération du Département du Jura du 1^{er} juillet 2021 portant élection de Monsieur Clément PERNOT et la délibération N°CD-2023-049 du 22 novembre 2023 autorisant le Président du Département à signer le présent CPOM ;

vu la délégation de signature du directeur de l'organisme gestionnaire en **date du 2 MAI 2023**

Il a été conclu ce qui suit :

1. Préambule

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires, l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Département du Jura et L'EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE (désigné ci-après l'organisme gestionnaire) conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagements réciproques tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens financiers que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun et des moyens alloués, établis dans le respect de l'équité territoriale. Ils entendent ainsi développer, dans le cadre de leurs missions respectives, les prestations nécessaires aux besoins et attentes des usagers et de leurs proches.

Le présent contrat aura notamment pour finalités principales : l'adaptation des réponses aux besoins des usagers accompagnés ou à accompagner, en partenariat avec les autres acteurs du territoire et l'efficacité des pratiques.

2. Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Le présent contrat a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Département du Jura et L'EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

2.1. Présentation de l'entité juridique gestionnaire

Organisme Gestionnaire Raison sociale	390006997 LES VERGERS DE LA BELAINE (ex Les Opalines Foucherans)
Adresse	37 R DE DOLE 39100 - FOUCHERANS
☎	03 84794646
📍	
Statut juridique	72 - Société A Responsabilité Limitée (S.A.R.L.)
N° FINESS juridique	390006997
Représentant juridique	Nicolas NOESSER
Directeur si différent	Sandrine LAISSUS
Date de l'autorisation de frais de siège le cas échéant	Non concerné

ESMS destiné à percevoir la dotation Globalisée Commune du Département	FINESS ET : 390785608
ESMS destiné à percevoir la dotation Globalisée Commune Assurance Maladie (ARS)	FINESS ET : 390785608
Caisse pivot de rattachement CPAM / MSA / ...	Jura

Annexes :

Organigramme de l'entité juridique à la date d'entrée en CPOM (fonctionnel, et comprenant ETP) complété le cas échéant par :

- **Organigramme fonctionnel du siège**
- **Logigramme de toutes les structures gérées par l'entité juridique à la date d'entrée en CPOM**

2.2. Périmètre du CPOM

Structure	Localisation (CP – Ville)	Date d'autorisation	Capacité autorisée* et financée	Nombre de places habilitées à l'aide sociale
390785608 - EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Alzheimer et Maladies apparentées Hébergement Complet Internat	39100 FOUCHERANS	02/01/2017	14	0
390785608 - EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Hébergement Complet Internat	39100 FOUCHERANS	02/01/2017	61	0
390785608 - EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Accueil de Jour	39100 FOUCHERANS	02/01/2017	0	0
390785608 - EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Accueil de Jour	39100 FOUCHERANS	03/01/2017	6	0

*La capacité autorisée est exprimée en nombre de personnes accompagnées simultanément.

2.3. Articulation avec les autres CPOM signés par l'organisme gestionnaire le cas échéant

Dans la mesure où le gestionnaire serait déjà engagé dans un CPOM avec l'agence et/ou avec le Département (CPOM sanitaire, CPOM SPASAD, ...), les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est présenté s'il existe en annexe du présent contrat, complété des éléments de ce/ces CPOM susceptibles d'éclairer la situation des établissements ou services signataires du présent contrat.

3. Objectifs fixés dans le cadre du CPOM

3.1. Objectifs régionaux

L'agence régionale de santé réaffirme la volonté de promouvoir une prise en charge de qualité en direction des usagers accompagnés et d'assurer une réponse optimale aux besoins du territoire. **A ce titre, les objectifs fixés à l'organisme gestionnaire par le CPOM sont présentés en nombre limité afin de permettre à l'organisme gestionnaire d'y répondre pleinement.** De même, le suivi de ces objectifs s'appuie sur des indicateurs dont le nombre est restreint.

Des avenants pourront compléter le présent CPOM au cours de la période de contractualisation si des thématiques nouvelles viennent à être partagées contractuellement entre l'agence régionale de santé et le gestionnaire.

Les objectifs du CPOM s'intègrent aux ambitions du projet régional de santé 2018 pour la période du 1er janvier 2023 au 30 octobre 2023 et sa version révisée à compter du 31 octobre 2023 :

- précocité et prévention ;
- soutien à domicile ;
- territorialisation ;
- efficacité des accompagnements ;
- inclusion et logique de parcours.

Ces ambitions sont elles-mêmes soutenues par les objectifs des parcours « Grand Age » et « personnes en situation de handicap » déclinés dans les PRS 2018 - 2028 et sa version révisée du 31 octobre 2023.

L'agence régionale de santé et les Conseils départementaux demandent par ailleurs à l'ensemble des directeurs d'ESMS du territoire bourguignon franc-comtois de s'engager dans la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous ».

Ainsi tous les ESMS (secteurs personnes âgées et handicapées) sont susceptibles d'être sollicités par la MDPH pour participer à un PAG le cas échéant. En fonction des besoins sur ce type de situation, l'affectation de tout ou partie des résultats de chacun des ESMS devra couvrir les surcoûts éventuels.

3.2. Objectifs départementaux

Issues des négociations initiales avec l'ARS, le Département porte également une attention particulière à l'atteinte des Objectifs et à la mise en œuvre des actions suivantes :

- ⇒ Améliorer l'efficacité de la gestion des ressources humaines en dynamisant la GPEC au sein de l'établissement, en mutualisant en intra groupe Colisée ou en externe,
- ⇒ Mise en œuvre d'une politique de prévention, contrôle et surveillance médicale des personnes accompagnées
- ⇒ Améliorer la prise en charge des personnes accompagnées et diminuer les facteurs de risques pour prévenir les situations de fragilité
- ⇒ S'inscrire dans une démarche d'offre territoriale adaptée aux besoins et aux souhaits des personnes accompagnées en leur offrant le choix de leur accompagnement (inscription dans la démarche EHPAD « centre de ressources », développement d'un projet de tiers lieu, collaboration avec le secteur à domicile du territoire,..)

- ⇒ Développer et diversifier les partenariats avec les acteurs du secteur social, médicosocial et sanitaire pour faciliter le parcours des personnes accompagnées et réduire les hospitalisations inadéquates

Par ailleurs, le schéma départemental de l'Autonomie établi pour la période 2021 à 2025 fixe les orientations qui doivent inspirer et déterminer les actions de l'EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE sur la période du présent CPOM :

A / Renforcement de la prévention de perte d'autonomie notamment le développement d'actions collectives de prévention en EHPAD

B / Renforcement du soutien auprès des Aidants de Personnes âgées

C / Renforcement de la coordination entre acteurs « Personnes Agées » et « Personnes Handicapées »

D / Diversification de l'offre relative aux Personnes Handicapées Vieillissantes, notamment le développement d'une expertise sur le vieillissement en favorisant la coopération des ESMS PH et des EHPAD, et création par redéploiement (ou création via éventuels moyens supplémentaires à contractualiser) d'unités pour Personnes handicapées vieillissantes au sein des Foyers et des EHPAD

Des avenants pourront compléter le présent CPOM au cours de la période de contractualisation si des thématiques nouvelles viennent à être partagées contractuellement entre le Département et l'organisme gestionnaire.

3.3. Objectifs spécifiques à l'organisme gestionnaire

Les objectifs et actions issus des échanges entre L'EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE et le Département sont les suivantes :

- ⇒ Déploiement et utilisation active du logiciel Viatrajectoire (gestion des orientations, des admissions, des réorientations et/ ou des sorties)
- ⇒ Développement des actions collectives de prévention de perte d'autonomie au sein des EHPAD

Mettre en œuvre des actions de prévention de la perte d'autonomie (maintien des fonctions physiques et cognitives) par financement direct par l'établissement ou par réponse à appel à projet de la CFPPA (Conférence des Financeurs pour la Prévention de l'Autonomie)

- ⇒ Renforcement des actions de soutien auprès des aidants
- ⇒ Développement des compétences et des connaissances entre partenaires (coordination entre secteurs Personnes Agées et Personnes Handicapées)

Mettre en place et ou participer à des actions de formation Inter-institutionnelles financées par mutualisation des plans de formations sur des thématiques communes ou spécialisées.

CPOM/EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE FOUCHERANS _2023 - 2027 - 01/01/2023 - 31/12/2027

Page 6 sur 14

- ⇒ Développement des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie au bénéfice des Personnes Handicapées Vieillissantes

Mettre en œuvre et ou participer activement à des coopérations entre EHPAD et établissements pour Personnes Handicapées dans le cadre de l'appel à projet CFPPA

- ⇒ Diversification de l'offre relative aux personnes handicapées vieillissantes

Développer une expertise sur le vieillissement en mettant en œuvre, une ou des coopérations avec des établissements du secteur « handicap »

Mener une réflexion portant sur la transformation éventuelle ou l'aménagement de places au sein de l'EHPAD pour les Personnes Handicapées Vieillissantes

- ⇒ Expérimentation du salariat de l'accueil familial

Engager une réflexion sur une adhésion éventuelle à l'expérimentation de l'accueil familial porté par l'établissement via salariat direct.

Le nombre et la nature des objectifs sont conformes à une évaluation réaliste de la capacité de l'organisme gestionnaire à mettre en œuvre l'ensemble des actions nécessaires à leur atteinte, et en rapport avec les moyens dédiés à la réalisation du CPOM.

Dans la mesure du possible, les objectifs finaux sont assortis d'objectifs intermédiaires examinés lors de la réunion du dialogue de gestion se tenant à mi-parcours du CPOM. Les objectifs sont accompagnés d'indicateurs permettant de vérifier leur réalisation. La méthode de calcul des indicateurs retenue est expliquée dans le guide méthodologique régional ; la valeur-cible y est précisée ; la valeur-cible est régionale pour les indicateurs d'activité et définie territorialement pour les autres indicateurs.

L'agence et le Département s'appuient prioritairement sur les indicateurs du tableau de bord de la performance des établissements et services médico-sociaux pour déterminer la situation de départ, complété par des indicateurs inclus dans le système e-CARS permettant de suivre l'évolution du CPOM.

Les fiches objectifs (issues de l'outil eCARS) sont détaillées en annexe.

4. Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

4.1. Constitution de la dotation globale commune (DGC) « Assurance Maladie »

La dotation globalisée commune versée par l'Assurance Maladie dans le cadre du présent CPOM se compose de la somme des forfaits et dotations des établissements et services du périmètre du présent CPOM.

Elle découle des modalités de répartition de la dotation régionale limitative fixées par l'agence régionale de santé et des orientations régionales décrites dans son rapport d'orientation budgétaire (ROB) annuel notamment en matière de tarification et d'allocation de ressources.

Une décision tarifaire fixera chaque année le montant de la dotation globalisée commune et la répartition prévisionnelle entre les différents établissements et services concernés, par champ.

Pour les EHPAD, la tarification retenue est indiquée en page 3 et les Procès-Verbaux signés PMP / GMP pour chaque EHPAD (ou courrier GMPS concaténé le cas échéant) sont présentés en **annexe**.

4.2. Prise en compte de l'activité

Conformément à l'article R-314-43-2 du CASF, un pourcentage d'abattement, temporaire, de la dotation globale ou du forfait global pourra être effectué. Déterminé à hauteur de -0,5% par point d'activité non réalisé, il se fonde sur la dernière mesure de l'activité connue, par établissement et service. Les activités cible définies au présent contrat, conformément au projet régional de santé 2018 – 2028 et sa version révisée du 31 octobre 2023, sont présentées synthétiquement ci-dessous, et repris dans un guide méthodologique régional :

Bases d'ouverture théoriques ciblées en région pour réaliser le calcul de l'activité :

- 365 jours : EHPAD, SSIAD, SPASAD, MAS, EAM, CAFS ;
- 260 jours : Accueil de jour, SAMSAH ;
- 225 jours : ESAT, CRP, CPO ;
- 210 jours : IME, EEAP, IEM, IDA, IDV, IESPESA, SESSAD, DITEP, DIME et autres dispositifs, CAMSP et CMPP ;
- à noter le cas particulier des structures expérimentales qui peuvent bénéficier d'une durée d'ouverture spécifique (indiquée dans leur arrêté d'autorisation avec le nombre de places concernées).

La mise en place d'opérations de transformation inhérentes au présent CPOM pouvant impacter l'activité, un dialogue de gestion spécifique aux écarts d'activité sera mis en place avant toute reprise, qui pourra donner lieu à la justification par le gestionnaire.

4.3. Financements relevant de la compétence du Département

La tarification annuelle relevant de la compétence du Département sera arrêtée au vu de l'annexe activité. Elle ne donnera pas lieu à procédure contradictoire.

Les modalités de calcul seront précisées dans la lettre de notification. L'arrêté annuel précisera les tarifs journaliers et le montant des dotations. Ces tarifs arrêtés par le Département sont opposables à tous les résidents et aux autres départements.

4.3.1. Forfait global relatif à la dépendance

La tarification de la dépendance est fixée conformément aux dispositions prévues par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des EHPAD.

Elle résulte de l'application de l'équation tarifaire basée sur le niveau de perte d'autonomie des personnes accueillies et la valeur du point GIR départemental.

Les montants à la charge du Département seront versés à l'EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE, sous forme de dotation globalisée pour la dépendance.

Pour l'exercice 2023, les données sont les suivantes :

EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE	Année 2023
Valeur point GIR Départemental	6.82 €
GMP	798
Nombre de points GIR	70 780
Forfait global	492 215 €

Pour l'année 2023, la part du forfait global relatif à la dépendance à la charge du Département du Jura est fixée à 296 052 € TTC.

4.3.2. La tarification de l'hébergement

L'EHPAD LES VERGERS DE LA BELAINE n'est pas habilité à recevoir des résidents bénéficiaires de l'aide sociale départementale, aussi le Département n'est pas compétent sur la section Hébergement.

4.3.3. Spécificité des ressources humaines

Les parties conviennent de préciser la répartition des effectifs à la date de la signature du présent contrat, afin de se doter de points de repère permettant à terme une évaluation des évolutions mises en œuvre.

Les effectifs globaux en personnel à la date de signature du contrat figurent en **annexe**.

Les évolutions, variations et/ou modifications dans la répartition, les niveaux de qualification, les niveaux d'ancienneté, etc... de ces effectifs, relèvent des prérogatives de l'Organisme gestionnaire ou de l'Etablissement.

Dans le cadre du dialogue de gestion, le Département sera informé des modifications intervenues.

4.4. Affectation des résultats

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. L'affectation doit correspondre aux dispositions du CPOM et aux prérogatives réglementaires.

- Résultats excédentaires

Sous réserve de la situation financière et des enjeux d'investissements, l'organisme gestionnaire devra veiller chaque année à affecter cet excédent selon les priorités suivantes :

1. en priorité à l'apurement des déficits antérieurs ;
2. puis, à la réserve de compensation des déficits dans la limite de 5% du montant des DGC, quel que soit le financeur ;
3. puis, le cas échéant, en compte de report à nouveau, dans la limite de la base reductible de chaque financeur de l'exercice considéré, notamment en vue de financer les actions prévues au présent CPOM et à ses avenants.

- **Résultats déficitaires**

Le déficit de chacun des comptes de résultat est :

1. couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, couvert par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

4.5. Autres dispositions financières

4.5.1. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Compte tenu que l'organisme gestionnaire n'est pas encore sous procédure EPRD, le PGFP n'est pas exigé à l'entrée en CPOM. Cependant, l'organisme gestionnaire devra présenter un EPRD (incluant un PGFP) dans la première année du contrat, selon les délais réglementaires.

4.5.2. Les plans pluriannuels d'investissements

Le cas échéant, sont transmis en annexe des plans pluriannuels d'investissements (PPI) déjà validés pour l'ensemble des établissements et services du présent CPOM. Aucun nouveau PPI ne sera validé dans ce « CPOM socle » et toute modification majeure du PPI d'un ESMS impliquera le dépôt d'un nouveau dossier.

4.5.3. Engagement des signataires

Les financements définis dans le présent contrat engagent les parties signataires. Le cas échéant, dans l'attente de la signature finalisée par le ou les conseil(s) départemental(aux) concerné(s), il conviendra d'amorcer les projets de transformation de l'offre médico-sociale contractualisés avec l'agence.

5. Mise en œuvre et suivi du contrat

5.1. La composition du comité en charge du dialogue de gestion

Il est créé un comité chargé du dialogue de gestion du présent contrat, dont la mission est de s'assurer de la bonne exécution de ce dernier. Il est composé des parties signataires à qui il est permis d'adjoindre tout partenaire externe utile aux échanges, après information des parties intéressées.

Seront informés des dates et ordres du jour des réunions de dialogue de gestion pour une éventuelle participation toute personne ressource compétente pour le suivi des fiches-action.

Le dialogue de gestion se tient de manière privilégiée au sein des ESMS inclus au périmètre du CPOM. L'organisation logistique du dialogue de gestion est assurée par l'organisme gestionnaire.

Le dialogue de gestion a pour objectif de s'assurer de la bonne exécution du contrat, des objectifs, des moyens et de leur utilisation et du suivi d'activité.

5.2. Documents à produire en cours de contrat

Pour le suivi de la réalisation des objectifs prévus dans les fiches-actions, l'organisme gestionnaire s'engage à fournir au **30 avril** de chaque année, pour l'ensemble des établissements et services :

- une revue des objectifs du CPOM saisie dans l'outil e-Cars, qui doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible (cf. fiches objectifs annexées au présent CPOM), ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte ;
- l'ensemble des **rapports d'activité** des établissements et services qu'il gère (*au plus tard au 8 juillet pour secteur hospitalier public*), en intégrant notamment les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- le bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des **suivis d'inspections** réalisées dans les ESMS intégrés au présent contrat.

Conformément au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et à l'arrêté produit par l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et par le Département du Jura, l'organisme gestionnaire fournira pour chacun des établissements et services un rapport d'évaluation.

L'évaluation devra être réalisée l'année précédant la date d'échéance du présent CPOM. Le rapport des résultats de l'évaluation sera transmis via l'outil e-Cars. Il sera utilisé comme un des supports principaux de diagnostic préalable du CPOM suivant.

En EHPAD, il est attendu 2 coupes PMP/GMP sur la période des 5 ans du contrat, dont la programmation est à définir avec les équipes de l'Agence Régionale de Santé et du Département.

5.3. Modalités de rencontre de dialogue de gestion

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

- **au cours de la deuxième ou troisième année, pour un point à mi-parcours** : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par l'organisme gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient : dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires. Un compte rendu partagé dont la rédaction est proposée par l'organisme gestionnaire et validée par les autorités compétentes permet d'apprécier ce point d'étape ;
- **au cours de la cinquième année du contrat pour le bilan du CPOM en cours et la préparation du nouveau contrat** : le comité examine les résultats obtenus par l'organisme gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce 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. Ce bilan servira de référence pour le renouvellement du CPOM et alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

Une ou des réunions du comité de suivi supplémentaire(s) peut (peuvent) être envisagée(s) en cas de difficultés identifiées, ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat.

Au-delà des réunions du comité de suivi du contrat, 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 membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

5.4. Evaluation du contrat et contrôles

En dehors des autres dispositions prévues supra, l'organisme gestionnaire rendra compte à la demande de son/ses autorités compétentes de tarification des actions relatives aux missions confiées par ceux-ci.

L'organisme gestionnaire s'engage à tenir immédiatement informés son/ses autorités compétentes de tarification de toute situation dont ils sont saisis et relevant de l'information et/ou de l'intervention des autorités de contrôle.

Par ailleurs, son/ses autorités compétentes de tarification pourront procéder à tout contrôle ou investigation qui relève de leurs prérogatives au titre de la législation et de la réglementation en vigueur. L'organisme gestionnaire s'engage à faciliter, à tout moment, le contrôle par les autorités compétentes de la réalisation des objectifs définis au présent contrat, notamment par l'accès à toutes pièces justificatives de la bonne application des textes légaux et réglementaires, des procédures assurant le contrôle et l'évaluation.

Les personnes ou les services désignés à cet effet par son/ses autorités compétentes de tarification seront notamment chargés de vérifier l'utilisation annuelle de la dotation globalisée commune sur le plan qualitatif

et quantitatif et de demander des explications sur les éventuels décalages entre les missions confiées et les objectifs réellement atteints. Ce contrôle sera notamment établi au vu des indicateurs (cf fiches actions).

Sans porter préjudice aux prérogatives de son/ses autorités compétentes de tarification, les parties s'efforceront de mettre en place, sur ces questions, des relations partenariales dans l'intérêt des personnes accueillies dans les établissements et services de l'organisme gestionnaire.

5.5. Sanctions

L'étude conjointe des documents produits en cours de contrat (§ 4-2) pourra conduire à la mise en œuvre de sanctions, principalement financières, présentées au cours du comité de suivi en cas de non atteinte des cibles attendues au titre de l'activité réalisée des ESMS intégrés au présent contrat.

6. Révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des réunions de suivi ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM, tant sur les moyens alloués que sur les objectifs assignés.

Toutes modifications apportées au présent contrat et ses conséquences seront réputées nulles et non avenues en l'absence d'un avenant au dit contrat.

Dans le cas où une décision de modification ne concernerait qu'une des autorités compétentes de tarification, et dans un souci d'optimisation des circuits de signature, un avenant bipartite pourra être réalisé. La troisième partie sera systématiquement informée de l'existence d'avenant bipartite.

7. Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une période de cinq ans, avec une date d'effet au 01/01/2023
Le cas échéant, il met fin aux conventions et contrats précédents.

A l'issue de cette période de 5 ans, si le CPOM ne peut être renouvelé, il est prorogé de fait d'une année supplémentaire.

Enfin, si les conditions ne sont toujours pas réunies pour être renouvelé à l'issue de ces 6 années, un avenant de prorogation de 1 an sera effectué pour sécuriser juridiquement le CPOM. Ce dernier ne pourra excéder une durée de 7 ans.

8. 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 le tribunal administratif de DIJON - 22 rue d'Assas - 21000 DIJON ou par recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible sur le site internet <https://www.telerecours.fr/>.

Fait en 3 exemplaires,

A Dijon, **22 DEC. 2023**

Jean-Jacques COIPILET

Directeur général de
l'agence régionale de santé
Bourgogne-Franche-Comté



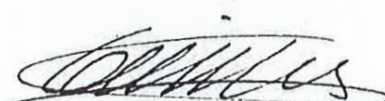
Clément PERNOT

Président
du Département du Jura



Sandrine LAISSUS

Directrice
Les Vergers de la Belaine



ARS Bourgogne Franche-Comté

BFC-2023-12-20-00005

2023 2027 CPOM LA CROIX VIOLETTE

01/01/2023 - 31/12/2027

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

conclu entre

l'Agence régionale de santé Bourgogne-
Franche-Comté,

le Conseil Départemental de la Côte-d'Or

et

La SARL « La croix violette »



Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF), parties législative et réglementaire, notamment ses articles L. 311-11 (concernant les résidences autonomie), L. 313-12 (concernant les EHPAD) et L. 313-12-2 (concernant les ESMS du secteur « personnes en situation de handicap » et les SPASAD) ;

vu le code de la sécurité sociale (CSS) ;

vu le code de la santé publique (CSP) ;

vu le code général des collectivités territoriales et notamment le IV de l'article L. 5217-2 ;

vu le décret en date du 2 novembre 2022 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPILET, en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ;

vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

vu le projet régional de santé 2018-2028 de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté arrêté le 2 juillet 2018 ;

vu le projet régional de santé 2023 – 2028 de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté arrêté le 31 octobre 2023 ;

vu le Schéma Départemental de l'Autonomie 2019-2023 du Département de la Côte-d'Or et en particulier l'orientation n° 3 « Accompagner l'offre médico-sociale sur le territoire » ;

vu la décision n° ARSBFC/SG/2023-064 portant délégation de signature du directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté en date du 1er décembre 2023

vu le rapport d'orientation budgétaire médico-social annuel en cours présenté par l'agence régionale de santé ;

vu la délibération du Conseil Départemental de la Côte-d'Or du 1er juillet 2021 portant élection de Monsieur François SAUVADET Président du Conseil Départemental de la Côte-d'Or ;

Il a été conclu ce qui suit :

1. Préambule

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires, l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Conseil départemental de la Côte-d'Or et la Croix Violette (désigné ci-après l'organisme gestionnaire) conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagements réciproques tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens financiers que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun et des moyens alloués, établis dans le respect de l'équité territoriale. Ils entendent ainsi développer, dans le cadre de leurs missions respectives, les prestations nécessaires aux besoins et attentes des usagers et de leurs proches.

Le présent contrat aura notamment pour finalités principales : l'adaptation des réponses aux besoins des usagers accompagnés ou à accompagner, en partenariat avec les autres acteurs du territoire et l'efficacité des pratiques.

CPOM La croix violette – 01/01/2023 -31/12/2027

Page 2 sur 14

2. Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Le présent contrat a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Conseil départemental de la Côte-d'Or et la Croix Violette, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

2.1. Présentation de l'entité juridique gestionnaire

Organisme Gestionnaire Raison sociale	SARL la croix violette - 210000758
Adresse du gestionnaire	3 rue Stephen Liégard 21 220 BROCHON
☎	03.80.52.45.68
✉	direction@lacroixviolette.fr
Statut juridique	SARL
N° FINESS juridique	210983375
Représentant juridique	Marie-Jeanne PLATEN (Sœur Blandine)
Directeur si différent	Rodolphe GALLOTTE
Date de l'autorisation de frais de siège le cas échéant	Non concerné

ESMS destiné à percevoir la dotation Globalisée Commune Conseil Départemental	EHPAD La croix violette FINESS ET : 210983375
ESMS destiné à percevoir la dotation Globalisée Commune Assurance Maladie (ARS)	EHPAD La croix violette FINESS ET : 210983375
Caisse pivot de rattachement CPAM	CPAM de la Côte-d'Or

Annexe :

- ❶ Organigramme de l'établissement à la date d'entrée en CPOM (fonctionnel et comprenant ETP).

2.2. Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM

Le CPOM comprend l'établissement suivant (extraction FINESS) :

Structure	Localisation (CP – Ville)	Date d'autorisation	Capacité autorisée* et financée	Nombre de places habilitées à l'aide sociale
EHPAD La Croix Violette 210983375	21220 BROCHON	4/01/2017	19 HP + 2 HT	1

*La capacité autorisée est exprimée en nombre de personnes accompagnées simultanément.

2.3. Habilitation à l'aide sociale départementale

Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation est précisée dans le tableau ci-dessus pour chacun des établissements concernés.

Pour les établissements non habilités ou partiellement habilités à l'aide sociale départementale, il est rappelé que tout résident accueilli depuis plus de 5 ans dans l'établissement peut prétendre au bénéfice de l'aide sociale.

Le cas échéant, l'annexe ② dédiée précise les conditions de cette habilitation et en particulier les modalités de versement de la participation financière départementale aux établissements (ex : EHPAD, EAM, SAMSAH) pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, conformément au règlement départemental d'aide sociale, qui est téléchargeable sur le site cotedor.fr.

2.4. Articulation avec les autres CPOM signés par l'organisme gestionnaire le cas échéant

Non concerné

Dans la mesure où le gestionnaire serait déjà engagé dans un CPOM avec l'agence et/ou avec le Département de la Côte-d'Or (CPOM sanitaire, CPOM SPASAD, ...), les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est présenté en annexe ③ du présent contrat, complété des éléments de ce/ces CPOM susceptibles d'éclairer la situation des établissements ou services signataires du présent contrat.

3. Objectifs fixés dans le cadre du CPOM

3.1. Objectifs régionaux

L'agence régionale de santé réaffirme la volonté de promouvoir une prise en charge de qualité en direction des usagers accompagnés et d'assurer une réponse optimale aux besoins du territoire. **A ce titre, les objectifs fixés à l'organisme gestionnaire par le CPOM sont présentés en nombre limité afin de permettre à l'organisme gestionnaire d'y répondre pleinement.** De même, le suivi de ces objectifs s'appuie sur des indicateurs dont le nombre est restreint.

Des avenants pourront compléter le présent CPOM au cours de la période de contractualisation si des thématiques nouvelles viennent à être partagées contractuellement entre l'agence régionale de santé et le gestionnaire.

Les objectifs du CPOM s'intègrent aux ambitions du projet régional de santé 2018 – 2028 pour la période du 1er janvier 2023 au 30 octobre 2023 et du projet régional de santé 2023 - 2028 à compter du 31 octobre 2023 :

- précocité et prévention ;
- soutien à domicile ;
- territorialisation ;
- efficacité des accompagnements ;
- inclusion et logique de parcours.

Ces ambitions sont elles-mêmes soutenues par les objectifs des parcours « Grand Age » et « personnes en situation de handicap » déclinés dans le PRS 2018-2028 et PRS 2023 - 2028.

L'agence régionale de santé et les Conseils départementaux demandent par ailleurs à **l'ensemble des directeurs d'ESMS du territoire bourguignon franc-comtois de s'engager dans la démarche « RAPT ».**

Ainsi tous les ESMS (secteurs personnes âgées et handicapées) sont susceptibles d'être sollicités par la MDPH pour participer à un PAG le cas échéant. En fonction des besoins sur ce type de situation, l'affectation de tout ou partie des résultats de chacun des ESMS devra couvrir les surcoûts éventuels.

3.2. Objectifs départementaux

Les objectifs du CPOM s'intègrent aux 5 orientations du Schéma Départemental de l'Autonomie 2019-2023 :

- accompagner les parcours des personnes âgées et handicapées ;
- prévenir la perte d'autonomie ;
- favoriser le maintien à domicile et l'inclusion ;
- garantir les conditions d'accueil de qualité en établissement ;
- simplifier pour améliorer le service rendu à l'utilisateur

3.3. Objectifs spécifiques à l'organisme gestionnaire

Le nombre et la nature des objectifs sont conformes à une évaluation réaliste de la capacité de l'organisme gestionnaire à mettre en œuvre l'ensemble des actions nécessaires à leur atteinte, et en rapport avec les moyens dédiés à la réalisation du CPOM.

Dans la mesure du possible, les objectifs finaux sont assortis d'objectifs intermédiaires examinés lors de la réunion du dialogue de gestion se tenant à mi-parcours du CPOM. Les objectifs sont accompagnés d'indicateurs permettant de vérifier leur réalisation. La méthode de calcul des indicateurs retenue est expliquée dans le guide méthodologique régional ; la valeur-cible y est précisée ; la valeur-cible est régionale pour les indicateurs d'activité et définie territorialement pour les autres indicateurs.

L'agence s'appuie prioritairement sur les indicateurs du tableau de bord de la performance des établissements et services médico-sociaux pour déterminer la situation de départ, complété par des indicateurs inclus dans le système e-CARS permettant de suivre l'évolution du CPOM.

Les fiches objectifs (issues de l'outil eCARS) sont détaillées en annexe ④.

4. Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

4.1. Constitution de la dotation globale commune (DGC) « Assurance Maladie »

La dotation globalisée commune versée par l'Assurance Maladie dans le cadre du présent CPOM se compose de la somme des forfaits et dotations des établissements et services du périmètre du présent CPOM.

Elle découle des modalités de répartition de la dotation régionale limitative fixées par l'agence régionale de santé et des orientations régionales décrites dans son rapport d'orientation budgétaire (ROB) annuel notamment en matière de tarification et d'allocation de ressources.

Une décision tarifaire fixera chaque année le montant de la dotation globalisée commune et la répartition prévisionnelle entre les différents établissements et services concernés, par champ.

Pour les EHPAD, la tarification retenue sur le capacitaire est indiquée en page 4 et les Procès-Verbaux signés PMP / GMP pour chaque EHPAD (ou courrier GMPS concaténé le cas échéant) sont présentés en **annexe ⑤**

4.2. Prise en compte de l'activité

Conformément à l'article R-314-43-2 du CASF, un pourcentage d'abattement, temporaire, de la dotation globale ou du forfait global pourra être effectué. Déterminé à hauteur de -0,5% par point d'activité non réalisé, il se fonde sur la dernière mesure de l'activité connue, par établissement et service. Les activités cible définies au présent contrat, conformément au projet régional de santé 2018-2028 et au projet régional de santé 2023 - 2028, sont présentées synthétiquement ci-dessous, et repris dans un guide méthodologique régional :

Bases d'ouverture théoriques ciblées en région pour réaliser le calcul de l'activité :

- 365 jours : EHPAD

La mise en place d'opérations de transformation inhérentes au présent CPOM pouvant impacter l'activité, un dialogue de gestion spécifique aux écarts d'activité sera mis en place avant toute reprise, qui pourra donner lieu à la justification par le gestionnaire.

4.3. Financements relevant de la compétence du Département

La tarification et les éventuelles dotations sont déterminées annuellement en conformité avec les dispositions prévues au CASF et selon l'objectif d'évolution des dépenses voté par l'Assemblée Départementale.

Les projets nouveaux qui impliquent un financement du Département pourront être intégrés pendant la durée de validité du CPOM. Ils feront l'objet d'un avenant au présent CPOM pour lequel le Département sera signataire.

4.3.1. Forfait global relatif à la dépendance pour les places d'hébergement permanent

Le forfait global relatif à la dépendance prend en compte le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées et est calculé conformément au 1° de l'article R.314-172 du CASF.

La valeur de référence du point GMP départemental ne peut pas être inférieure à la valeur de l'année précédente. Elle est déterminée annuellement par l'Assemblée Départementale.

Pour 2023, la valeur de point GIR départemental est arrêtée par le Président du Conseil Départemental à 7,60 € TTC.

Le versement de la dotation annuelle est réalisé mensuellement par douzième conformément à l'article R.314-107 du CASF.

Calcul des dotations dépendance pour 2023

	Forfait cible	Participation des résidents	Dotation globale du département
EHPAD La Croix Violette	124 184 €	43 665,80 €	80 518,20 €

Le montant du forfait cible et de la dotation globale du Département sont susceptibles d'évoluer sur la durée du CPOM au regard de nouvelles validation du GMP, de l'estimation de la participation des résidents étudiée annuellement et de la réévaluation de la valeur du point GIR conformément au budget voté annuellement par le Département.

Nouvelle validation GMP :

Lorsque le gestionnaire constate un écart supérieur à 10 % entre le niveau de dépendance des personnes présentes dans l'établissement et le GMP arrêté dans le CPOM, une nouvelle évaluation du GMP peut être sollicitée auprès du Conseil Départemental. Cette nouvelle évaluation sera alors prise en compte pour la dotation globale dépendance de l'année N+1.

4.3.2. Le financement dépendance pour les places d'hébergement temporaire

Les tarifs Dépendance déterminés pour les places d'Hébergement Permanent sont applicables dans leur intégralité pour les résidents admis en hébergement temporaire, selon le niveau de dépendance de la personne accueillie (groupe GIR) et donnent lieu ainsi à des recettes complémentaires pour l'établissement.

Ces places ne font donc pas l'objet d'un versement de dotation globale par le Département au titre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

La personne âgée souhaitant un accueil en hébergement temporaire peut déposer une demande d'APA auprès du Département de son domicile, si elle veut bénéficier d'une prise en charge dans le cadre de son plan d'aide individuel.

Si elle bénéficie déjà d'un plan d'aide APA à domicile une demande de révision du plan d'aide doit être sollicitée auprès des services du Département, dans les délais les plus favorables, la prise en charge n'étant pas rétroactive.

4.3.3. La tarification des prestations Hébergement pour les places d'hébergement permanent et temporaire

Les prix de journée relatifs à l'hébergement sont à la charge du résident.

Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement couvrent les charges correspondant a minima aux prestations mentionnées aux articles D.312-159-2 et D.342-3, en application de l'article L.314-1 du CASF.

L'établissement est partiellement habilité à l'aide sociale :

Les prestations incluses dans les prix de journées ne peuvent pas donner lieu à facturation supplémentaire, ni auprès du Département ni auprès du résident ou des familles.

Le prix de journée applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale est celui fixé par l'arrêté de prix de journée moyen Hébergement applicable aux établissements partiellement habilités à l'aide sociale ayant signé un CPOM, soit 65,43 € TTC, base 2023. Cet arrêté est pris chaque année par le Président du Conseil Départemental de la Côte-d'Or.

Ce prix de journée sera revalorisé chaque année selon le taux d'augmentation voté par l'Assemblée Départementale ; dans le cas où celui-ci serait supérieur au taux fixé par l'arrêté du Ministre des Solidarités et de la Santé et le Ministre de l'Economie et des Finances, c'est le taux ministériel qui s'appliquera.

Pour les résidents de moins de 60 ans, le tarif applicable est composé du prix de journée Hébergement auquel s'ajoute le coût moyen dépendance calculé comme suit :

Montant du forfait global dépendance alloué / nb de places Hébergement Permanent/ 365 (ou366) jours

Pour l'année 2023, le prix de journée applicable aux résidents de moins de 60 ans est de 17,91 € (TTC).

4.4. Affectation des résultats

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. L'affectation doit correspondre aux dispositions du CPOM et aux prérogatives réglementaires.

- **Solde des comptes de réserves au 31/12/2022, incluant les résultats antérieurs et les résultats 2022 :**

Section hébergement : non concerné, établissement non tarifé par le Département hormis pour 1 place habilitées à l'aide sociale

Section dépendance et soins :

EHPAD "La Croix Violette" BROCHON		Report à nouveau des activités SMS (solde débiteur) 11590
Section Tarifaire	Résultat NET 2022 à affecter	Affectation retenue 2022
Dépendance	-19 978,56 €	-19 978,56 €
Soins	-77 995,73 €	-77 995,73 €
Résultat N	-97 974,29 €	-97 974,29 €
Solde des réserves au 31/12/2022 (inclus résultats 2022)		-115 276,94 €

- **Résultats excédentaires**

Sous réserve de la situation financière et des enjeux d'investissements, l'organisme gestionnaire devra veiller chaque année à affecter cet excédent selon les priorités suivantes :

1. en priorité à l'apurement des déficits antérieurs ;
2. puis, à l'affectation de tout ou partie en fonction du montant et des besoins sur des situations complexes (Communauté360/PAG/GOS) le cas échéant ;
3. puis, à la réserve de compensation des déficits dans la limite de 5% du montant des DGC, quel que soit le financeur ;
4. puis, le cas échéant, en compte de report à nouveau, dans la limite de la base reductible de chaque financeur de l'exercice considéré, notamment en vue de financer les actions prévues au présent CPOM et à ses avenants ;

- **Résultats déficitaires**

Le déficit de chacun des comptes de résultat est :

1. couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, couvert par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

4.5. Autres dispositions financières

4.5.1. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) :

Le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a supprimé les états des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) simplifiés, applicables aux EHPAD commerciaux ou non habilités/minoritaires habilités à l'aide sociale, à compter de l'exercice 2023. Considérant que l'organisme gestionnaire n'était pas encore sous procédure EPRD complet en 2022, le PGFP n'est pas exigé à l'entrée en CPOM.

Eu égard à la mise en œuvre de la réforme, l'organisme gestionnaire élaborera un nouveau PGFP lors de l'EPRD 2024. Cette dernière version sera présentée en annexe ⑥. Les orientations majeures de ce PGFP y seront décrites de façon explicites.

Le PGFP a vocation à être mis à jour en cours d'année à l'initiative de l'organisme gestionnaire, soit en cas de modification du programme d'investissement et/ou du plan de financement, soit lorsque les prévisions relatives aux recettes et aux dépenses seront substantiellement modifiées.

Il sera et restera conforme à tous les engagements financiers contractualisés par ailleurs (ex : programme d'investissement validé, frais de siège, autorisations, contrat de retour à l'équilibre, etc.).

Il présentera une trajectoire financière équilibrée à 7 ans et s'appuiera sur la dernière dotation actualisée connue.

4.5.2. Les plans pluriannuels d'investissements (PPI) : annexe ⑦ - Non concerné

4.5.3. L'autorisation de frais de siège : annexe ⑧ - Non concerné

4.5.4. Engagement des signataires :

Les financements définis dans le présent contrat engagent les parties signataires.

4.5.5. Dépenses non opposables

L'ARS et le Département conservent la possibilité de rejeter des dépenses selon les articles L. 313-14-2 et R.314-236 du CASF.

Conformément à l'article L.313-14-2 du CASF, il reste possible de demander le reversement de certains montants dès lors que les autorités de tarification constatent des dépenses sans rapport, non justifiées ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESSMS fournissant des prestations comparables en termes de qualités de prise en charge ou d'accompagnement, ou des recettes non comptabilisées.

CPOM La croix violette – 01/01/2023 -31/12/2027

Page 10 sur 14

Cette récupération et/ou le rejet de certaines dépenses viennent en déduction des Dotations Globales concernées (Dépendance et Soins) de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté ou de celui qui suit (article R.314-236 du CASF).

5. Mise en œuvre et suivi du contrat

5.1. La composition du comité en charge du dialogue de gestion

Il est créé un comité chargé du dialogue de gestion du présent contrat, dont la mission est de s'assurer de la bonne exécution de ce dernier. Il est composé des parties signataires à qui il est permis d'adjoindre tout partenaire externe utile aux échanges, après information des parties intéressées.

Seront informés des dates et ordres du jour des réunions de dialogue de gestion pour une éventuelle participation toute personne ressource compétente pour le suivi des fiches-action.

Le dialogue de gestion se tient de manière privilégiée au sein des ESMS inclus au périmètre du CPOM. L'organisation logistique du dialogue de gestion est assurée par l'organisme gestionnaire.

Le dialogue de gestion a pour objectif de s'assurer de la bonne exécution du contrat, des objectifs, des moyens et de leur utilisation et du suivi d'activité.

5.2. Documents à produire en cours de contrat

Pour le suivi de la réalisation des objectifs prévus dans les fiches-actions, l'organisme gestionnaire s'engage à fournir au **30 avril** de chaque année, pour l'ensemble des établissements et services :

- une revue des objectifs du CPOM saisie dans l'outil e-Cars, qui doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible (cf. fiches objectifs annexées au présent CPOM), ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte ;
- l'ensemble des **rapports d'activité** des établissements et services qu'il gère (*au plus tard au 8 juillet pour secteur hospitalier public*), en intégrant notamment **les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité** ;
- l'actualisation de la grille d'évaluation de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques relatives à la **prise en charge de l'autisme** et du plan d'action (secteur PH uniquement) ;
- le bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des **suivis d'inspections** réalisées dans les ESMS intégrés au présent contrat.

Conformément au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et à l'arrêté produit conjointement par l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et le Conseil Départemental de la Côte-d'Or, l'organisme gestionnaire fournira pour chacun des établissements et services un rapport d'évaluation, qu'il enregistrera au sein de l'outil e-Cars.

L'évaluation devra être réalisée l'année précédant la date d'effet du CPOM. Le rapport des résultats de l'évaluation sera transmis via l'outil e-Cars. Il sera utilisé comme un des supports de diagnostic préalable au CPOM.

En EHPAD, il est attendu 2 coupes PMP/GMP sur la période des 5 ans du contrat, dont la programmation est à définir avec les équipes de l'Agence Régionale de Santé et du Département.

5.3. Modalités de rencontre de dialogue de gestion

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

- **au cours de la deuxième ou troisième année, pour un point à mi-parcours** : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par l'organisme gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient : dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires. Un compte rendu partagé dont la rédaction est proposée par l'organisme gestionnaire et validée par les autorités compétentes permet d'apprécier ce point d'étape ;
- **au cours de la cinquième année du contrat pour le bilan du CPOM en cours et la préparation du nouveau contrat** : le comité examine les résultats obtenus par l'organisme gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce 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. Ce bilan servira de référence pour le renouvellement du CPOM et alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

Une ou des réunions du comité de suivi supplémentaire(s) peut (peuvent) être envisagée(s) en cas de difficultés identifiées, ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat.

Au-delà des réunions du comité de suivi du contrat, 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 membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

5.4. Evaluation du contrat et contrôles

En dehors des autres dispositions prévues supra, l'organisme gestionnaire rendra compte à la demande de son/ses autorités compétentes de tarification des actions relatives aux missions confiées par ceux-ci.

L'organisme gestionnaire s'engage à tenir immédiatement informés son/ses autorités compétentes de tarification de toute situation dont ils sont saisis et relevant de l'information et/ou de l'intervention des autorités de contrôle.

Par ailleurs, son/ses autorités compétentes de tarification pourront procéder à tout contrôle ou investigation qui relève de leurs prérogatives au titre de la législation et de la réglementation en vigueur. L'organisme gestionnaire s'engage à faciliter, à tout moment, le contrôle par les autorités compétentes de la réalisation

des objectifs définis au présent contrat, notamment par l'accès à toutes pièces justificatives de la bonne application des textes légaux et réglementaires, des procédures assurant le contrôle et l'évaluation.

Les personnes ou les services désignés à cet effet par son/ses autorités compétentes de tarification seront notamment chargés de vérifier l'utilisation annuelle de la dotation globalisée commune sur le plan qualitatif et quantitatif et de demander des explications sur les éventuels décalages entre les missions confiées et les objectifs réellement atteints. Ce contrôle sera notamment établi au vu des indicateurs (cf fiches actions).

Sans porter préjudice aux prérogatives de son/ses autorités compétentes de tarification, les parties s'efforceront de mettre en place, sur ces questions, des relations partenariales dans l'intérêt des personnes accueillies dans les établissements et services de l'organisme gestionnaire.

5.5. Sanctions

L'étude conjointe des documents produits en cours de contrat (§5-2) pourra conduire à la mise en œuvre de sanctions, principalement financières, présentées au cours du comité de suivi en cas de non atteinte des cibles attendues au titre de l'activité réalisée des ESMS intégrés au présent contrat.

6. Révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des réunions de suivi ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM, tant sur les moyens alloués que sur les objectifs assignés.

Toutes modifications apportées au présent contrat et ses conséquences seront réputées nulles et non avenues en l'absence d'un avenant au dit contrat.

Dans le cas où une décision de modification ne concernerait qu'une des autorités compétentes de tarification, et dans un souci d'optimisation des circuits de signature, un avenant bipartite pourra être réalisé. La troisième partie sera systématiquement informée de l'existence d'avenant bipartite.

7. Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une période de cinq ans, avec une date d'effet au 01 janvier 2023. Le cas échéant, il met fin aux conventions et contrats précédents.

A l'issue de cette période de 5 ans, si le CPOM ne peut être renouvelé, il est prorogé de fait d'une année supplémentaire.

Enfin, si les conditions ne sont toujours pas réunies pour être renouvelé à l'issue de ces 6 années, un avenant de prorogation de 1 an sera effectué pour sécuriser juridiquement le CPOM. Ce dernier ne pourra excéder une durée de 7 ans.

8. 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 le tribunal administratif de DIJON - 22 rue d'Assas - 21000 DIJON ou par recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible sur le site internet <https://www.telerecours.fr/>.

9. Liste des annexes au CPOM

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

Indiquer « non concerné » quand l'annexe n'est pas présente.

La liste des annexes est susceptible d'être modifiée

- ① Organigramme fonctionnel de l'établissement à la date d'entrée en CPOM
- ② Modalité de versement de l'aide sociale départementale,
- ③ CPOM effectif au cours de la période du présent CPOM : non concerné
- ④ Fiches-objectifs
- ⑤ Procès-Verbaux signés PMP / GMP pour chaque EHPAD + courrier GMPS concaténé le cas échéant
- ⑥ PGFP concernant les ESMS entrant dans le périmètre du CPOM : à fournir à l'EPRD 2024.
- ⑦ PPI déjà validés concernant les ESMS entrant dans le périmètre du CPOM : non concerné
- ⑧ Autorisation des frais de siège : non concerné

Fait en 3 exemplaires,

A Dijon, 20 DEC. 2023

Directeur général de
l'agence régionale de santé
Bourgogne-Franche-Comté

Jean-Jacques COIPILET



Président du
Conseil Départemental
de la Côte-d'Or

François SAUVADET
Ancien Ministre

Gérante de la SARL
« La Croix Violette »

Marie Jeanne PLATEN
(Sœur Blandine)



ARS Bourgogne Franche-Comté

BFC-2023-12-22-00029

2023 2027 CPOM ODYNEO

01/01/2023 - 31/12/2027

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

conclu entre

l'Agence Régionale de Santé Bourgogne-
Franche-Comté,

le Département du Jura,

et

ODYNEO



Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF), parties législative et réglementaire, notamment ses articles L. 311-11 (concernant les résidences autonomie), L. 313-12 (concernant les EHPAD) et L. 313-12-2 (concernant les ESMS du secteur « personnes en situation de handicap » et les SPASAD) ;

vu le code de la sécurité sociale (CSS) ;

vu le code de la santé publique (CSP) ;

vu le code général des collectivités territoriales et notamment le IV de l'article L. 5217-2 ;

vu le décret en date du 2 novembre 2022 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPILET, en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ;

vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

vu le projet régional de santé 2018-2028 de l'agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté arrêté le 2 juillet 2018 ;

vu le schéma départemental en faveur de l'autonomie 2021-2025 adopté par le Conseil Départemental le 22 mars 2022 ;

vu l'arrêté présentant la programmation de contractualisation pluriannuelle des établissements et services médico sociaux en compétence unique ARS et en compétence conjointe ARS / Département du Jura ;

vu la décision n° ARSBFC/SG/2022-069 portant délégation de signature du directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté en date du 21 novembre 2022 ;

vu le rapport d'orientation budgétaire médico-social annuel en cours présenté par l'agence régionale de santé ;

vu la délibération du Département du Jura du 1 er juillet 2021 portant élection de Monsieur Clément PERNOT et celle du 20 novembre 2023 autorisant le Président du Département à signer le présent CPOM ;

vu la délibération du conseil d'administration / de surveillance de l'organisme gestionnaire en date du 26 octobre 2022 ;

vu le projet d'établissement 2021 - 2026 présenté par l'organisme gestionnaire ODYNEO ;

Il a été conclu ce qui suit :

1. Préambule

Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires, l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Département du Jura et ODYNEO (désigné ci-après l'organisme gestionnaire) conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagements réciproques tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens financiers que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun et des moyens alloués, établis dans le respect de l'équité territoriale. Ils entendent ainsi développer, dans le cadre de leurs missions respectives, les prestations nécessaires aux besoins et attentes des usagers et de leurs proches.

JW

Le présent contrat aura notamment pour finalités principales : l'adaptation des réponses aux besoins des usagers accompagnés ou à accompagner, en partenariat avec les autres acteurs du territoire et l'efficience des pratiques.

2. Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Le présent contrat a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Département du Jura et ODYNEO, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

2.1. Présentation de l'entité juridique gestionnaire

Organisme Gestionnaire Raison sociale	690791108 - ODYNEO
Adresse	20 BD DE BALMONT 69257 - LYON 9E ARRONDISSEMENT
☎	0472521352
✉	direction.generale@odyneo.fr
Statut juridique	60 - Association Loi 1901 non Reconnue d'Utilité Publique
N° FINESS juridique	690791108
Représentant juridique	Jean Luc LOUBET Président
Directeur si différent	Valérie LÖCHEN, directrice générale
Date de l'autorisation de frais de siège le cas échéant	29 juin 2021 pour la période du 01/01/2021 au 31/12/2025

ESMS destiné à percevoir la dotation Globalisée Commune Conseil Départemental	FINESS ET : 39 078 5079
ESMS destiné à percevoir la dotation Globalisée Commune Assurance Maladie (ARS)	FINESS ET : 39 000 5635
Caisse pivot de rattachement CPAM / MSA / ...	CPAM DE LONS LE SAUNIER

Annexes :

- **Organigramme de l'entité juridique** à la date d'entrée en CPOM (fonctionnel, et comprenant ETP) complété le cas échéant par :
- **Organigramme fonctionnel du siège**
- **Logigramme de toutes les structures gérées par l'entité juridique** à la date d'entrée en CPOM

JL

2.2. Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM

Le CPOM comprend des établissements et services médico-sociaux des secteurs suivants (extraction FINESS) :

Structure	Localisation (CP – Ville)	Date d'autorisation	Capacité autorisée* et financée	Nombre de places habilitées à l'aide sociale
390005635 - MAS LE HAUT DU VERSAC Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) Accueil temporaire avec hébergement	39170 COTEAUX DU LIZON	03/01/2017	5	
390005635 - MAS LE HAUT DU VERSAC Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) Hébergement Complet Internat	39170 COTEAUX DU LIZON	03/01/2017	6	
390005635 - MAS LE HAUT DU VERSAC Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.) Accueil de Jour	39170 COTEAUX DU LIZON	03/01/2017	3	
390785079 - FAM LE HAUT DE VERSAC Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.) Accueil temporaire avec hébergement	39170 COTEAUX DU LIZON	03/01/2017	3	3
390785079 - FAM LE HAUT DE VERSAC Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (F.A.M.) Hébergement Complet Internat	39170 COTEAUX DU LIZON	03/01/2017	35	35

*La capacité autorisée est exprimée en nombre de personnes accompagnées simultanément.

Pour le champ PH, tout ESMS propose (sauf si son autorisation en dispose autrement) l'ensemble des modes possibles de prise en charge, depuis l'hébergement complet jusqu'à l'accompagnement à domicile.

Suite à la publication de l'instruction du 22 janvier 2018 relative à l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, les autorisations sont maintenues en l'état ou révisées dès à présent. Un avenant fixera les modalités d'accompagnement liées aux autorisations qui seront revues durant la durée du contrat.

2.3. Habilitation à l'aide sociale départementale

Le présent CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation est précisée dans le tableau ci-dessus pour chacun des établissements concernés (FAM LE HAUT DE VERSAC).

L'annexe dédiée précise les conditions de cette habilitation et en particulier les modalités de versement de la participation financière départementale aux établissements (ex : EHPAD, EAM, SAMSAH) pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, conformément au règlement départemental d'aide sociale.

JU

2.4. Articulation avec les autres CPOM signés par l'organisme gestionnaire le cas échéant

Dans la mesure où le gestionnaire serait déjà engagé dans un CPOM avec l'agence et/ou avec le Département (CPOM sanitaire, CPOM SPASAD, ...), les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est présenté s'il existe en annexe du présent contrat, complété des éléments de ce/ces CPOM susceptibles d'éclairer la situation des établissements ou services signataires du présent contrat.

3. Objectifs fixés dans le cadre du CPOM

3.1. Objectifs régionaux

L'agence régionale de santé réaffirme la volonté de promouvoir une prise en charge de qualité en direction des usagers accompagnés et d'assurer une réponse optimale aux besoins du territoire. **A ce titre, les objectifs fixés à l'organisme gestionnaire par le CPOM sont présentés en nombre limité afin de permettre à l'organisme gestionnaire d'y répondre pleinement.** De même, le suivi de ces objectifs s'appuie sur des indicateurs dont le nombre est restreint.

Des avenants pourront compléter le présent CPOM au cours de la période de contractualisation si des thématiques nouvelles viennent à être partagées contractuellement entre l'agence régionale de santé et le gestionnaire.

Les objectifs du CPOM s'intègrent aux ambitions du projet régional de santé 2018-2028 :

- précocité et prévention ;
- soutien à domicile ;
- territorialisation ;
- efficacité des accompagnements ;
- inclusion et logique de parcours.

Ces ambitions sont elles-mêmes soutenues par les objectifs des parcours « Grand Age » et « personnes en situation de handicap » déclinés dans le PRS 2018-2028.

L'agence régionale de santé et les Conseils départementaux demandent par ailleurs à **l'ensemble des directeurs d'ESMS du territoire bourguignon franc-comtois de s'engager dans la démarche « RAPT ».**

Ainsi tous les ESMS (secteurs personnes âgées et handicapées) sont susceptibles d'être sollicités par la MDPH pour participer à un PAG le cas échéant. En fonction des besoins sur ce type de situation, l'affectation de tout ou partie des résultats de chacun des ESMS devra couvrir les surcoûts éventuels.

3.2. Objectifs départementaux

Les objectifs cités ci-dessus correspondent aux préoccupations du Département et viennent croiser les orientations du Schéma Départemental de l'Autonomie établi pour la période 2021-2025, et plus spécifiquement les thématiques suivantes :

A / Renforcement de la prévention de perte d'autonomie avec le développement d'actions collectives de prévention au bénéfice des personnes handicapées vieillissantes,



B / Renforcement du soutien auprès des Aidants familiaux par le développement des actions de soutien auprès des aidants de personnes en situation de handicap,

C / Renforcement de la coordination entre acteurs des secteurs « Personnes Agées » et « Personnes Handicapées » par le développement des compétences et des connaissances entre partenaires et par le renforcement de la coopération dans le champ du handicap,

D / Evolution de l'offre médico-sociale avec notamment le développement de places d'accueil de jour ou d'accueil temporaire en foyer par redéploiement ou création en fonction des possibilités de financement, la diversification de l'offre relative aux personnes handicapées vieillissantes.

Des avenants pourront compléter le présent CPOM au cours de la période de contractualisation si des thématiques nouvelles viennent à être partagées contractuellement entre le Département et le gestionnaire.

3.3. Objectifs spécifiques à l'organisme gestionnaire

Le nombre et la nature des objectifs sont conformes à une évaluation réaliste de la capacité de l'organisme gestionnaire à mettre en œuvre l'ensemble des actions nécessaires à leur atteinte, et en rapport avec les moyens dédiés à la réalisation du CPOM.

Dans la mesure du possible, les objectifs finaux sont assortis d'objectifs intermédiaires examinés lors de la réunion du dialogue de gestion se tenant à mi-parcours du CPOM. Les objectifs sont accompagnés d'indicateurs permettant de vérifier leur réalisation. La méthode de calcul des indicateurs retenue est expliquée dans le guide méthodologique régional ; la valeur-cible y est précisée ; la valeur-cible est régionale pour les indicateurs d'activité et définie territorialement pour les autres indicateurs.

L'agence et le Département s'appuient prioritairement sur les indicateurs du tableau de bord de la performance des établissements et services médico-sociaux pour déterminer la situation de départ, complété par des indicateurs inclus dans le système e-CARS permettant de suivre l'évolution du CPOM.

Les objectifs et actions issus des échanges entre le FAM LE HAUT DE VERSAC et le Département sont les suivantes :

- ⇒ Déploiement et utilisation active du logiciel Viatrajectoire (gestion des orientations, des admissions, des réorientations et/ ou des sorties)
- ⇒ Renforcer des actions de soutien auprès des aidants de personnes en situation de handicap :

Répondre aux appels à projet de la CFPPA dans le cadre du soutien aux aidants, plus spécifiquement pour les PH de plus de 60 ans et plus spécifiquement dans le cadre des dispositifs d'accueil temporaire et d'accueil de jour.

- ⇒ Développer des compétences et des connaissances entre partenaires :

Mettre en place et ou participer à des formation inter institutionnelles favorisant les coopérations entre secteur PH et PA

- ⇒ Renforcer la coordination des acteurs et des coopérations dans le champ du handicap : *JW*

Participer activement au fonctionnement de la Communauté 360 en la sollicitant et en proposant des réponses et des solutions à ses sollicitations

- ⇒ Développer des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie au bénéfice des personnes handicapées vieillissantes en établissement (via le budget de l'établissement ou via des actions transverses « Personnes Handicapées / Personnes Agées » financées spécifiquement par la CFPPA)
- ⇒ Diversifier les modes d'accueil en ESMS de compétence départementale pour les adultes en situation de handicap :

Engager une réflexion sur éventuelle participation à une expérimentation de mise en œuvre de places externalisées hors les murs

- ⇒ Diversifier l'offre relative aux personnes handicapées vieillissantes :

Développer une expertise sur le vieillissement en initiant des coopérations avec d'autres établissements PH et ou des EHPAD

Les fiches objectifs ARS et Département (issues de l'outil eCARS) sont détaillées en annexe.

4. Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

4.1. Constitution de la dotation globale commune (DGC) « Assurance Maladie »

La dotation globalisée commune versée par l'Assurance Maladie dans le cadre du présent CPOM se compose de la somme des forfaits et dotations des établissements et services du périmètre du présent CPOM.

Elle découle des modalités de répartition de la dotation régionale limitative fixées par l'agence régionale de santé et des orientations régionales décrites dans son rapport d'orientation budgétaire (ROB) annuel notamment en matière de tarification et d'allocation de ressources.

Une décision tarifaire fixera chaque année le montant de la dotation globalisée commune et la répartition prévisionnelle entre les différents établissements et services concernés, par champ.

4.2. Prise en compte de l'activité

Conformément à l'article R-314-43-2 du CASF, un pourcentage d'abattement, temporaire, de la dotation globale ou du forfait global pourra être effectué. Déterminé à hauteur de -0,5% par point d'activité non réalisé, il se fonde sur la dernière mesure de l'activité connue, par établissement et service. Les activités cible définies au présent contrat, conformément au projet régional de santé 2018-2028, sont présentées synthétiquement ci-dessous, et repris dans un guide méthodologique régional :

Bases d'ouverture théoriques ciblées en région pour réaliser le calcul de l'activité :

- 365 jours : EHPAD, SSIAD, SPASAD, MAS, EAM, CAFS ;
- 260 jours : Accueil de jour, SAMSAH ;
- 225 jours : ESAT, CRP, CPO ;
- 210 jours : IME, EEAP, IEM, IDA, IDV, IESPESA, SESSAD, DITEP, DIME et autres dispositifs, CAMSP et CMPP ;
- à noter le cas particulier des structures expérimentales qui peuvent bénéficier d'une durée d'ouverture spécifique (indiquée dans leur arrêté d'autorisation avec le nombre de places concernées).

JU

La mise en place d'opérations de transformation inhérentes au présent CPOM pouvant impacter l'activité, un dialogue de gestion spécifique aux écarts d'activité sera mis en place avant toute reprise, qui pourra donner lieu à la justification par le gestionnaire.

4.3. Financements relevant de la compétence du Département

Pour l'année 2023, la base reconductible est fixée au montant de 2 435 781 €.

Le Département fixe annuellement :

- le montant total des produits de tarification, par application du taux directeur d'évolution fixé par le Conseil départemental,
- le prix de journée de chaque établissement et service,

Le versement est effectué soit :

- sous forme de dotation
- sur présentation de facture

Dans le premier cas, le montant est arrêté annuellement.

Pour le FAM LE HAUT DE VERSAC, le versement intervient selon les modalités retenues dans la convention d'habilitation à l'aide sociale figurant en **annexe**.

4.3.1. Spécificités Ressources Humaines

Les parties conviennent de préciser la répartition des effectifs à la date de la signature du présent contrat, afin de se doter de points de repère permettant à terme une évaluation des évolutions mises en œuvre.

Les effectifs globaux en personnel à la date de signature du contrat figurent **en annexe**.

Les évolutions, variations et/ou modifications dans la répartition, les niveaux de qualification, les niveaux d'ancienneté, etc... de ces effectifs, relèvent des prérogatives de l'Organisme gestionnaire ou de l'Etablissement.

Dans le cadre du dialogue de gestion, le Département sera informé des modifications intervenues.

4.4. Affectation des résultats

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. L'affectation doit correspondre aux dispositions du CPOM et aux prérogatives réglementaires.

- **Résultats excédentaires**

Sous réserve de la situation financière et des enjeux d'investissements, l'organisme gestionnaire devra veiller chaque année à affecter cet excédent selon les priorités suivantes :

1. en priorité à l'apurement des déficits antérieurs ;
2. puis, à l'affectation de tout ou partie en fonction du montant et des besoins sur des situations complexes (RAPT/PAG/GOS) le cas échéant ;
3. puis, à la réserve de compensation des déficits dans la limite de 5% du montant des DGC, quel que soit le financeur ;

4. puis, au financement de mesures d'investissement (réserve de compensation des charges d'amortissement ou réserve d'investissement) en fonction des besoins identifiés et justifiés ;
5. puis, le cas échéant, en compte de report à nouveau, dans la limite de la base reductible de chaque financeur de l'exercice considéré, notamment en vue de financer les actions prévues au présent CPOM et à ses avenants ;
6. enfin, pour le surplus éventuel, en compte de report de réserve de trésorerie.

- **Résultats déficitaires**

Le déficit de chacun des comptes de résultat est :

1. couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2. puis, le cas échéant, couvert par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3. pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

4.5. Autres dispositions financières

4.5.1. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) :

Le Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) projeté par l'organisme gestionnaire sur une période d'une durée de 7 ans, présente une trajectoire financière équilibrée sur la période.

La dernière version du **plan global de financement pluriannuel (PGFP)**, d'une durée de 7 ans, est présentée en annexe. Elle est issue de l'EPRD N-1. Les orientations majeures de ce PGFP y sont décrites de façon explicites.

Le PGFP est mis à jour en cours d'année à l'initiative de l'organisme gestionnaire, soit en cas de modification du programme d'investissement et/ou du plan de financement, soit lorsque les prévisions relatives aux recettes et aux dépenses sont substantiellement modifiées.

Il est et reste conforme à tous les engagements financiers contractualisés par ailleurs (ex : programme d'investissement validé, frais de siège, autorisations, contrat de retour à l'équilibre, etc.).

Il présente une trajectoire financière équilibrée à 7 ans et s'appuie sur la dernière dotation actualisée connue.

4.5.2. Les plans pluriannuels d'investissements (PPI) :

Le cas échéant, sont transmis en annexe des **plans pluriannuels d'investissements (PPI)** déjà validés pour l'ensemble des établissements et services du présent CPOM. Aucun nouveau PPI ne sera validé dans ce « CPOM socle » et toute modification majeure du PPI d'un ESMS impliquera le dépôt d'un nouveau dossier.

4.5.3. L'autorisation de frais de siège :

Le cas échéant, **l'autorisation de frais de siège**, en cours de validité, est **annexée** au présent CPOM. L'organisme gestionnaire peut procéder à une libre répartition des frais de siège pour les établissements et services financés dans le cadre des crédits alloués par financeur.

JM

4.5.4. Engagement des signataires :

Les financements définis dans le présent contrat engagent les parties signataires. Le cas échéant, dans l'attente de la signature finalisée par le ou les conseil(s) départemental(aux) concerné(s), il conviendra d'amorcer les projets de transformation de l'offre médico-sociale contractualisés avec l'agence.

5. Mise en œuvre et suivi du contrat

5.1. La composition du comité en charge du dialogue de gestion

Il est créé un comité chargé du dialogue de gestion du présent contrat, dont la mission est de s'assurer de la bonne exécution de ce dernier. Il est composé des parties signataires à qui il est permis d'adjoindre tout partenaire externe utile aux échanges, après information des parties intéressées.

Seront informés des dates et ordres du jour des réunions de dialogue de gestion pour une éventuelle participation toute personne ressource compétente pour le suivi des fiches-action.

Le dialogue de gestion se tient de manière privilégiée au sein des ESMS inclus au périmètre du CPOM. L'organisation logistique du dialogue de gestion est assurée par l'organisme gestionnaire.

Le dialogue de gestion a pour objectif de s'assurer de la bonne exécution du contrat, des objectifs, des moyens et de leur utilisation et du suivi d'activité.

5.2. Documents à produire en cours de contrat

Pour le suivi de la réalisation des objectifs prévus dans les fiches-actions, l'organisme gestionnaire s'engage à fournir au **30 avril** de chaque année, pour l'ensemble des établissements et services :

- une revue des objectifs du CPOM saisie dans l'outil e-Cars, qui doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible (cf. fiches objectifs annexées au présent CPOM), ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte ;
- l'ensemble des **rapports d'activité** des établissements et services qu'il gère (*au plus tard au 8 juillet pour secteur hospitalier public*), en intégrant notamment **les actions engagées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité** ;
- l'actualisation de la grille d'évaluation de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques relatives à la **prise en charge de l'autisme** et du plan d'action ;
- le bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des **suivis d'inspections** réalisées dans les ESMS intégrés au présent contrat.

Conformément au décret n° 2021-1476 du 12 novembre 2021 relatif au rythme des évaluations de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux et à l'arrêté produit par l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et le Département du Jura, l'organisme gestionnaire fournira pour chacun des établissements et services un rapport d'évaluation.

L'évaluation devra être réalisée l'année précédant la date d'effet du CPOM. Le rapport des résultats de l'évaluation sera transmis via l'outil e-Cars. Il sera utilisé comme un des supports principaux de diagnostic préalable au CPOM suivant.

5.3. Modalités de rencontre de dialogue de gestion

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

- **au cours de la deuxième ou troisième année, pour un point à mi-parcours** : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par l'organisme gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient : dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires. Un compte rendu partagé dont la rédaction est proposée par l'organisme gestionnaire et validée par les autorités compétentes permet d'apprécier ce point d'étape ;
- **au cours de la cinquième année du contrat pour le bilan du CPOM en cours et la préparation du nouveau contrat** : le comité examine les résultats obtenus par l'organisme gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce 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. Ce bilan servira de référence pour le renouvellement du CPOM et alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

Une ou des réunions du comité de suivi supplémentaire(s) peut (peuvent) être envisagée(s) en cas de difficultés identifiées, ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat.

Au-delà des réunions du comité de suivi du contrat, 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 membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

5.4. Evaluation du contrat et contrôles

En dehors des autres dispositions prévues supra, l'organisme gestionnaire rendra compte à la demande de son/ses autorités compétentes de tarification des actions relatives aux missions confiées par ceux-ci.

L'organisme gestionnaire s'engage à tenir immédiatement informés son/ses autorités compétentes de tarification de toute situation dont ils sont saisis et relevant de l'information et/ou de l'intervention des autorités de contrôle.

Par ailleurs, son/ses autorités compétentes de tarification pourront procéder à tout contrôle ou investigation qui relève de leurs prérogatives au titre de la législation et de la réglementation en vigueur. L'organisme gestionnaire s'engage à faciliter, à tout moment, le contrôle par les autorités compétentes de la réalisation des objectifs définis au présent contrat, notamment par l'accès à toutes pièces justificatives de la bonne application des textes légaux et réglementaires, des procédures assurant le contrôle et l'évaluation.

Les personnes ou les services désignés à cet effet par son/ses autorités compétentes de tarification seront notamment chargés de vérifier l'utilisation annuelle de la dotation globalisée commune sur le plan qualitatif et quantitatif et de demander des explications sur les éventuels décalages entre les missions confiées et les objectifs réellement atteints. Ce contrôle sera notamment établi au vu des indicateurs (cf fiches actions).

Sans porter préjudice aux prérogatives de son/ses autorités compétentes de tarification, les parties s'efforceront de mettre en place, sur ces questions, des relations partenariales dans l'intérêt des personnes accueillies dans les établissements et services de l'organisme gestionnaire.

JV

5.5. Sanctions

L'étude conjointe des documents produits en cours de contrat (§ 4-2) pourra conduire à la mise en œuvre de sanctions, principalement financières, présentées au cours du comité de suivi en cas de non atteinte des cibles attendues au titre de l'activité réalisée des ESMS intégrés au présent contrat.

6. Révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des réunions de suivi ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM, tant sur les moyens alloués que sur les objectifs assignés.

Toutes modifications apportées au présent contrat et ses conséquences seront réputées nulles et non avenues en l'absence d'un avenant au dit contrat.

Dans le cas où une décision de modification ne concernerait qu'une des autorités compétentes de tarification, et dans un souci d'optimisation des circuits de signature, un avenant bipartite pourra être réalisé. La troisième partie sera systématiquement informée de l'existence d'avenant bipartite.

7. Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une période de cinq ans, avec une date d'effet au 01/01/2023. Le cas échéant, il met fin aux conventions et contrats précédents.

A l'issue de cette période de 5 ans, si le CPOM ne peut être renouvelé, il est prorogé de fait d'une année supplémentaire.

Enfin, si les conditions ne sont toujours pas réunies pour être renouvelé à l'issue de ces 6 années, un avenant de prorogation de 1 an sera effectué pour sécuriser juridiquement le CPOM. Ce dernier ne pourra excéder une durée de 7 ans.

8. 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 le tribunal administratif de DIJON - 22 rue d'Assas - 21000 DIJON ou par recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible sur le site internet <https://www.telerecours.fr/>.

Fait en 3 exemplaires,

A Dijon,

2-2 DEC. 2023

Jean-Jacques COIPLLET

Clément PERNOT

Jean-Luc LOUBET

Directeur général de
l'agence régionale de santé
Bourgogne-Franche-Comté

Président
du Département du Jura

Président de l'association
ODYNEO

ARS Bourgogne Franche-Comté

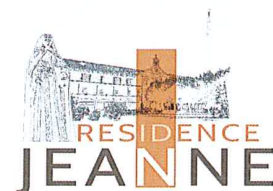
BFC-2022-12-30-00012

CPOM EHPAD Résidence Jeanne 2022 2026

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
médico-social**

**Conclu entre l'ARS Bourgogne-Franche-Comté,
le Conseil départemental de la Côte-d'Or
et la SAS « Résidence Jeanne »**

Pour la période du 01/01/2022 au 31/12/2026



SOMMAIRE

1-	Préambule.....	4
2-	Identification du gestionnaire et périmètre du contrat.....	4
3-	Objectifs fixés dans le cadre du CPOM.....	8
4-	Moyens dédiés à la réalisation du CPOM.....	10
5-	Mise en œuvre et suivi du contrat.....	15
6-	Révision du contrat.....	17
7-	Durée du contrat.....	17
8-	Conditions de résiliation.....	18
9-	Traitement des litiges.....	18
10-	Liste des annexes au CPOM.....	18

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), parties législative et réglementaire, notamment ses articles L311-11 (concernant les résidences autonomie), L. 313-12 (concernant les EHPAD) et L. 313-12-2 (concernant les ESMS du secteur Personnes en situation de Handicap et les SSIAD/SPASAD) ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale (CSS) ;

Vu le Code de la Santé Publique (CSP) ;

Vu le Code Général des Collectivités Territoriales et notamment le IV de l'article L.5217-2 dès lors qu'un établissement ou service social ou médico-social (ESMS) est de compétence conjointe ARS/CD ou compétence propre CD au présent CPOM ;

Vu le décret en date du 2 novembre 2022 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLLET, en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ;

Vu le Projet Régional de Santé 2018-2028 de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté paru le 2 juillet 2018 ;

Vu le Schéma départemental de l'autonomie 2019-2023 adopté le 25 mars 2019 par l'Assemblée départementale de la Côte-d'Or ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L.313-12 du CASF ;

Vu l'arrêté du 3 mai 2019 de programmation des Contrats Pluriannuels d'objectifs et de Moyens de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et du Conseil départemental de la Côte-d'Or ;

Vu l'instruction n° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du CASF ;

Vu la délibération du Conseil départemental de la Côte-d'Or du 1er juillet 2021 portant élection de M. François SAUVADET, Président du Conseil départemental de la Côte-d'Or ;

Vu la décision ARS BFC/SG/2022-069 portant délégation de signature du directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté en date du 21 novembre 2022 ;

Vu le rapport d'orientation budgétaire annuel présenté par l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ;

Vu le projet d'établissement en date du 01/01/2017 ;

Entre les parties suivantes :

- l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, domiciliée 2 place des savoir – 21000 DIJON, représentée par le directeur général ;
- le département de la Côte-d'Or, domicilié Hôtel du Département – 53bis, rue de la Préfecture – BP 1601 – 21035 DIJON Cedex, représenté par le Président du Conseil départemental ;
- La SAS « Résidence Jeanne », représentée par Monsieur François IMBERT, agissant en qualité de Président.

Il a été conclu ce qui suit :

1- Préambule



Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires, l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Conseil départemental de la Côte-d'Or et la SAS Résidence Jeanne (désignée ci-après l'organisme gestionnaire) conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et conjointe de transparence et d'engagements réciproques tant dans les actions entreprises, l'attribution et la gestion des moyens budgétaires que dans l'évaluation des résultats atteints en fonction des objectifs définis en commun et des moyens alloués en conséquence, établis dans le respect de l'équité territoriale. Elles entendent ainsi développer, dans le cadre de leurs missions respectives, les prestations nécessaires aux besoins et attentes des usagers et de leurs proches.

Le présent contrat aura notamment pour finalités principales : l'adaptation des réponses aux besoins des usagers accompagnés ou à accompagner, en partenariat avec les autres acteurs du territoire et l'efficacité des pratiques.

2- Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Dans le respect de leurs compétences respectives, le présent contrat a pour objet de donner un cadre aux relations partenariales entre l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Conseil départemental de la Côte-d'Or et la SAS Résidence Jeanne, afin de définir des objectifs en matière de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes âgées et de mise en œuvre des politiques publiques à décliner sur 5 ans.

2-1 Présentation de l'entité juridique gestionnaire

Organisme Gestionnaire Raison sociale	SAS Résidence Jeanne
Adresse	35 boulevard de Strasbourg – 21000 DIJON
	04 28 38 05 10
	f.imbert@hotmail.fr
Statut juridique	<input type="checkbox"/> Public Hospitalier, rattaché à un établissement de santé <input type="checkbox"/> Public Hospitalier, autonome <input type="checkbox"/> Autre public autonome <input type="checkbox"/> Privé non lucratif / Associatif <input type="checkbox"/> Privé non lucratif / Mutualiste <input type="checkbox"/> Privé non lucratif / Autre – A préciser : <input checked="" type="checkbox"/> Privé lucratif
N° FINESS juridique	21 001 334 8
Représentant juridique	François IMBERT, président de la SAS
Directeur si différent	Madame Adeline Horvath
Date de l'autorisation de frais de siège le cas échéant	Non concerné
ESSMS ou personne morale signataire destiné à percevoir la dotation Globalisée Commune PA	EHPAD Résidence Jeanne
Caisse pivot de rattachement	CPAM de la Côte-d'Or

Annexes :

- ❶ Organigramme fonctionnel de l'entité juridique à la date d'entrée en CPOM
- ❶ bis Organigramme fonctionnel de l'établissement à la date d'entrée en CPOM
- ❷ Etat des lieux réel des effectifs de chaque établissement à la date d'entrée en CPOM

2-2 Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM

Le CPOM comprend des établissements et services sociaux et médico-sociaux des secteurs suivants :

- Secteur social et médico-social – Champ « Personnes Agées » compétence conjointe ARS / département de la Côte-d'Or
- Secteur social et médico-social – Champ « Personnes Agées » compétence exclusive du département de la Côte-d'Or

A la date de début du contrat, le périmètre se compose de la sorte :

Structure (Catégorie – Appellation – Mode d'accueil)	Adresse complète	FINISS Etablissement (géographique)	Autorisations d'activité liées au contrat / Publics accompagnés	Date de dernière autorisation	Autorité(s) compétente(s)	Capacité autorisée	Capacité financée	Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) [susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM]
EHPAD Résidence Jeanne	35 Boulevard de Strasbourg – 21000 DIJON	21 095 001 0	Hébergement permanent / PASA	Arrêté n° ARSBFC/DA/2019- 089 du 01/10/2019	ARS / CD 21	78 places d'hébergement permanent dont 1 pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 14 places	78 places HP dont 14 places de PASA	78 places	

2-3 Habilitation à l'aide sociale départementale

L'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale départementale.

Néanmoins, il est rappelé que tout résident accueilli depuis plus de 5 ans dans l'établissement peut prétendre au bénéfice de l'aide sociale départementale.

Les conditions d'octroi de l'aide sociale départementale sont décrites dans le règlement départemental d'aide sociale téléchargeable sur le site cotedor.fr.

Les modalités liées au versement de l'aide sociale sont décrites à l'annexe ③ et plus spécifiquement dans le cadre du règlement départemental d'aide sociale du Département qui s'applique en la matière.

2-4 Partenariats existants et formalisés avec d'autres organismes gestionnaires d'établissements ou services

Sont présentés ci-après les conventions formalisées et les partenariats effectifs pour l'accès à la prévention et aux soins.

Conventions de coopération à vocation sanitaire :

Y indiquer, par exemple, la convention conclue avec un groupement hospitalier de territoire, etc.

Intitulé de la Convention	Date de signature	Signataires (préciser les ESMS concernés)
Convention de mise à disposition relative aux prestations de l'Equipe Mobile d'Hygiène de Territoire de l'établissement pivot	02/06/2021	Directrice générale du CHU
Convention de partenariat pour la prise en charge en hospitalisation à domicile de résidents en établissement d'hébergement médico-social	28/11/2019	Directeur général FEDOSAD
Convention officine / EHPAD	10/05/2021	Pharmacie des Roches d'Or
Contrat de partenariat orthophoniste	En cours de signature	Mme L.M.
Convention d'intervention d'un pédicure podologue libéral en EHPAD	En cours de signature	Mme M.C.
Contrat sur les conditions d'intervention des masseurs kinésithérapeutes en EHPAD	10/02/2020	Mr H.A.
Contrat sur les conditions d'intervention des masseurs kinésithérapeutes en EHPAD	10/02/2020	Mr D.L.

Conventions de coopération pour l'amélioration de la vie sociale et le développement des projets de vie :
(A titre d'exemple : collaborations, temps partagés de professionnels, ...)

Intitulé de la Convention	Date de signature	Signataires (préciser les ESSMS concernés)
Contrat de collaboration coiffure	04/06/2020	Mme C.V. - Coiffeuse
Contrat de collaboration esthéticienne	10/02/2020	Mme B.M. – Esthéticienne
Convention individuelle Association des Médiateurs Européens (AME)	28/05/2020	Mme la Présidente d'AME

- 2-5 Articulation avec les autres CPOM signés par l'organisme gestionnaire

Sans objet

Annexe ④ : CPOM effectif au cours de la période du présent CPOM (non concerné)

3- Objectifs fixés dans le cadre du CPOM

L'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté, le Conseil départemental de la Côte-d'Or, et l'organisme gestionnaire réaffirment leurs volontés de promouvoir une prise en charge de qualité en direction des usagers accueillis et d'assurer une réponse optimale aux besoins du territoire. **A ce titre, les objectifs fixés à l'organisme gestionnaire par le CPOM sont présentés en nombre limité afin de permettre à l'organisme gestionnaire d'y répondre pleinement.** De même, le suivi de ces objectifs s'appuie sur des indicateurs dont le nombre est restreint.

Le diagnostic partagé traite les thématiques prioritaires nationales suivantes :

- **l'expression et la participation individuelle et collective des usagers** : la capacité de l'ESSMS à prendre en compte dans son projet d'établissement /projet de service d'une part et dans chaque projet personnalisé d'autre part, les besoins et attentes des résidents ainsi que leur environnement social et familial ;
- **déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures du CPOM** : transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de la gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarche de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats. Lorsqu'un ou plusieurs établissements couverts par le contrat présentent de graves difficultés financières, le CPOM prévoit un plan de rééquilibrage des recettes et des charges permettant un retour à une situation financière satisfaisante dans un calendrier concerté, conformément aux dispositions de l'article L. 313-14-1 du CASF ;
- **déclinaison du Schéma Départemental de l'Autonomie, cadre de mise en cohérence de l'ensemble des politiques et dispositifs au bénéfice des personnes âgées et handicapées** : accompagner les parcours des personnes âgées et handicapées, conforter la vie à domicile et prévenir la perte d'autonomie, adapter l'évolution de l'offre médico-sociale sur le territoire, un schéma vivant et adaptable tourné vers l'utilisateur ;
- **participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes** : développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

Page 8 sur 18

CPOM MS 01/01/2022-31/12-2026 conclu entre ARS BFC – Conseil départemental de la Côte-d'Or – Résidence Jeanne

des professionnels de santé et de l'accompagnement social, des prestations d'hospitalisation à domicile, afin de favoriser l'accès aux droits et à la santé des personnes, et éviter les ruptures de prise en charge ;

- **développement de la qualité de la prise en charge des usagers** : accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes.

Les objectifs du CPOM s'intègrent aux quatre ambitions du Projet Régional de Santé 2018-2028 :

- **soutien à domicile** ;
- **territorialisation** ;
- **efficience** ;
- **inclusion et logique de parcours**.

Ainsi qu'aux 5 orientations du Schéma Départemental de l'Autonomie 2019-2023 :

- **accompagner les parcours des personnes âgées et handicapées** ;
- **prévenir la perte d'autonomie** ;
- **favoriser le maintien à domicile et l'inclusion** ;
- **garantir les conditions d'accueil de qualité en établissement** ;
- **simplifier pour améliorer le service rendu à l'utilisateur**.

Le nombre et la nature des objectifs sont conformes à une évaluation réaliste de la capacité de l'organisme gestionnaire à mettre en œuvre l'ensemble des actions nécessaires à leur atteinte, et en rapport avec les moyens dédiés à la réalisation du CPOM. Les objectifs sont formulés avec précision en fonction d'une situation initiale décrite avec exactitude (annexe ⑤ **Synthèse du diagnostic partagé**).

Dans la mesure du possible, les objectifs finaux sont assortis d'objectifs intermédiaires examinés lors de la réunion du dialogue de gestion se tenant à mi-parcours du CPOM. Les objectifs sont accompagnés d'indicateurs permettant de vérifier la réalisation des objectifs. La méthode de calcul des indicateurs retenue est expliquée dans les fiches-actions annexées au présent contrat ; la valeur de départ et la valeur-cible y sont précisées. Il convient de limiter le nombre d'indicateurs à suivre et de s'appuyer prioritairement sur les indicateurs du tableau de bord de la performance des établissements et services médico-sociaux.

Les objectifs sont ici énoncés de façon synthétique. Ils sont détaillés dans des fiches-actions annexées au CPOM, en annexe ⑥ **Fiches-actions**.

Objectifs poursuivis :	Fiche(s) action(s) n°	Secteur(s) concerné(s)
Adapter l'offre de prise en charge	1	<input checked="" type="checkbox"/> PA ARS/CD <input type="checkbox"/> PA CD
Reconnaître la personne âgée comme actrice et partenaire de sa prise en charge	2	<input checked="" type="checkbox"/> PA ARS/CD <input type="checkbox"/> PA CD
Participer à la structuration de la filière gériatrique pour éviter les hospitalisations	3	<input checked="" type="checkbox"/> PA ARS/CD <input type="checkbox"/> PA CD
Développer la qualité de vie au travail	4	<input checked="" type="checkbox"/> PA ARS/CD <input type="checkbox"/> PA CD
Garantir une organisation efficiente	5	<input checked="" type="checkbox"/> PA ARS/CD <input type="checkbox"/> PA CD

Le gestionnaire doit être particulièrement vigilant sur l'utilisation pleine et entière de l'offre qu'il propose aux personnes accompagnées, en cohérence avec les besoins du territoire et avec les valeurs inscrites dans le Projet Régional de Santé et dans le Schéma départemental de l'autonomie.

4- Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

Il appartient au gestionnaire de procéder aux redéploiements de moyens qu'il estime nécessaire pour parvenir aux objectifs déterminés dans le présent CPOM.

Dans un environnement EPRD, les dispositions réglementaires relatives aux virements de crédits et aux décisions modificatives sont définies aux articles R. 314-227 à R. 314-231 du CASF.

L'organisme gestionnaire s'emploie à assurer l'équilibre financier des structures qu'il gère.

4-1- Financements relevant de la compétence de l'ARS

Une décision tarifaire fixera chaque année le montant du forfait global de soins dont le taux d'évolution découlera des modalités de répartition de la dotation régionale limitative fixée par l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté dans son rapport annuel d'orientation budgétaire.

- **Forfait lié à l'hébergement permanent (hors dispositifs Alzheimer)**

FINESS Etablissement	Raison sociale	Nb lits installés au 01/01/2022	PMP		GMP		Option tarifaire	Valeur de point*	Résultat de l'équation tarifaire = (valeur du point 2021)	Base reconductible soins au 01/01/2022 (hors mesures Ségur)
			Valeur	Date de validation	Valeur	Date de validation				
21 095 001 0	EHPAD « Résidence Jeanne »	78	219	06/05/2021	769	03/05/2021	TP sans PUI	10.48	1 092 272 €	1 092 272 €
TOTAL										1 092 272 €

** La valeur du point est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle dépend d'une part de l'option tarifaire retenue par l'établissement en application de l'article R.314-163 du CASF et d'autre part, du recours ou non à une pharmacie à usage intérieur.*

Le financement sera calculé en année N sur la base des GMPS de l'établissement validé au plus tard le 30 juin N-1.

- Procès-Verbaux signés PMP / GMP

- **Financements complémentaires liés aux autres modalités d'accueil**

FINESS Etablissement	Raison sociale	Modalités d'accueil particulières	Nombre de places installées au 01/01/2022	Base reconductible au 01/01/2022
21 095 001 0	EHPAD « Résidence Jeanne »	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés	14	69 500 €
TOTAL				69 500 €

- **Prise en compte de l'activité**

Lorsque le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent est inférieur à un seuil fixé par arrêté conjoint des Ministres chargés des Affaires Sociales et de la Sécurité Sociale (arrêté du 28 septembre 2017), le directeur de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté peut moduler le montant du forfait global selon l'article R. 314-160 du CASF.

Concernant les financements complémentaires et conformément à l'article R. 314-161 du CASF, l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté modulera le montant du forfait en fonction des taux d'occupation connus (cf. le rapport d'orientation budgétaire annuel et le Schéma Régional de Santé).

4-2- Financements relevant de la compétence du Département

4.2.1 Financement de la dépendance pour les places d'hébergement permanent

Le forfait global relatif à la dépendance prend en compte le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées et est calculé conformément au 1° de l'article R. 314-172 du CASF.

La part du forfait global relatif à la dépendance, versée sous forme de Dotation Globale par le département d'implantation de l'établissement, est calculée annuellement selon l'équation tarifaire suivante :

Nouvelle équation tarifaire :

1° le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées est calculé en divisant la somme des "points GIR" obtenus par la valorisation prévue à la colonne E de l'annexe 3-6 par le nombre de personnes hébergées, multiplié par la capacité autorisée et financée d'hébergement permanent de l'établissement ;

2° ce produit est multiplié par la valeur du " point GIR " départemental, déterminée par le président du conseil départemental conformément aux dispositions de l'article R. 314-175 du CASF ;

3° du produit obtenu au 2° sont soustraits, d'une part, le montant prévisionnel de la participation des résidents mentionnée au I de l'article L. 232-8 du CASF, notamment le tarif journalier afférent à la dépendance applicable aux résidents classés dans les groupes 5 et 6 de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 du CASF et, d'autre part, le montant des tarifs journaliers afférents à la dépendance applicables aux autres départements dans lesquels certains résidents ont conservé leur domicile de secours, ainsi que la participation acquittée par les résidents de moins de soixante ans, et de celle des résidents non bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

La valeur de référence du point GMP départemental ne peut pas être inférieure à la valeur de l'année précédente. Elle est déterminée annuellement par l'Assemblée Départementale.

Pour 2022, la valeur de point GIR départemental est arrêtée par le Président du Conseil départemental à 7,30 €, TTC.

La masse budgétaire allouée en 2022 correspond à une valeur nette du point GIR de l'établissement de 6,30 €.

- **Prise en compte de l'activité**

Lorsque le taux d'occupation au titre de l'hébergement permanent est inférieur à un seuil fixé par arrêté conjoint des Ministres chargés des Affaires Sociales et de la Sécurité Sociale (arrêté du 4 septembre 2017), le Département peut moduler le montant du forfait global selon l'article R. 314-174 du CASF.

- **Mise en place d'une convergence tarifaire :**

Le calcul du forfait dépendance cible induit une convergence tarifaire jusqu'en 2023 ; ceci porte le forfait de l'EHPAD à :

	2022	2023
Résidence Jeanne	438 920 €	508 956 €

Dont participation du département au titre de la dotation globale APA pour 2022 : 233 779,59 €

L'évolution pluriannuelle indicative ci-dessus s'entend hors intégration de résultat antérieur, hors nouvelle validation du GMP, hors modulation du taux d'occupation étudié annuellement, hors déductions des dépenses rejetées à l'ERRD N-1 et hors réévaluation de la valeur du point GIR conformément au budget voté annuellement par le département.

Le versement de la dotation annuelle est réalisé mensuellement par douzième conformément à l'article R. 314-107 du CASF.

- **Nouvelle validation GMP**

Lorsque le gestionnaire constate un écart supérieur à 10 % entre le niveau de dépendance des personnes présentes dans l'établissement et le GMP arrêté dans le CPOM, une nouvelle évaluation du GMP peut être sollicitée auprès du Conseil départemental. Cette nouvelle évaluation sera alors prise en compte pour la dotation globale dépendance de l'année N+1.

4.2.2 La tarification de l'hébergement permanent

- **Pour les EHPAD :**

Les prix de journée relatifs à l'hébergement sont à la charge du résident.

L'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale départementale.

Pour les résidents de moins de 60 ans, le tarif applicable est composé du prix de journée Hébergement auquel s'ajoute le coût moyen dépendance qui est calculé comme suit :

Montant du forfait global dépendance alloué / nb de places Hébergement Permanent / 365 (ou 366) jours

Pour l'année 2022, le prix de journée applicable aux résidents de moins de 60 ans est de 15,42 € (TTC).

4-3 SYNTHÈSE des dotations globalisées communes et autres financements éventuels

Dotations « Assurance Maladie » au 1/01/2022	Dotation Globale « Département »	Autres financements le cas échéant	TOTAL (hors Ségur)
1 092 272,00 €	233 779,59 €	69 500,00 €	1 395 551,59 €

Ces dotations pourront évoluer en cours de CPOM selon les modalités inscrites dans le présent contrat.

Compte tenu des crédits supplémentaires alloués sur la dotation Soins et le forfait global dépendance dans le cadre de la convergence tarifaire, le gestionnaire devra s'engager à financer des personnels supplémentaires pour la création de l'unité de vie protégée et du personnel de nuit diplômé ; il devra en justifier dans le cadre des prochains ERRD.

4-4 Autres dispositions financières

4.4.1 Frais de siège

Sans Objet

- ③ Arrêté portant autorisation des frais de siège (*non concerné*)

4.4.2 Plan Pluriannuel d'investissement (PPI)

Sans objet

- ⑨ PPI 20xx-20xx concernant les ESMS entrant dans le périmètre du CPOM (*non concerné*)

4.4.3 Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP)

Ne concerne pas les structures non tarifées sur l'hébergement relevant donc de l'EPRD simplifié.

- ⑨ bis PGFP DATE concernant les ESMS entrant dans le périmètre du CPOM (*non concerné*)

4.4.4 Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF)

Sans objet

- ⑩ Plan de Retour à l'Equilibre (PRE) (*non concerné*)

4.4.5 Dépenses non opposables

L'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et le département conservent la possibilité de rejeter des dépenses selon les articles L. 313-14-2 et R. 314-236 du CASF.

Conformément à l'article L. 313-14-2 du CASF, il reste possible de demander le reversement de certains montants dès lors que les autorités de tarification constatent des dépenses sans rapport, non justifiées ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESSMS fournissant des prestations comparables en termes de qualités de prise en charge ou d'accompagnement, ou des recettes non comptabilisées.

Cette récupération et/ou le rejet de certaines dépenses viennent en déduction des Dotations Globales concernées (Dépendance et Soins) de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté ou de celui qui suit (article R. 314-236 du CASF).

4.4.6 Affectation des résultats

Depuis la loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018, il n'y a plus de possibilité de reprendre pour les autorités de tarification, tout ou partie des résultats des ESSMS.

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.

Les autorités de tarification rappellent ici le principe de libre affectation encadrée des résultats au sein du périmètre du CPOM. Toutefois, l'affectation doit correspondre aux dispositions du CPOM et aux prérogatives réglementaires.

Résultats antérieurs au CPOM :

	REPORT A NOUVEAU compte 1159 au 31/12/2022 après affectation du résultat Dépendance + Soins 2021
DEPENDANCE	- 140 889,73 €
SOINS	- 2 683,48 €
TOTAL globalisé Dépendance + Soins =	- 143 573,21 €

Le solde créditeur du compte « report à nouveau » 11510 d'un montant de 20 160,77 € au 31/12/2021 est apuré par le résultat déficitaire dégagé sur la section soins en 2021.

Résultats excédentaires au cours du CPOM

L'organisme gestionnaire est libre d'affecter à la fin de chaque exercice ses résultats excédentaires sous réserve d'atteinte des objectifs annuels attendus.

Toutefois, l'affectation doit être réalisée au regard des objectifs du présent contrat, de la situation financière de l'organisme gestionnaire et en lien avec ses projets notamment d'investissement.

Dans tous les cas, l'organisme gestionnaire devra veiller chaque année à affecter cet excédent selon les priorités suivantes :

1. en priorité à l'apurement des déficits antérieurs ;
2. puis, à la réserve de compensation des déficits selon le diagnostic et dans la limite de 10 % du montant de la dotation globalisée commune ;
3. puis, au financement de mesures d'investissement (réserve de compensation des charges d'amortissement ou réserve d'investissement) en fonction des besoins identifiés et justifiés (pour les organismes gestionnaires privés à but lucratif, cette affectation n'est réglementairement pas possible) ;
4. puis, le cas échéant, en compte de report à nouveau notamment en vue de financer les fiches actions (ex : formation des personnels) ;
5. enfin, en compte de report de réserve de trésorerie (pour les organismes gestionnaires privés à but lucratif, cette affectation n'est réglementairement pas possible).

Résultats déficitaires au cours du CPOM

La couverture des déficits reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire.

Le déficit doit être couvert :

1. en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire ;
2. puis, le cas échéant, couvert par la reprise de la réserve de compensation ;
3. pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire.

L'organisme gestionnaire s'engage à transmettre, chaque année dans le cadre de l'ERRD, un état détaillé (montant et objet des dotations et reprises de l'année) des réserves, provisions et fonds dédiés par financeur.

5- Mise en œuvre et suivi du contrat

5-1 Les dispositions relatives à la réglementation des EPRD et ERRD

L'organisme gestionnaire présente selon les délais règlementaires, un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) conformément à l'article R. 314-210 du CASF.

Dans le cadre de la remise de l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD), au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document correspond à la mise à jour annuelle des fiches actions et doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible (cf. fiches actions à compléter chaque année sur N+1, N+2, ...), ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

Il est rappelé que dans le cadre de l'annexe Activité (pour l'EPRD ou l'ERRD), le nombre de journées relatifs aux résidents hors département et aux résidents de moins de 60 ans doit être impérativement mentionné.

5-2 La composition du comité en charge du dialogue de gestion

Il est créé un comité chargé du dialogue de gestion du présent contrat, dont la mission est d'assurer la bonne exécution du contrat, composé de la façon suivante :

- pour le Conseil départemental de la Côte-d'Or :
 - o le représentant du Pôle Solidarités ;
- pour l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté :
 - o le représentant du Département Accompagnement territorial de l'offre médico-sociale ;
- Pour l'organisme gestionnaire :
 - o la directrice de Résidence Jeanne ;
 - o le directeur des relations administratives et de la qualité.

Sera informée des dates et ordres du jour des réunions de dialogue de gestion pour une éventuelle participation toute personne ressource compétente pour le suivi des fiches-action (ex : membres GCS e-sante pour projet télémédecine).

Le dialogue de gestion se tient de manière privilégiée au sein des ESSMS inclus au périmètre du CPOM. L'organisation logistique du dialogue de gestion est assurée par l'organisme gestionnaire. Le dialogue de gestion a pour objectif de s'assurer de la bonne exécution du contrat.

5-3 Documents à produire en cours de contrat

Pour le suivi de la réalisation des objectifs prévus dans les fiches-actions, l'organisme gestionnaire s'engage à fournir à l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et au Conseil départemental de la Côte-d'Or chaque année, au **30 avril** pour l'ensemble des établissements :

- le suivi de la **réalisation des objectifs pluriannuels** qui lui ont été assignés au titre du présent contrat, présenté à partir des fiches actions annexées au présent CPOM, actualisées annuellement par l'organisme gestionnaire ;
- le **rapport financier et d'activité** de l'établissement ;
- le plan d'action qualité résultant des évaluations interne et externe antérieures, réactualisé chaque année ;
- le bilan des actions mises en œuvre dans le cadre des **suivis d'inspections** réalisés dans les ESMS intégrés au présent contrat ;
- un **état détaillé des réserves, provisions et fonds dédiés** par financeur (montant et objet des dotations et reprises de l'année).

Le résultat des réalisations des **évaluations** de la qualité des prestations fournies par les établissements et services réalisées en cours de CPOM doivent être adressés aux autorités de tarification.

Une **nouvelle évaluation des prestations** sera attendue l'année précédant le renouvellement du CPOM.

Annexes :

- ⑪ Abrégés des dernières évaluations externes
- ⑫ Valeurs recueillies dans le cadre du tableau de bord de la performance (3 dernières campagnes de recueil maximum)

5-4 Modalités de rencontre de dialogue de gestion

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

- **au cours de la deuxième ou troisième année, pour un dialogue de gestion à mi-parcours** : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape produit par l'organisme gestionnaire, qui intègre les éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement et les documents demandés à l'article 5-3. Ce bilan sera transmis par l'organisme gestionnaire en amont du dialogue de gestion. Il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient : dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires. Un compte rendu partagé dont la rédaction est proposée par l'organisme gestionnaire et validée par les autorités compétentes permet d'apprécier ce point d'étape ;
- **au cours de la cinquième année du contrat pour le bilan du CPOM en cours et la préparation du nouveau contrat** : le comité examine les résultats obtenus par l'organisme gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci et des documents demandés à l'article 5-3. Compte tenu de ce 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. Ce bilan servira de référence pour le renouvellement du CPOM et alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

Une ou des réunions du comité de suivi supplémentaire(s) peut (peuvent) être envisagée(s) en cas de difficultés identifiées, ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat.

Au-delà des réunions du comité de suivi du contrat, 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 membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

5-5 Evaluation du contrat et contrôles

En dehors des autres dispositions prévues supra, l'organisme gestionnaire rendra compte à la demande de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et du Conseil départemental de la Côte-d'Or des actions relatives aux missions confiées par ceux-ci.

L'organisme gestionnaire s'engage à tenir immédiatement informés l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et le Conseil départemental de la Côte-d'Or de toute situation dont ils sont saisis et relevant de l'information et/ou de l'intervention des autorités de contrôle.

Par ailleurs, l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et le Conseil départemental de la Côte-d'Or pourront procéder à tout contrôle ou investigation qui relève de leurs prérogatives au titre de la législation et de la réglementation en vigueur. L'organisme gestionnaire s'engage à faciliter, à tout moment, le contrôle par les autorités compétentes de la réalisation des objectifs définis au présent contrat, notamment par l'accès à toutes pièces justificatives de la bonne application des textes légaux et réglementaires, des procédures assurant le contrôle et l'évaluation.

Les personnes ou les services désignés à cet effet par l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et le Conseil départemental de la Côte-d'Or seront notamment chargés de vérifier l'utilisation annuelle de la dotation globalisée commune sur le plan qualitatif et quantitatif et de demander des explications sur les éventuels décalages entre les missions confiées et les objectifs réellement atteints. Ce contrôle sera notamment établi au vu des indicateurs (cf. fiches actions).

Sans porter préjudice aux prérogatives de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté et du Conseil départemental de la Côte-d'Or, les parties s'efforceront de mettre en place, sur ces questions, des relations partenariales dans l'intérêt des personnes accueillies dans les établissements et services de l'organisme gestionnaire.

5-6 Sanctions

L'étude conjointe des documents produits en cours de contrat (§ 5-3) pourra conduire à la mise en œuvre du principe de modulation en cas de non atteinte des cibles attendues d'activité des ESSMS prévues aux articles R. 314-160 et R. 314-174 du CASF et aux arrêtés des 4 et 28 septembre 2017.

6- Révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des réunions de suivi ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM, tant sur les moyens alloués que sur les objectifs assignés.

Toute modification apportée au présent contrat et ses conséquences seront réputées nulles et non avenues en l'absence d'un avenant au dit contrat.

Dans le cas où une décision de modification ne concernerait qu'une des autorités compétentes de tarification, et dans un souci d'optimisation des circuits de signature, un avenant bipartite pourra être réalisé. La troisième partie sera systématiquement informée de l'existence d'avenant bipartite.

7- Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une période de cinq ans, avec une date d'effet au 1er janvier 2022.

Le cas échéant, il met fin aux conventions et contrats précédents.

A l'issue de cette période de 5 ans, si le CPOM ne peut être renouvelé, il est prorogé de fait d'une année supplémentaire.

Enfin, si les conditions ne sont toujours pas réunies pour être renouvelé à l'issue de ces 6 années, un avenant de prorogation de 1 an sera effectué pour sécuriser juridiquement le CPOM.

Le CPOM ne pourra excéder une durée de 7 ans.

8- Conditions de résiliation

Le présent contrat peut être résilié avant son terme à la demande de l'une des parties ou d'un commun accord en indiquant les motifs qui ont conduit à cette décision.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception adressée aux autres signataires du présent contrat sous réserve d'un préavis de deux mois.

Il pourra notamment être résilié par un ou plusieurs des cocontractants avant son terme, pour les motifs suivants :

- suspension ou retrait de l'autorisation administrative ;
- fermeture définitive de l'établissement (cessation d'activité) ;
- non-respect des règles déterminées par le présent contrat et ses avenants.

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 le Tribunal Administratif de DIJON - 22 rue d'Assas - 21000 DIJON ou par recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet <https://www.telerecours.fr/>

10- Liste des annexes au CPOM

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

La liste des annexes est susceptible d'être modifiée

- ① Organigramme fonctionnel de l'entité juridique à la date d'entrée en CPOM
- ① bis Organigramme fonctionnel de l'établissement
- ② Etat des lieux réels des effectifs de l'établissement à la date d'entrée en CPOM
- ③ Modalité de versement de l'aide sociale,
- ④ CPOM effectifs au cours de la période du présent CPOM (*non concerné*)
- ⑤ Synthèse du diagnostic partagé
- ⑥ Fiches-actions
- ⑦ Procès-Verbaux signés PMP / GMP pour l'établissement
- ⑧ Autorisation des frais de siège, (*non concerné*)
- ⑨ PPI DATE concernant les ESMS entrant dans le périmètre du CPOM, (*non concerné*)
- ⑨ bis PGFP DATE concernant les ESMS entrant dans le périmètre du CPOM, (*non concerné*)
- ⑩ Plan de Retour à l'Equilibre (PRE), (*non concerné*)
- ⑪ Abrégé de la dernière évaluation externe
- ⑫ Valeurs recueillies dans le cadre du tableau de bord de la performance (3 dernières campagnes de recueil maximum)

Fait en 3 exemplaires

A Dijon, le **30 DEC. 2022**

Le directeur général
de l'agence régionale de santé de
Bourgogne-Franche-Comté

Jean-Jacques COIPLÉ

Le Président
du Conseil départemental
de la Côte-d'Or

François SAUVADET

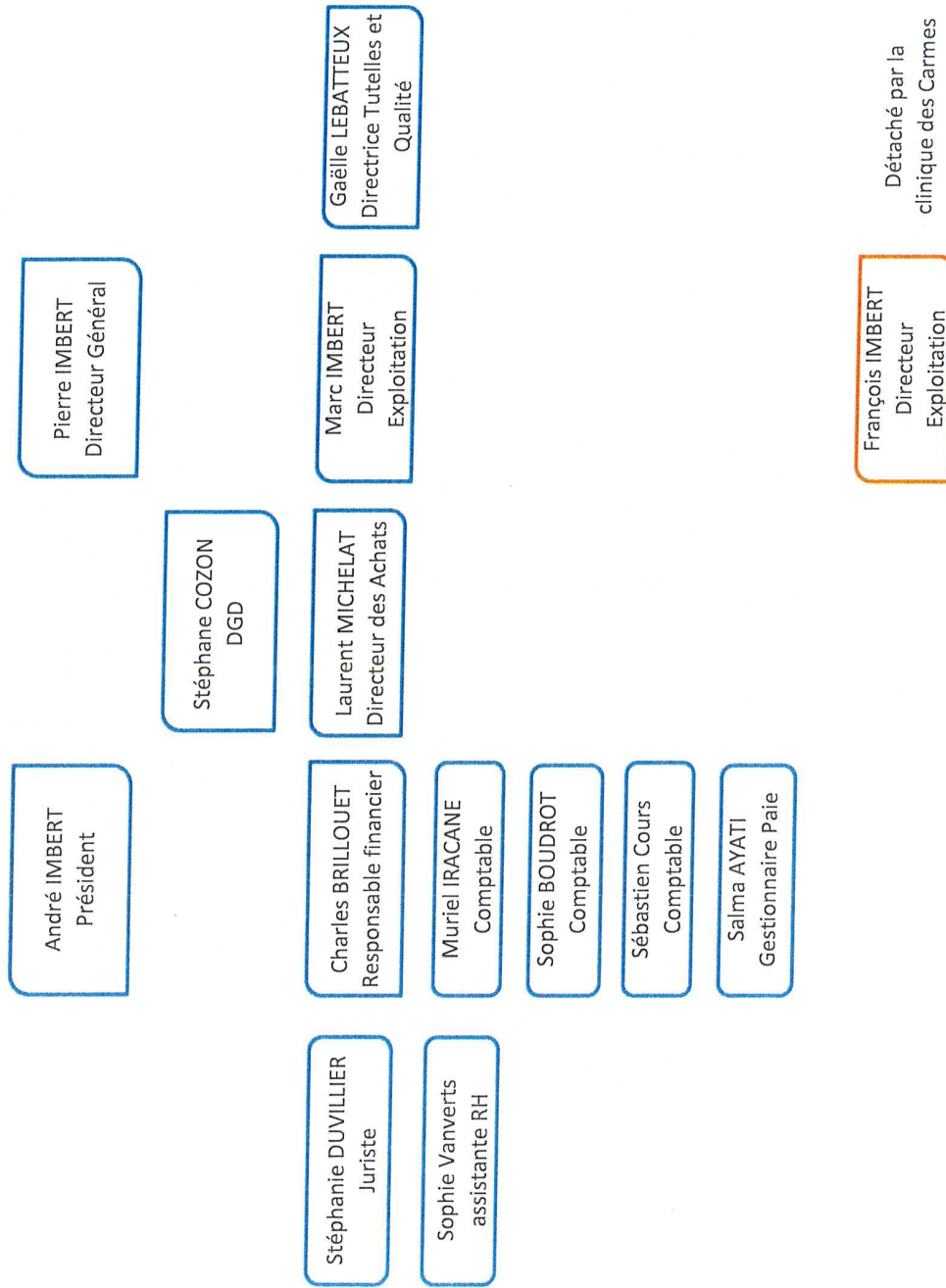
Le Président de la SAS
« Résidence Jeanne »

François IMBERT

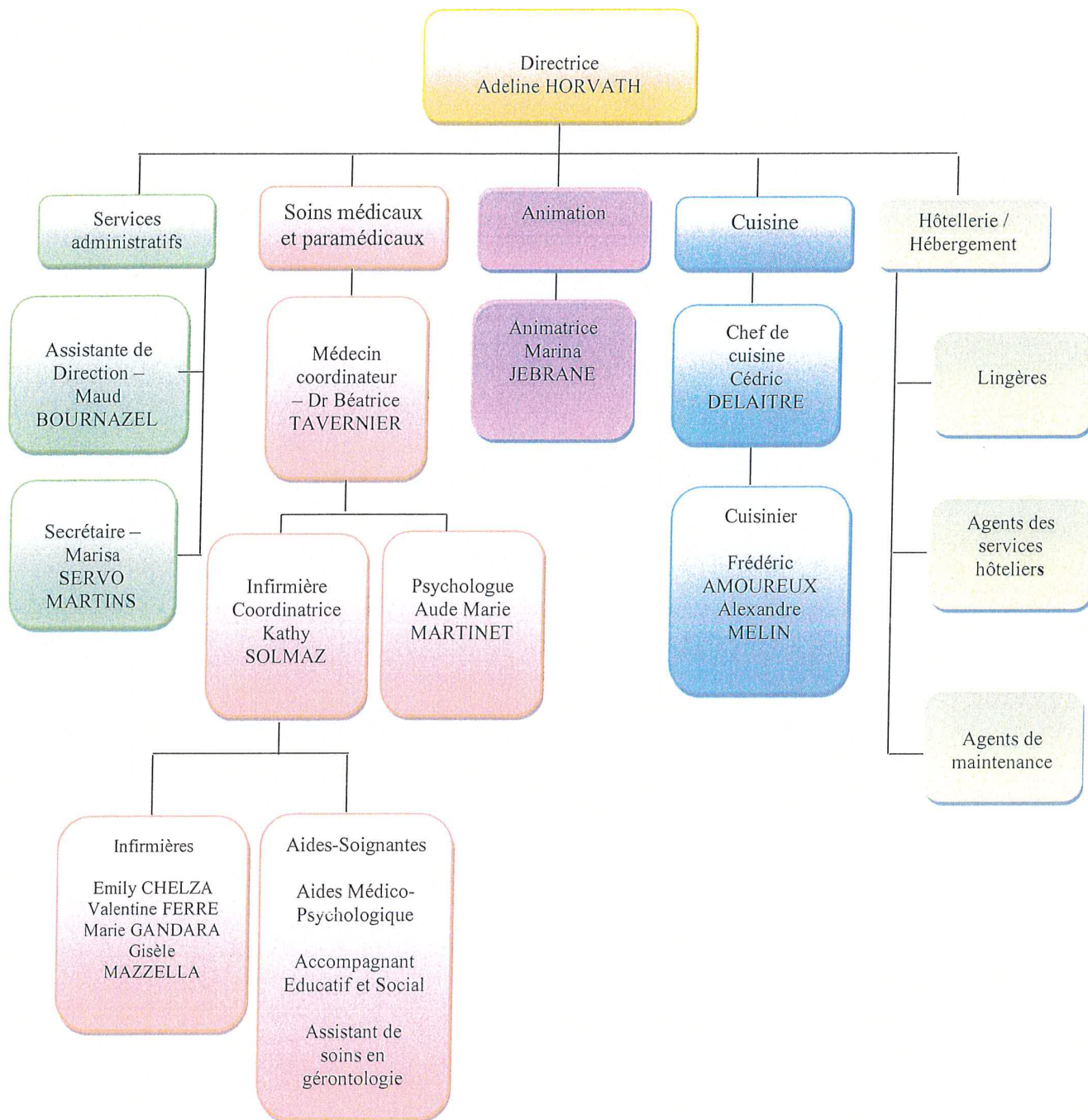
Page 18 sur 18

CPOM MS 01/01/2022-31/12-2026 conclu entre ARS BFC – Conseil départemental de la Côte-d'Or – Résidence Jeanne

Annexe 1: SAS IGH - Organigramme fonctionnel 2021.11



Organigramme Résidence Jeanne



Directrice	HORVATH Adeline	1
Assistante de Direction	BOURNAZEL Maud	1
Secrétaire	SERVO MARTINS Marisa	1
Sous Total		3
Chef de cuisine	AMOUREUX Frédéric	1
Cuisiniers	LINARES David	1
	MELIN Alexandre	1
Sous Total		3
Agents de service hôteliers et plongeur	BELHAJ Aouatif	1
	BOCQUENET Jean Luc	0,71
	FONS Houria	1
	GARNIER Catherine	1
	KEBEDE Genet	0,46
	MOSTEPHA Hakima	0,85
	MULEMFU Patience	1
	NGOMA Boudzoumou	1
	XU Yong Xin	1
	1 poste à recruter suite création de poste	1
Sous Total		9,02
Lingères	ABAYAZID Laila	1
	SEJDIU Stéphanie	1
Sous Total		2
Factotum	MANGIONNE Mickael	1
	FROMONT Eddy	0,94
Sous Total		1,94
Animatrice	JEBRANE Marina	1
Sous Total		1
Psychologue	MARTINET AUDE Marie	0,4
	0,10 ETP à recruter suite création de poste	0,1
Psychomotricienne	SERRY Fleur	0,4
Ergothérapeute	A recruter suite création de poste	0,4
Sous Total		1,3
Aide-soignante, AMP, AES, FFAS	BARRIERE Aurélie	1
	BENHAMED Soraya	1
	CLAVARN Sophie	1
	DARD Eliane	1
	DIOP Dyenaba	1
	ELEUTERIO Rose	1
	FERREIRA Cynthia	1
	KANKANA Ursule	1
	KIBA Jamila	1
	LOGEROT Delphine	1
	MIBIKULU Linda	1
	NADAUD Marcelline	1
	NOLIN Mégane	1
	RABATEAUD Annabelle	1
	VOIRON Sandrine	1
Sous Total		15
ASG	BOUDRIOT Kathia	1
	POULET Augusta	1
Sous Total		2
AS et FFAS de nuit	Aissatou BRIDE	1
	Hamadjam GREBOT	1
	ROSSIGNEUX Benjamin	1
	ZUKA Aurélie	1
Sous Total		4
Sous total AS/ASG		21
IDEC	Kathy SOLMAZ	1
IDE	Valentine FERRE	1
	Marie GANDARA	0,8
	Gisèle MAZZELA	1
	1 poste vacant à recruter	1
	1 poste vacant à recruter	0,2
Sous Total IDEC + IDEC		5
Médecin coordonnateur	Béatrice TAVERNIER	0,4
	1 temps vacant à recruter	0,1
Sous Total		0,5
Total avec postes à recruter		47,76

Annexe 3

MODALITES DE VERSEMENT DE L'AIDE SOCIALE AU TITRE DES PERSONNES AGEES

Les modalités d'application de l'aide sociale sont décrites dans le Règlement Départemental d'Aide Sociale (RDAS) consultable sur le site cotedor.fr rubrique : nos missions \ Solidarité Famille \ Autonomie, grand âge, handicap.

1- Dispositions administratives

1-1 Les prix de journée

Il existe trois types de prix de journée pour une place accueillant un résident à l'aide sociale :

1) Si l'établissement est habilité totalement ou majoritairement :

Le prix de journée est fixé par le Conseil Départemental.

2) Si l'établissement est habilité partiellement à l'aide sociale :

Le prix de journée hébergement est fixé par l'établissement pour les places non habilitées à l'aide sociale.

Pour les places habilitées à l'aide sociale, la prise en charge s'effectue sur la base du prix de journée moyen départemental applicable aux établissements partiellement habilités fixé par arrêté.

3) Pour la partie non habilitée à l'aide sociale, ou si l'établissement n'est pas habilité :

Le résident peut, à l'issue d'une période de 5 ans, prétendre au bénéfice de l'aide sociale départementale.

La prise en charge s'effectue sur la base du prix de journée moyen calculé sur la base du prix de journée moyen N-1 des établissements publics. Ce prix s'impose à l'établissement sans possibilité de facturation de prestations complémentaires au conseil départemental ou au résident.

1-2 Sortie du dispositif

Lors du décès d'une personne prise en charge au titre de l'aide sociale, l'établissement avertit le service du Département en charge de l'aide sociale, dans un délai de dix jours au plus tard à compter de la date du décès, en application de l'article R.131-6 al.2 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

2- Contenu du prix de journée Hébergement

Le prix de journée Hébergement applicable aux bénéficiaires de l'aide sociale comprend l'entretien complet, à savoir :

- mise à disposition de la chambre,

Conseil Départemental de la Côte-d'Or

- la restauration,
- l'entretien de la chambre et des parties communes,
- la fourniture et l'entretien du linge plat, du linge de table et de toilette,
- l'entretien du linge personnel des résidents,
- les provisions et dotations aux amortissements afférentes à la section hébergement et les charges financières,
- les charges d'exploitation à caractère hôtelier et l'administration générale,
- l'assurance responsabilité civile de l'établissement,
- les dépenses de personnel afférentes à la section hébergement,
- les animations et la vie sociale organisées par l'établissement.

3- Facturation

Le paiement de l'aide sociale est dû à terme à échoir.

L'établissement devra établir deux factures mensuelles distinctes, l'une pour les personnes âgées et l'autre pour les personnes handicapées conformément à la notification de prise en charge à l'aide sociale. Elles devront récapituler pour chaque résident :

- le nombre de jours de présence prévus et le tarif applicable,
- la régularisation de la période précédente en fonction de la présence effective (nombre de journées d'absence pour hospitalisation ou convenance personnelle).

L'établissement établit les factures libellées à l'ordre du « Département de la Côte-d'Or » en distinguant :

- la désignation des prestations :
 - le tarif Hébergement des bénéficiaires de l'aide sociale départementale,
 - le tarif Dépendance du résident concerné avec la précision de son Groupe Iso-Ressources d'appartenance,
- le décompte détaillé de chaque prestation : quantité et prix,
- la période de prestation,
- l'identité du prestataire (nom commercial, dénomination sociale suivie du numéro Siren ou Siret, adresse),
- la date d'émission de la facture,
- le numéro de la facture,
- l'identité du débiteur : nom, adresse,
- l'identification bancaire.

Les factures ne comportant pas les mentions susnommées s'exposent à un rejet de la part de la Paierie Départementale de la Côte-d'Or.

Le jour d'entrée comme le jour de sortie sont comptés comme jours de présence. Néanmoins, en cas de transfert vers un autre établissement, avec prise en charge des frais par l'aide sociale, le jour de sortie ne sera pas facturé.

L'établissement établit séparément les factures relatives aux frais de rappel. Ces derniers sont constitués des frais de séjour relatifs à la période comprise entre la date d'admission du bénéficiaire à l'aide sociale et le dernier jour du mois de réception de la notification de prise en charge.

Conseil Départemental de la Côte-d'Or



Synthèse du diagnostic partagé

ARS Bourgogne-Franche-Comté / Département de Côte d'Or / Résidence Jeanne
1er janvier 2022 - 31 décembre 2026

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Périmètre du CPOM

FINESS Géographique	ESMS		Date d'autorisation initiale	Date de dernière autorisation si différente	Motif le cas échéant	Financier	Si autorisation de siège social, cet ESMS finance le siège ?	Base reconductible SOINS	Forfait DEPENDANCE	Forfait HEBERGEMENT	Total des réserves et report à nouveau SOINS	Solde CNR SOINS
	Catégorie	Nom										
210950010	EHPAD	EHPAD Résidence Jeanne	18/02/2005	01/01/2017	21/07/1860: date de création initiale de l'établissement, 18/05/2005: date de transformation en EHPAD, Date de renouvellement de l'autorisation: 04/01/2017	ARS-CD						

Constats concernant le périmètre et le siège, le cas échéant

Chaque chambre est personnalisée par le résident qui décide lors de son admission de l'ensemble de l'aménagement. Il peut s'il le souhaite faire enlever les meubles présents dans la chambre et aménager l'espace avec son mobilier personnel. Chaque chambre est équipée d'un coffre fort pour entreposer les objets de valeur. Chaque résident peut disposer d'une clé de sa chambre. L'absence de douche individuelle est compensée par l'équipement de salles de bains dans chaque secteur (1 douche pour 10 résidents en moyenne) ainsi que par la possibilité de proposer des douches au lit aux résidents qui présentent des douleurs ou un manque de mobilité (l'établissement s'est en effet équipé de 5 systèmes de douche au lit) Rénover les chambres au fur et à mesure des nouvelles admissions au sein de l'établissement.

* Rénover les salles de bain communes présentes sur chaque secteur de l'établissement afin d'améliorer le confort et la sécurité des résidents.
* Rénover les chambres au fur et à mesure des nouvelles admissions
* Poursuivre la mise en oeuvre concrète des orientations du projet d'établissement.

Le projet de RESIDENCE JEANNE est double.
Il s'agit d'une part de poursuivre l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur :

- 1/ en permettant aux personnes âgées de Dijon et alentours d'accéder aux activités de l'établissement
- 2/ en proposant une offre de service adaptée aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile dans une logique de parcours et de partenariats avec les CCAS, structures sanitaires et médico-sociales (exemple: création d'un accueil de jour)
- 3/ en proposant aux personnes âgées de Dijon et alentours d'accéder à certains services de l'EHPAD (exemple: le salon de coiffure existant ou en développant de nouveaux services tels que l'implantation d'un cabinet dentaire au sein de la Résidence).

Il s'agit d'autre part de poursuivre la diversification de l'offre de service:

- 1/ en répliquant le modèle d'accompagnement proposé au PASA dans chaque secteur de l'établissement. Il s'agira de proposer des transformations architecturales de nature à accompagner les résidents de manière personnalisée en dotant chaque service de professionnels ayant bénéficié d'une formation d'ASG. A terme, il s'agira de proposer dans l'ensemble de l'établissement un accompagnement tel que celui proposé au PASA pour poursuivre le travail réalisé dans l'enceinte du PASA et afin de s'adapter au profil des résidents que nous accueillons aujourd'hui (personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives) et pour retarder les effets sur vieillissement.
- 2/ en proposant, par la réorganisation des locaux existants, la création d'une Unité de Vie Protégée à destination de résidents pour lesquels l'accompagnement PASA n'est plus suffisant.

Orientations envisagées

Constats concernant les profils des personnes accompagnées et la prise en charge

Dès 2020 et malgré la période COVID, l'établissement s'est engagé dans démarche qualité en :

* Formalisant des protocoles de soins

* Sécurisant le circuit du médicament (actualisation de la convention avec la pharmacie, mise en place d'un système automatisé de préparation des doses à administrer (PDA), réorganisation des équipes IDE pour sécuriser la dispensation des traitements et notamment en assurant une présence IDE 7 jours / 7 de 7h30 à 20h00, rédaction des protocoles liés au circuit du médicament).
L'année 2020 nous a permis de sécuriser les soins de base assurés aux résidents.

Poursuivre le travail engagé autour de la sécurisation du circuit du médicament.

Poursuivre la formation des professionnels de l'établissement aux différents protocoles.

Poursuite de la formalisation des protocoles de soins engagés en 2020 afin de sécuriser les soins.

Poursuite de la formalisation de conventions et des partenariats afin de travailler dans une logique de parcours pour les résidents: centre anti douleur, CLIC, CCAS, équipe de soins palliatifs, Unité Cognitive Comportementale, ...).

Poursuivre la formation des professionnels aux nouveaux protocoles et prioriser un travail d'appropriation des protocoles relatifs au dépistage et prise en charge de la dénutrition, prévention des risques de chutes et analyse des chutes, prise en charge de la douleur, prise en charge médicamenteuse.

Actualisation du projet d'établissement.

Conformément aux actions définies dans le "parcours personnes âgées" du Schéma Régional de Santé 2018-2022, Résidence Jeanne souhaite travailler à une réduction des hospitalisations inadéquates et des passages des résidents aux urgences en développant un projet de télémédecine en lien avec l'ARS Bourgogne-Franche-Comté. Des contacts ont été pris avec la chargée de mission télémédecine de l'ARS afin d'envisager des le 1er trimestre 2022 la mise en oeuvre concrète de ce projet.

Constats concernant le renforcement de l'expression des besoins et avis

	<p>L'ensemble des documents de la loi 2002-2 existent et sont diffusés systématiquement aux résidents et à la personne de confiance.</p> <p>Admission des résidents: à l'admission des résidents, un recueil de l'histoire et des habitudes de vie de la personne est désormais renseigné. Ce recueil est renseigné avec le résident et/ou sa famille servant de base au projet d'accompagnement individualisé. Des synthèses sont programmées avec les résidents et les familles afin de faire le point sur l'accompagnement proposé et les ajustements à prévoir.</p> <p>Les plans de soins et les objectifs associés sont tous formalisés dans le logiciel de soins TITAN.</p> <p>Concernant le jeûne nocturne, une collation est systématiquement proposée à tous les résidents par l'équipe de nuit.</p> <p>Il existe des temps d'expression des résidents au sein de l'établissement (CVS, commissions animations et commissions menus) durant lesquels la parole des résidents est prise en compte. Les comptes rendus sont systématiquement adressés aux résidents et à la personne de confiance. Concernant les repas: L'ensemble des repas sont confectionnés sur place au sein de notre cuisine. L'équipe de cuisine est salariée de l'établissement. Cette organisation nous permet de proposer des repas "fait maison" en tenant compte des goûts des résidents. Cette organisation nous permet également de personnaliser les repas des résidents qui doivent observer un régime particulier. Dans une logique de diversification de l'offre de service, Résidence Jeanne a également développé fin 2021, un projet de portage de repas à domicile permettant de proposer à des personnes dépendantes vivant à domicile des repas "faits maison", équilibrés et adaptés à la personne âgée.</p>
Points forts	<p>Développer les projets personnalisés en affinant les objectifs spécifiques (nutrition, douleur, chutes, contention, vie sociale).</p> <p>Systématiser les temps de synthèses avec les familles et les résidents.</p> <p>Poursuivre la dynamique engagée par l'établissement de prendre en compte l'avis des résidents en matière de restauration.</p> <p>Poursuivre les commissions des menus.</p> <p>Poursuivre le projet de portage de repas à domicile.</p>
Points à améliorer	
Orientations envisagées	<p>Détailler la procédure d'accueil des nouveaux résidents notamment sur les relations avec les familles.</p> <p>Poursuivre la dynamique de formalisation des projets personnalisés dans le logiciel TITAN en augmentant le taux de projets personnalisés signés par les résidents et les familles et en incluant des objectifs spécifiques (nutrition, prise en charge de la douleur, prévention des chutes, alternatives à la contention, vie sociale).</p> <p>Développer l'offre de portage de repas à domicile en collaboration les partenaires du territoire.</p>

Constats concernant la déclinaison des schémas d'organisation en santé et l'appréciation de l'activité

	<p>Concernant le bâtiment: des chambres avec douche ont été créées depuis la reprise de l'établissement en 2019, les escaliers ont été sécurisés par la pose de barrière "anti-chute".</p> <p>Un Pôle d'Activité et de Soins Adaptés a été créé en 2020 suite à la réponse de l'établissement à un appel à candidature de l'ARS Bourgogne Franche Comté.</p>
Points forts	
Points à améliorer	<p>Poursuivre la réhabilitation des locaux communs et création d'une Unité de Vie Protégée et d'un Accueil de jour.</p> <p>Améliorer la visibilité de l'établissement sur Dijon Métropole</p>
Orientations envisagées	<p>Inscrire l'établissement dans le Contrat Local de Santé de Dijon.</p> <p>Réaménager les espaces de vie communs, les salles de bains communes et réorganiser une aile de l'établissement afin de proposer un modèle d'accompagnement type "PASA" dans l'ensemble de l'établissement, et un développement de l'offre de service (Unité de Vie Protégée, Accueil de jour) CI. Orientations envisagées onglet "Périmètre".</p>

Constats concernant les conditions de travail et les effectifs de personnels

	<p>A ce jour tous les postes sont pourvus.</p> <p>Nous avons engagé dès 2020 une politique de professionnalisation des salariés ASH faisant fonction d'AS. A ce jour, 5 salariés sont en cours de VAE pour l'obtention du diplôme d'aide-soignant avec mise en place d'un accompagnement renforcé par la Croix Rouge et financé dans le cadre des CNR. Deux salariés AS ont suivi la formation d'ASG. Il manque à une ASH faisant fonction d'AS la validation de 2 modules pour l'obtention de son diplôme d'AS que l'établissement financera sur 2022.</p> <p>Evolution de l'accueil de stagiaires au sein de l'établissement (élève IDE, élève AS / AES).</p>
Points forts	<p>Poursuivre la politique de qualification des professionnels.</p> <p>Accompagner les ASH de nuit à l'obtention du diplôme d'aide-soignant.</p>
Points à améliorer	<p>Poursuivre la politique d'accueil des stagiaires et développer les partenariats avec les centres de formation.</p> <p>Proposer une nouvelle organisation de nuit: présence de 2 aides-soignantes de nuit à la place du binôme actuel aide-soignante / agent de service hôtelier pour répondre au besoin croissant de soins des résidents.</p> <p>Proposer la création d'un poste d'aide-soignant de nuit supplémentaire dans l'hypothèse de l'organisation d'une Unité de Vie Protégée pour répondre à la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles du comportement.</p> <p>Proposition de former sur 5 ans 5 ASG supplémentaires et de créer un poste d'ASG supplémentaire dans l'hypothèse afin de proposer un accompagnement adapté et personnalisé type PASA dans chaque secteur de l'établissement.</p>
Orientations envisagées	<p>Améliorer la visibilité de l'établissement auprès des écoles et centres de formation en augmentant le nombre de stagiaires accueillis et en formant au moins un tuteur de stage.</p>

Constats concernant la diversification de l'offre

	<p>L'établissement a proposé dès novembre 2020, soit 1 an après la reprise de l'établissement, un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés dans le cadre d'un appel à candidature de l'ARS Bourgogne Franche Comté. Ce PASA nous permet de proposer un accompagnement de qualité aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée qui jusque là ne bénéficiaient d'aucune prise en charge spécifique.</p>
Points forts	
Points à améliorer	<p>Poursuivre le travail engagé au sein du PASA et répliquer le modèle d'accompagnement dans l'ensemble des secteurs de l'établissement.</p>
Orientations envisagées	<p>Poursuivre la diversification de l'offre de service (cf. onglet "Périmètre")</p>

Constats concernant les bases reconductibles, résultats et affectation des ESMS et état consolidé des réserves et provisions - Partie SOINS

Points forts	0
Points à améliorer	Négocier un CPOM qui permettra de revaloriser la dotation soins de l'établissement via la reconnaissance de l'activité réelle (GMP et PMP en nette augmentation par rapport à ceux ayant servis au calcul de l'ancienne dotation soins).
Orientations envisagées	En attente de la dotation soins 2022 résultant de la coupe PATHOS de mai 2021.

ANNEXE 6 - Fiches-actions

Fiche action n°1

Objectif général poursuivi : Adapter l'offre de prise en charge en établissement médico-social à l'augmentation de l'âge et de la dépendance à l'entrée, consécutive au renforcement du soutien à domicile

Objectifs opérationnels :

Diminuer les facteurs de risques en institution (chutes, dénutrition, dépression, iatrogénie médicamenteuse) pour prévenir les situations de fragilité

Accompagner la fin de vie par une prise en charge de qualité et respectueuse de la personne

Favoriser la mise en oeuvre de l'HAD en EHPAD

Lutter contre la poly-médication inappropriée des personnes âgées

Proposer un outil architectural conforme au confort des résidents

Compétence : ARS + CD

①	<p>Etat des lieux - situation actuelle</p> <p>Dès 2020 et malgré la période COVID, l'établissement s'est engagé dans démarche qualité en :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Formalisant des protocoles de soins * Sécurisant le circuit du médicament (actualisation de la convention avec la pharmacie, mise en place d'un système automatisé de préparation des doses à administrer (PDA), réorganisation des équipes IDE pour sécuriser la dispensation des traitements et notamment en assurant une présence IDE 7 jours / 7 de 7h30 à 20h00, rédaction des protocoles liés au circuit du médicament). <p>L'année 2020 nous a permis de sécuriser les soins de base assurés aux résidents. L'établissement poursuit cette démarche qualité et s'engage dans l'appropriation par ses professionnels de l'ensemble des procédures de travail dans un but d'amélioration de la prise en charge des résidents.</p> <p>En parallèle, l'établissement souhaite faire intervenir des partenaires dans certaines situations complexes pour compléter l'accompagnement de l'EHPAD et pour former les professionnels de l'EHPAD (HAD, équipes de soins palliatifs ...).</p>	<p>Situation visée à 5 ans</p> <p>Inscrire l'établissement dans l'appropriation des bonnes pratiques professionnelles en ayant formé régulièrement ses professionnels. Les professionnels ont connaissance et mettent en oeuvre procédures institutionnelles.</p> <p>100% des situations jugées complexes au sein de l'établissement font l'objet d'une concertation pluridisciplinaire avec avis et, si besoin, intervention de partenaires extérieurs qualifiés (HAD par exemple). 100% des professionnels sont accompagnés dans un parcours de qualification leur permettant de mettre en oeuvre un travail de qualité auprès des résidents.</p>	<p>Financements spécifiques le cas échéant</p> <p>CELLULE A COMPLETER PAR ARS ou CD</p>
---	--	--	---

Actions	Echéancier	Responsables (nom, fonction)
<p>Promotion des pratiques de bienveillance et d'analyse de la pratique</p> <p>Améliorer la prise en charge des résidents pendant les nuits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir un accompagnement de nuit prioritairement dédié à l'accompagnement des résidents, avec abandon de certaines missions d'entretien des locaux pour favoriser la relation soignant/soigné et la place du soin. - Assurer une permanence de nuit avec 2 professionnels Aides-Soignants à minima, dont un professionnel qualifié (mis en place en 2021) - En fonction des moyens alloués, proposer la création d'un poste d'Aide-soignant de nuit supplémentaire dans l'hypothèse de l'organisation d'une UVP pour répondre à la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles du comportement. 	<p>Priorité 1 - chaque année sur la durée du CPOM:</p> <p>Priorité 2 - 2022</p>	<p>Directeur</p> <p>Directeur</p>
<p>Prioriser l'admission des résidents en GIR 1, 2, 3</p>	<p>Priorité 3 : toute la durée du CPOM</p>	<p>Médecin Coordonnateur</p>
<p>Mettre en place une analyse des prescriptions comportant plus de 7 molécules</p>	<p>Priorité 4 - A compter de janvier 2023</p>	<p>Médecin Coordonnateur</p>
<p>Formaliser une convention de partenariat avec l'équipe mobile de Soins Palliatifs</p>	<p>Priorité 5 - septembre 2022</p>	<p>Médecin Coordonnateur</p>
<p>Formaliser une convention de partenariat avec l'établissement de Soins Psychiatriques, afin de répondre à des demandes d'admissions qui reflètent de plus en plus des difficultés d'ordre psychiatrique</p>	<p>Priorité 6 - janvier 2023</p>	<p>Médecin Coordonnateur</p>
<p>Proposer un outil architectural conforme au confort des résidents</p>	<p>Priorité 7 - A compter de janvier 2023</p>	<p>Directeur</p>
<p>Soutenir le développement des alternatives permettant un moindre recours à la prescription médicamenteuse dans le respect de la personne en développement d'outils tels que l'hypnose, la réalité virtuelle ou la socio-esthétique.</p>	<p>Priorité 8 - Depuis 2021 et poursuite en 2022</p>	<p>Médecin coordonnateur</p>
<p>Indicateurs</p> <p>Priorité 1 - Promotion des pratiques de bienveillance:</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Taux de professionnels formés à la bienveillance b- Taux de professionnels qualifiés (diplôme aide-soignant, AMP, AES) c- Mise en place de séances d'analyse de la pratique <p>Priorité 2 - Garantir un accompagnement de nuit prioritairement dédié à l'accompagnement des résidents et assurer une permanence de nuit avec 2 professionnels à minima, dont un professionnel qualifié :</p> <ul style="list-style-type: none"> a - réorganisation des fiches de postes des professionnels de nuit b - Taux de professionnels de nuit diplômés (diplôme aide-soignant) 	<p>Modalités de calcul</p> <ul style="list-style-type: none"> a- Nombre de sessions de formation bienveillance / professionnel / an b- Nombre de professionnels qualifiés / nombre de professionnels embauchés c- Nb de séances d'analyses de la pratique <ul style="list-style-type: none"> a - nb de fiches de postes réactualisées b - Nombre de professionnels de nuit diplômés/ nombre de professionnels en poste 	<p>Cible à 5 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> a- 100% des professionnels formés à la bienveillance, b- 100% du personnel qualifié c- Plusieurs séances annuelles <ul style="list-style-type: none"> a = 100 % fin 2022 b - 100% des professionnels de nuit diplômés (aide-soignant)

<p>Priorité 3 - Résidents en GIR 1-2-3</p>	<p>Taux de résidents en GIR 1-2-3</p>	<p>Diminution chaque année du nombre de résidents ayant plus de 7 molécules administrées</p> <p>Cible à 5 ans: 70% des résidents ont moins de 7 molécules administrées</p>
<p>Priorité 4 - Mettre en place une analyse des prescriptions comportant plus de 7 molécules:</p> <p>Analyse des ordonnances dès l'admission des résidents</p>	<p>Nombre de résidents ayant plus de 7 molécules administrées à l'admission</p>	<p>Maintien et développement du partenariat</p>
<p>Priorité 5 - Formaliser une convention de partenariat avec l'équipe mobile de Soins Palliatifs:</p> <p>a- Convention formalisée</p> <p>b- Nombre d'interventions annuelles de l'EMSP</p>	<p>a- Convention signée</p> <p>b- Nombre d'interventions annuelles de l'EMSP</p>	<p>Maintien et développement du partenariat</p>
<p>Priorité 6 - Formaliser une convention de partenariat avec l'établissement de Soins Psychiatriques:</p> <p>a- Convention formalisée</p> <p>b- Nombre de résidents ayant bénéficié d'une prise en charge par l'établissement psychiatrique</p>	<p>a- Convention signée</p> <p>b- Nombre de résidents ayant bénéficié d'une prise en charge par l'établissement psychiatrique</p>	<p>Maintien et développement du partenariat</p>
<p>Priorité 7 - Proposer un outil architectural conforme au confort des résidents:</p> <p>Taux de satisfaction des résidents et / ou de leur entourage sur les prestations hôtelières</p>	<p>Nombre de résidents (et/ou de leur famille) satisfaits des prestations hôtelières / nombre de répondants à l'enquête de satisfaction annuelle</p>	<p>Travaux réalisés au sein de l'établissement permettant une prise en charge adaptée des résidents</p> <p>> 90% de satisfaction</p>
<p>Priorité 8 : Alternatives non médicamenteuses : mise en place de thérapie non médicamenteuse</p>	<p>Types de thérapies non médicamenteuses mises en place chaque année et nb de résidents concernés</p>	<p>Nombre de thérapies non médicamenteuses mises en place chaque année</p> <p>Limiter les prescriptions médicamenteuses autant que possible</p>

Fiche action n°2

ESMS concernés par la fiche action :

Objectif général poursuivi : Reconnaître la personne âgée comme actrice et partenaire de sa prise en charge

Objectifs opérationnels :

- Garantir à chaque usager un accompagnement personnalisé et l'individualisation de sa prise en charge
- Identifier et utiliser des moyens et outils favorisant chez la personne âgée l'expression individuelle et collective
- Mettre en place d'outils rendant l'offre lisible et facilement accessible
- Assurer une prise en charge de qualité concernant la vie sociale et l'animation
- Adapter les outils réglementaires

Compétence : ARS + CD

1	Etat des lieux - situation actuelle	Situation visée à 5 ans	Financements spécifiques le cas échéant
2	<p>Actions</p> <p>Veiller à la formalisation et l'actualisation des outils de la Loi 2002-2 (Projet d'Etablissement, Livret d'Accueil, Règlement de Fonctionnement, Contrat de Séjour)</p> <p>Mettre en place les projets personnalisés avec réactualisation annuelle et mise en place de temps de synthèse avec les résidents et / ou leur famille</p> <p>Formaliser une procédure d'accueil / admission permettant pour chaque résident : une évaluation des potentialités, du niveau d'autonomie, des besoins de soins et d'hygiène corporelle et des risques psychologiques et/ou comportementaux</p> <p>Mettre en place une enquête annuelle de satisfaction (y compris enquête annuelle ciblée sur une thématique : repas, animation, linge, ...) et exploiter les retours d'informations auprès du CVS</p> <p>Garantir la prise en compte de l'expression et avis des résidents à travers les CVS et des commissions Menus</p> <p>Création d'une Unité de Vie Protégée pour répondre à la prise en charge des personnes âgées ayant des troubles du comportement</p> <p>PASA : Extension 1 fois par semaine des horaires d'ouverture avec la présence d'une aide-soignante formée à la socio-esthétique afin de proposer une prise en charge adaptée aux résidents présentant des troubles comportementaux liés aux angoisses vespérales, diminuant ainsi les troubles durant la nuit.</p>	<p>100% des résidents ont un projet de Vie et un projet de soins individualisés et détaillés, développant des objectifs spécifiques (nutrition, douleur, chutes, contention, vie sociale), mis à jour annuellement.</p> <p>100% des résidents et de leur entourage ont été conviés à au moins 1 temps de synthèse chaque année.</p> <p>Poursuivre la dynamique engagée par l'établissement de prise en compte de l'avis des résidents en matière de restauration, d'animation, de vie sociale, et d'organisation de l'établissement: 3 CVS organisés / an, 3 commissions menus organisées / an, 3 commissions d'animations organisées / an. Les familles sont invitées à toutes les commissions, leur avis est pris en compte.</p> <p>Un questionnaire de satisfaction annuel permet de s'assurer du bien être des résidents et de leur entourage.</p>	<p>Préparé par le (s) (nom)</p> <p>Directeur</p> <p>Infirmière coordinatrice Psychologue</p> <p>Directeur / Médecin coordonnateur</p> <p>Directeur</p> <p>Directeur</p> <p>Directeur</p> <p>Directeur</p>

<p>Priorité 1 - Veiller à la formalisation et l'actualisation des outils de la Loi 2002-2:</p> <p>a- Projet d'établissement mis à jour a minima tous les 5 ans b- Existence d'une information des professionnels sur le projet d'établissement c- Existence d'une information des usagers sur le projet d'établissement d - mise à jour régulière des autres outils loi 2002-02</p> <p>Priorité 2 - Mettre en place les projets personnalisés avec réactualisation annuelle et mise en place de temps de synthèse avec les résidents et / ou leur famille</p> <p>a - Taux de projets personnalisés d'accompagnement formalisés et signés par les résidents et les familles, de moins d'un an b- Taux de projets personnalisés réactualisés c- Taux de temps de synthèse par résident et par famille par an</p> <p>Priorité 3 - Formaliser une procédure d'accueil :</p> <p>a- procédure Accueil/admission formalisée b - Taux de résidents (et/ou de leur famille) satisfaits de leur accueil</p> <p>Priorité 4 - Mettre en place une enquête annuelle de satisfaction :</p> <p>a- Taux de diffusion de l'enquête annuelle b- Taux de retour de l'enquête annuelle c- Nb de questionnaires exploités</p> <p>Priorité 5 - expression et avis des résidents à travers les CVS et les commissions Menus :</p> <p>a- Nombres de réunions CVS annuelles b- Taux de réponses apportées aux élus du CVS c- Nombres de réunions de la Commission Menus</p> <p>Priorité 6 - création d'une Unité de Vie Protégée pour les résidents ayant des troubles du comportement</p> <p>Priorité 7 - intervention d'une aide-soignante formée à la socio-esthétique au PASA : taux de résidents ayant des angoisses vespérales et bénéficiant d'une prise en charge adaptée</p>	<p>a- Projet formalisé en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, les familles et les partenaires, au regard des réflexions des instances, de la réglementation...</p> <p>b- Nb de professionnels ayant signé la traçabilité sur l'information</p> <p>c- Information des usagers tracée dans les comptes-rendus du CVS</p> <p>d- nb de documents mis à jour</p> <p>a - Nombre de projets d'accompagnements formalisés, signés par les résidents et les familles de moins d'un an / Nombre de résidents accompagnés</p> <p>b- Nb de projets personnalisés réactualisés/Nb de résidents accompagnés</p> <p>c- nb de temps de synthèse avec les résidents / nb de résidents accompagnés</p> <p>c bis - nb de temps de synthèse avec les familles / nb de résidents accompagnés</p> <p>a - envoi de la procédure formalisée aux autorités de tarification</p> <p>b - Nombre de résidents (et/ou de leur famille) satisfaits de leur accueil / nombre de répondants à l'enquête de satisfaction annuelle</p> <p>a- Nombre de questionnaires diffusés / nombre de résidents</p> <p>b- Nombre de questionnaires retournés / nombre de questionnaire diffusés</p> <p>c- Nombre de questionnaires exploités avec retour d'information au CVS, résidents et aux familles</p> <p>a- Nombres de réunions CVS organisés au cours de l'année</p> <p>b- Nombre de questions du CVS pour lesquelles une réponse a été apportée par la direction / nombre de questions posées</p> <p>c- Nombre de réunions Commission Menus</p> <p>date d'ouverture</p> <p>Nombre de résidents ayant des angoisses vespérales et ayant bénéficié d'une prise en charge spécifique en début de soirée / Nombre de résidents ayant des angoisses vespérales</p>	<p>a- Projet réalisé, évalué chaque année et réactualisé</p> <p>b et c - 100 % des professionnels et usagers informés sur le projet d'établissement</p> <p>d- tous les documents mis à jour à la fin du CPOM</p> <p>a - 100% des résidents ont un projets personnalisés d'accompagnement formalisé et signé</p> <p>b - 100 % des projets personnalisés réactualisés 1 fois par an</p> <p>c-100 % des résidents ont eu 1 temps de synthèse par an</p> <p>c bis - 100 % des familles ont eu 1 temps de synthèse par an</p> <p>b - > 90% de satisfaction</p> <p>a- 100% des résidents ont reçu un questionnaire de satisfaction</p> <p>b- > 70% de retours</p> <p>c- 100% des questionnaires retournés ont fait l'objet d'une exploitation diffusée au CVS, aux résidents et aux familles</p> <p>a- 3 CVS / an organisés au sein de l'établissement,</p> <p>b- 100% des questions du CVS ont donné lieu à une réponse de l'établissement</p> <p>c - 3 Commissions Menus organisées / an</p> <p>date d'ouverture</p> <p>100% des résidents présentant des troubles du comportement liés aux angoisses vespérales ont eu une proposition d'accompagnement spécifique en début de soirée et nuit</p>
---	---	--

Fiche action n°3

Objectif général poursuivi : Participer à la structuration de la filière gériatrique sur le territoire régional pour réduire les hospitalisations inadéquates et les passages évitables aux urgences et renforcer la coordination entre établissements de santé (ES) et EHPAD

Objectifs opérationnels :

- Diversifier l'offre disponible pour les Personnes Agées
- Ouvrir l'établissement à son proche environnement
- Développer et diversifier les partenariats pour faciliter le parcours des personnes âgées
- Prévenir le passage aux urgences généré par la situation médico-sociale
- Evaluer la pertinence de mettre en place un système de télé-médecine
- Rendre opérationnel le dossier de soins informatisé
- Instaurer une communication médicale directe entre EHPAD et établissements de santé (ES) (ligne directe, messagerie sécurisée de santé (MSS))
- Inscription dans les CPOM des ES et des EHPAD et dans le projet médical partagé (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'un plan d'actions conjoint notamment sur l'admission directe dans les services
- Elaborer de protocoles de soins écrits et accessibles au personnel soignant de l'EHPAD
- Elargir la coopération aux services de soutien à domicile

ESMS concernés par la fiche

action :

Compétence : ARS + CD

1	2	3	4
<p>Etat des lieux - situation actuelle</p> <p>L'un des objectifs de l'établissement est de poursuivre son ouverture vers l'extérieur : développant les partenariats afin de faciliter le parcours des personnes et améliorer leur accompagnement au sein de l'établissement</p> <p>1/ en permettant aux personnes âgées de Dijon et alentours d'accéder aux activités de l'établissement</p> <p>2/ en offrant une offre de service adaptée aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile dans une logique de parcours et de partenariats avec les CCAS, structures sanitaires et médico-sociales (exemple: création d'un accueil de jour)</p> <p>3/ en proposant aux personnes âgées de Dijon et alentours d'accéder à certains services de l'EHPAD (exemple: le salon de coiffure existant ou en développant de nouveaux services tels que l'implantation d'un cabinet dentaire au sein de la Résidence).</p>	<p>Situation visée à 5 ans</p> <p>Développement des partenariats avec les acteurs locaux, développement d'activités ouvertes aux personnes âgées extérieures vivant à domicile, création d'un accueil de jour (en fonction des opportunités offertes en termes d'appel à projet par exemple)</p>	<p>Financements spécifiques le cas échéant</p> <p>Possibilité d'un accompagnement financier de l'ARS pour la mise en place d'un projet de télé-médecine, après acte de candidature de l'établissement suite à la publication d'un appel à candidature</p>	
<p>Actions</p> <p>Evaluer l'opportunité de développer un projet de télé-médecine (téléconsultation de dermatologie, de psychiatrie, autre, ...) pour réduire le nombre des hospitalisations inadéquates et des passages aux Urgences</p> <p>Développer l'utilisation de Via-Trajectoire</p> <p>S'inscrire dans la vie du réseau local (partenariats de proximité, ex : CLIC, SAD, MDA, PTA), en augmentant le nombre de rencontres avec les partenaires et en formalisant des conventions de partenariats dès que cela semble pertinent</p> <p>Mise en place de réunions de concertations pluridisciplinaires en EHPAD, avec les partenaires identifiés sur des situations ciblées puis montée en charge dès 2023 en fonction des partenariats formalisés et identifiés.</p>	<p>Echéancier</p> <p>Priorité 1 - Janvier 2023</p> <p>Priorité 2 - sur la durée du CPOM</p> <p>Priorité 3 - Dès 2022</p> <p>Priorité 4 - Dès 2022</p>	<p>Résultats attendus le cas échéant</p> <p>Directeur / Médecin coordonnateur</p> <p>Directeur</p> <p>Directeur</p> <p>Directeur</p>	
<p>Indicateurs</p> <p>Priorité 1 - Télé-médecine</p> <p>Priorité 2 - Via trajectoire: Taux de dossiers intégrés dans VIA TRAJECTOIRE</p> <p>Priorité 3 - Réseau local : Nombre de conventions</p> <p>Priorité 4 - Concertations pluridisciplinaires: Nombre de réunions pluridisciplinaires réalisées / an</p>	<p>Modalités de calcul</p> <p>Nombre de téléconsultations réalisées par an / nombre de consultations totales (par spécialité)</p> <p>a - Nombre d'admissions inscrites dans Via Trajectoire / Nombre d'admissions totales</p> <p>Nombre de conventions formalisées / an</p> <p>Nombre de réunions pluridisciplinaires réalisées / an</p>	<p>Cible à 5 ans</p> <p>Taux de recours aux téléconsultations en augmentation de 5% / an</p> <p>> 80% des admissions sont inscrites dans Via Trajectoire</p> <p>nb de conventions formalisées par an sur la durée du CPOM</p> <p>1 concertation pluridisciplinaire / an</p>	

Fiche action n°4

Objetif général poursuivi : Initier ou développer la qualité de vie au travail, en lien avec une Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence, pour permettre un meilleur accompagnement des personnes âgées

Objectifs opérationnels :

Améliorer la qualité de vie au travail et les conditions de travail

Renforcer la professionnalisation des personnels aux pathologies relevant des syndromes démentiels et des troubles psycho-comportementaux
Formaliser une Gestion Prévisionnelle des Effectifs et Compétences (GPEC)

ESMS concernés par la
fiche action :

Compétence : ARS + CD

Etat des lieux - situation actuelle	Situation visée à 5 ans	Financements spécifiques le cas échéant
<p>Depuis 2019 l'établissement a retravaillé l'intégralité de son fonctionnement et a formalisé des fiches de poste en adéquation avec ce nouveau fonctionnement. Ces fiches de poste devront être actualisées régulièrement pour rester en adéquation avec le fonctionnement et les évolutions.</p> <p>Dans le cadre de cette réorganisation, l'établissement souhaite accompagner les professionnels de l'établissement dans une montée en compétences en proposant des formations adaptées et en accompagnant des souhaits d'évolution professionnelle. Ainsi, dès 2022, l'établissement a sollicité des CNR afin de former l'IDEC aux pratiques avancées (MASTER IPA), 2 aides-soignants à la formation d'ASG, 4 faisant fonction aide-soignant à l'obtention du diplôme d'aide-soignant. En 2021, c'est 5 professionnels qui ont été accompagnés dans l'obtention d'un diplôme d'aide-soignant.</p> <p>Dans le cadre des entretiens individuels, les professionnels font part de leur souhait d'évolution que l'établissement entend accompagner et notamment 2 aides-soignants souhaitent évoluer vers un poste d'IDE</p>	<p>A 5 ans l'établissement souhaite que 100% de ses professionnels soient titulaires du diplôme d'aide soignant y compris le personnel de nuit, formation de 5 ASG au sein de l'équipe actuelle d'aides-soignants, formation de 1 IDE aux pratiques avancées, accompagnement d'au moins 1 projet d'évolution professionnel par an et notamment accompagnement des aides-soignants vers l'obtention d'un diplôme d'IDE.</p>	<p>Accompagnement ARS via CNR aux financements des formations qualifiantes :</p> <p>-en 2020 : versement de 45950 € pour des formations d'ASDE</p> <p>-en 2021 : versement de 66351 € pour des formations ASDE + IPA</p>
<p>Actions</p> <p>Garantir la qualification de l'ensemble des professionnels intervenant auprès des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation ASG de 50% de l'effectif aide-soignant sur la durée du CPOM à compter de 2021 - Accompagnement de 4 faisant fonction aide soignant à l'obtention du diplôme d'aide-soignant dès 2022 - Formation de 1 IDE aux pratiques avancées (IPA) - Formation chaque année des professionnels non diplômés <p>Adapter l'organisation du travail pour un meilleur accompagnement des résidents en actualisant les fiches de poste afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et en continuant la formalisation des procédures de travail</p> <p>Déployer une stratégie active de recrutement d'un médecin coordonnateur (départ à la retraite du médecin coordonnateur actuel), en favorisant sa présence par demi-journée</p>	<p>Echéancier</p> <p>Priorité 1 - Durée du CPOM</p> <p>Priorité 2 - Décembre 2022</p> <p>Priorité 3 - A compter du mois de mars 2022</p>	<p>Directeur</p> <p>Directeur</p> <p>Directeur</p>
<p>Indicateurs</p> <p>Priorité 1 : formations ASG, AS, IDE (IPA)</p> <p>Priorité 2 : Actualisation des fiches de postes et formalisation des procédures de travail</p> <p>Priorité 3 : recrutement du médecin coordonnateur</p>	<p>Modalités de calcul</p> <p>a - nb d'ASG formés / an</p> <p>b - nb d'AS formés / an</p> <p>c - nb d'IDE (IPA) formés / an</p> <p>a - nb de fiches de postes actualisées / an</p> <p>b - nb de procédures de travail actualisées/an</p> <p>recrutement effectif et temps de travail</p>	<p>Cible à 5 ans</p> <p>10 ASG</p> <p>4 AS</p> <p>1 IDE (IPA)</p> <p>a - 100%</p> <p>2022</p>

ANNEXE 6 - Fiches-actions

Fiche action n°5

ESMS concernés par la
fiche action :

Objectif général poursuivi : Garantir une organisation efficiente au service des personnes âgées accompagnées

Objectifs opérationnels :

Optimiser voire réduire des frais de fonctionnement de la structure
Au besoin, contractualiser un retour à l'équilibre financier (CREEF)

Compétence : ARS + CD

1	<p>Etat des lieux - situation actuelle</p> <p>Les dotations soins et dépendance n'étaient jusqu'à présent plus en lien avec l'état de santé des résidents accueillis. La réévaluation des coupes PATHOS et GIR devrait permettre de mieux tenir compte de l'évolution de la prise en charge.</p> <p>Depuis 2020 : maintien d'un taux d'activité supérieur à 98%</p>	<p>Situation visée à 5 ans</p> <p>Disposer des moyens financiers adéquats au regard de l'état de santé et de dépendance des résidents accueillis pour permettre d'adapter la prise en charge à leurs besoins.</p>	<p>Financements spécifiques le cas échéant</p> <p>CELLULE A COMPLETER PAR ARS ou CD</p>
2	<p>Actions</p> <p>Garantir le taux d'activité cible en HP</p>	<p>Echéancier</p> <p>Durée du CPOM</p>	<p>Responsable de l'action (ou fonction)</p> <p>Directeur</p>
3	<p>Indicateurs</p> <p>Taux d'activité HP</p>	<p>Modalités de calcul</p>	<p>Cible à 5 ans</p> <p>> 95%</p>

GALAAD

PROCES VERBAL DE VALIDATION

Evaluation AGGIR / PATHOS

RESIDENCE JEANNE
35 BD DE STRASBOURG
21000 Dijon

N° de FINESS géographique: 210950010

N° de l'étude: 21095001020211E

Date de mise à jour de la base : 19/04/2021

EFFECTIF DE LA POPULATION AU MOMENT DE L'ETUDE : 78

Nombre SMTI : 9

Pourcentage SMTI : 11,54

PATHOS MOYEN PONDERE DE LA STRUCTURE : 219

GIR MOYEN PONDERE DE LA STRUCTURE : 769

Distribution des groupes iso-ressources

	Effectif*	%
Groupe 1	17	21,79 %
Groupe 2	32	41,03 %
Groupe 3	17	21,79 %
Groupe 4	11	14,10 %
Groupe 5	1	1,28 %
Groupe 6	0	-

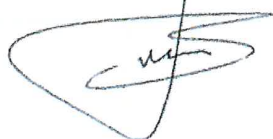
*Les patients de moins de 60 ans sont exclus des effectifs de distribution des groupes iso-

Résultats AGGIR validés le 03/05/2021

Résultats PATHOS validés le 06/05/2021

Etude validée par le médecin du
Conseil Départemental,
le Dr. Catherine HIBELOT

Le médecin de la structure,
le Dr. BEATRICE TAVERNIER



Etude validée par le médecin de
l'Agence Régionale de Santé,
le Dr. Agnès MEILLIER

H) Appréciation globale des évaluateurs externes

Appréhendée par l'établissement, l'évaluation externe s'est déroulée dans de bonnes conditions : accès à tous les documents et mise à disposition, transparence de la part de la direction, honnêteté et sincérité, intérêt de la Maison pour l'évaluation externe, disponibilité et curiosité des personnes ressources du plateau technique.

« Ma Maison » est bien tenue, bien entretenue ; les résidents se disent et se montrent « heureux », le personnel souligne les bonnes conditions de travail et la sécurité que confère la congrégation, présente 24H/24 et 365 jours/an. L'établissement vit dans la paix sociale.

L'environnement a une image positive de « Ma Maison », connue et reconnue depuis des décennies. L'établissement tient sa place dans la cité : il nourrit de nombreux partenariats, bénéficie d'un panel de bénévoles diversifié, participe au réseau gérontologique.

La longue expérience des Petites Sœurs Des Pauvres et leur charisme représentent une enveloppe sécurisante pour les résidents et un étayage remarquable pour les salariés

« Ma Maison » contribue à la politique sociale nationale en accueillant des personnes démunies, isolées, aux faibles ressources et/ou en détresse sociale.

Avis de l'évaluateur externe

Faisant suite à l'ensemble des investigations, l'Institut Saint Laurent prononce un avis favorable pour la poursuite ou le renouvellement de l'autorisation de l'exploitation de l'établissement.

ANNEXE 12

Campagne	Campagne 2021 (sur les données 2020)		
Questionnaire	Questionnaire ESMS		
Date	16/03/2022 02:18:54		
Structure	ESMS Rattaché à un Organisme de gestion		
Raison Sociale	RESIDENCE JEANNE		
Raison Sociale Pénale Juridique	RESIDENCE JEANNE		
Finess Géographique	21090010	Finess Juridique	210013345
Catégorie	Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)		
Ville	DJON	Statut Juridique	Pré Commercial
		Niveau de validation	Confirme ASS/CD

Données de caractérisation ESMS

Identification de l'ESMS

	Année N-1	Année N-2
04. Autorisation	Discipline Accueil Personnes Agées	Clientèle Personnes Agées dépendantes
05. Sources de financement	Mode de fonctionnement Hébergement Complexe Interdit	Date de déclaration 01/10/2019
06. Montre de comptabilité applicable	Autorisations Personnes Agées	Personnes Agées ou apparentées
07. Diplôme titulaire	Polys de soins soignés	Assurance maladie CD
08. Modalité de tarification	Assurance maladie CD	Assurance maladie CD
09. Date de pérensation de l'autorisation liée à l'activité principale	04/01/2017	04/01/2017
10. Date d'ouverture de la structure	02/01/1945	02/01/1945
11. Régime de l'ESMS au regard des obligations d'évaluation de la situation	ESMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002	ESMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002
12. Autorisation Spécifique - DSJ - Unre PASA / ESMS	PASA	Aucune

Contractualisation

	Année N-1	Année N-2
q14. CPOM médico-social en cours	NON	NON
q15. Date d'entrée en vigueur du CPOM	-	-
q16. Date d'échéance du CPOM	-	-
q17. Partenaires signataires du CPOM	-	-
q21. Date de signature du dernier avenant (si avenant)	OUI	OUI
q22. Date d'échéance du dernier avenant (si avenant)	21/12/2015	21/12/2015
q18. Signature d'une convention tripartite (ESMS, ARS et CD)	21/12/2019	21/12/2019
q19. Date de signature de la convention tripartite	-	-
q20. Date d'échéance de la convention tripartite	-	-
q21b. Date de signature du dernier avenant (si avenant)	-	-
q21c. Date d'échéance du dernier avenant (si avenant)	-	-

Fonctionnement

	Année N-1	Année N-2
q23b. Nombre de personnes accompagnées au 31.12 disposant d'une orientation de la MDPH	0	0

Nombre de lits et places en accueil ou hébergement permanent

	Année N-1	Année N-2
q24. - Nombre de lits et places autorisées au 31.12.N-1	78	78
q25. - Nombre de lits et places installés au 31.12.N-1	78	78

Nombre de lits et places en accueil/hébergement temporaire

	Année N-1	Année N-2
q27. - Nombre de lits et places autorisées au 31.12.N-1	0	0
q28. - Nombre de lits et places installés au 31.12.N-1	0	0

Nombre de places en accueil de jour

	Année N-1	Année N-2
q30. - Nombre de places autorisées au 31.12.N-1	0	0
q31. - Nombre de places installées au 31.12.N-1	0	0

Nombre de places habilitées à l'aide sociale

	Année N-1	Année N-2
q32. Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement	0	0

Nombre de jours d'ouverture dans l'année de chacun des différents modes de prise en charge ou d'accueil (en jours calendaires)

	Année N-1	Année N-2
935 - Unité 1	Accueil Hébergement Permanent	Accueil Hébergement Permanent
936 - Précisez le mode de prise en charge ou d'accueil	Hébergement Permanent	Hébergement Permanent
937 - Unité 2	0	0
938 - Précisez le mode de prise en charge ou d'accueil	-	-
939 - Unité 3	0	0
940 - Précisez le mode de prise en charge ou d'accueil	-	-
941 - Unité 4	0	0
942 - Précisez le mode de prise en charge ou d'accueil	-	-
943 - Modalités d'organisation de l'hébergement temporaire et/ou de l'accueil de jour	Non concerné	Non concerné

Outils Loi 2002-2

	Année N-1	Année N-2
944 - Date d'accueil	15/02/2020	01/11/2015
945 - Contenu des protocoles liés à l'accueil de la personne accueillie	OUI	OUI
946 - Contrôle de valeur du document individuel de prise en charge	29/06/2020	01/11/2016
947 - Date de la dernière actualisation	NO9	OUI
948 - Date de la dernière actualisation	16/10/2020	01/11/2016
949 - Date de la dernière actualisation	16/10/2020	28/03/2017
950 - Date de la dernière actualisation	30/06/2017	30/06/2017

Qualité et gestion des risques

	Année N-1	Année N-2
951 - Gestion des risques	OUI	OUI
952 - Démarche de certification	OUI	OUI
953 - Démarche de certification	NO9	NO9
954 - Démarche de certification	-	-
955 - Démarche de certification	-	-

Si démarche de certification: sur quelles fonctions ?

	Année N-1	Année N-2
964 - Certification sur : Fonctions administratives et de liaison	-	-
965 - Certification sur : Fonctions d'accompagnement et / ou de soins	-	-
966 - Certification sur : Fonctions logistiques et support	-	-

Prestations directes délivrées par l'ESMS : prestations de soins et d'accompagnement

	Année N-1	Année N-2
967 - Soins somatiques et psychiques	ESMS a réalisé en N-1 de manière régulière	ESMS a réalisé en N-2 de manière régulière
968 - Mode de réalisation des soins somatiques et psychiques	En interne à l'ESMS	En interne à l'ESMS
969 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle	ESMS a réalisé en N-1 de manière régulière	ESMS a réalisé en N-2 de manière régulière
970 - Mode de réalisation de la rééducation et réadaptation fonctionnelle	En interne à l'ESMS de manière externe	En interne à l'ESMS de manière externe

Prestations en matière d'autonomie

	Année N-1	Année N-2
971 - Prestations en matière d'autonomie	ESMS a réalisé en N-1 de manière régulière	ESMS a réalisé en N-2 de manière régulière
972 - Mode de réalisation des prestations en matière d'autonomie	En interne à l'ESMS	En interne à l'ESMS

Prestations pour la participation sociale

	Année N-1	Année N-2
973 - Accompagnements pour exercer ses droits	ESMS a réalisé en N-1 de manière régulière	ESMS a réalisé en N-2 de manière régulière
974 - Mode de réalisation de l'accompagnement pour exercer ses droits	En interne à l'ESMS	En interne à l'ESMS
975 - Accompagnements au logement	ESMS n'est pas concerné	ESMS n'est pas concerné
976 - Mode de réalisation de l'accompagnement au logement	ESMS n'est pas concerné	ESMS n'est pas concerné
977 - Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux	ESMS a réalisé en N-1 de manière régulière	ESMS a réalisé en N-2 de manière régulière
978 - Mode de réalisation de l'accompagnement pour exercer ses rôles sociaux	En interne à l'ESMS	En interne à l'ESMS
979 - Accompagnements pour participer à la vie sociale	ESMS a réalisé en N-1 de manière régulière	ESMS a réalisé en N-2 de manière régulière
980 - Mode de réalisation de l'accompagnement pour participer à la vie sociale	En interne à l'ESMS	En interne à l'ESMS
981 - Accompagnement en matière de ressources et d'auogestion	ESMS a réalisé en N-1 de manière régulière	ESMS a réalisé en N-2 de manière régulière
982 - Mode de réalisation de l'accompagnement en matière de ressources et d'auogestion	En interne à l'ESMS	En interne à l'ESMS

Ressources matérielles

071. Etablissement immobilier	OUI		
072. Etablissement mobilier	OUI		
073. Containes architecturales spécifiques	OUI		
074. Date de construction de l'établissement ou date de la dernière grosse rénovation admissible à une réaffectation	01/01/1877		
075. Réalisation du diagnostic d'accessibilité des bâtiments	OUI		
076. Date de réalisation du diagnostic	14/11/2012		
078. Obligation de passage d'une commission de sécurité	OUI		
077. Date de passage de la dernière commission de sécurité	23/11/2018		
078. Avoir favorable de la commission de sécurité	OUI		
079. Respect de la réglementation incendie	OUI		
080. Respect de la réglementation relative à l'asbeste	OUI		
081. Respect de la réglementation énergétique	OUI		
082. Respect de la réglementation accessibilité	OUI		
083. Accès à un groupe électrogène	OUI EN PROPRE		
084. Nature du droit d'occupation du sol des bâtiments	SOUS CONTRAT LOCATAIF DE TYPE BAIL		
085. Superficie des locaux en m2	7976,80		
086. Surface des terraces hors emprise foncière en m2	28645,00		
01092. Nombre de chambres individuelles	76		
01093. Nombre total de chambres installées au 31/12	78		
088. Organisation des transports	MIXTE		
090. Nombre de véhicules adaptés au 31/12	1		
091. Nombre de véhicules plus adaptés au 31/12	0		
092. Accessibilité au transport collectif	OUI		
093. Plateau technique / fonçonnent en plâtre	Salles équipées pour la psychomotricité Salles d'ateliers pédagogiques Salle de soins		

Partenariats, conventions et coopérations

	Année N-1	Année N-2
0105. Signature de la convention Plan Bleu	OUI	OUI
0106. Précisez la raison sociale de vos partenaires si la convention plan bleu	CHU	CHU
0107. Partenariat avec un réseau de santé	OUI	OUI
01073. Type de réseau de santé	réseau de santé gériatrique des soins palliatifs, autres réseaux de santé	réseau de santé gériatrique des soins palliatifs, autres réseaux de santé
0108. Précisez la raison sociale des réseaux de santé partenaires	Pole Personnes âgées CHU DION, Centre de soins palliatifs, hôpital de jour psychiatrique Beauvais-Verdy, Beauvais-HAD	Pole Personnes âgées CHU DION, Centre de soins palliatifs, hôpital de jour psychiatrique Beauvais-Verdy, Beauvais-HAD
0109. Partenariat avec des acteurs de la coordination médico-sociale	NON	NON
0110. Précisez la raison sociale de vos partenaires		
0111. Conventions avec des équipes mobiles	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS GÉRIATRIQUE EQUIPE DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE	EQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS GÉRIATRIQUE EQUIPE DE SECTEUR PSYCHIATRIQUE
01074. Convention avec une équipe de HAD	OUI	OUI
0963. Coopération inter-établissements	PAS DE COOPERATION	PAS DE COOPERATION
0113. Conventien avec l'éducation nationale	NON	NON
0962. Mission d'appui ressource sur le territoire	NON	NON
0963. Précisez la nature de ces missions d'appui ressource		
0964. Si autre, préciser		

Démarche d'évaluation interne et d'évaluation externe au sein de l'ESMS

Cycle d'évaluation interne/évaluation externe

	Année N-1	Année N-2
0965. La programmation des cycles d'évaluation interne et externe est-elle équilibrée ?	OUI	OUI
0966. Date du dernier rapport d'évaluation interne ?	20/12/2013	30/12/2013
0967. Date du dernier rapport d'évaluation externe ?	31/12/2014	31/12/2014

Méthodologie de la démarche d'EI / EE

Année N-1

Les usagers et leurs représentants sont ou ont été impliqués dans la démarche d'évaluation.

Les proches des usagers sont ou ont été impliqués dans la démarche d'évaluation.

Les professionnels (salariés et libéraux) de la structure sont ou ont été impliqués dans la démarche d'évaluation.

Les différents professionnels de la structure sont impliqués dans la démarche d'évaluation.

Les partenaires de la structure sont ou ont été associés à la démarche d'évaluation.

Année N-2

Les usagers et leurs représentants sont ou ont été impliqués dans la démarche d'évaluation.

Les proches des usagers sont ou ont été impliqués dans la démarche d'évaluation.

Les professionnels (salariés et libéraux) de la structure sont ou ont été impliqués dans la démarche d'évaluation.

Les différents professionnels de la structure sont impliqués dans la démarche d'évaluation.

Les partenaires de la structure sont ou ont été associés à la démarche d'évaluation.

ap365. Méthodologie de l'EI

Formalisation et suivi

- q969. La démarche d'évaluation continue est-elle formalisée ?
- q970. La démarche d'évaluation continue de la qualité est-elle retracée chaque année dans le rapport d'activité ?

Année N-1

OUI

OUI

Année N-2

OUI

OUI

Commentaires et Remarques

q114. Commentaires et remarques

Année N-1

.

Année N-2

Axe n°1 - Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes

1 - Les profils des personnes accompagnées correspondent-ils aux missions de l'ESMS ?

Niveau 1 : Dialogue

q115. Taux de personnes en dérogation ou hors autorisation pour motifs d'âge en %

q1056. Nombre de personnes en dérogation ou hors autorisation pour motifs d'âge accompagnées sur l'année

q1057. Nombre total de personnes accompagnées sur l'année

Année N-1

0,00

0

104

Année N-2

0,00

0

98

Niveau 2 : Clés d'analyse

Répartition par âge des personnes accompagnées en %

	Année N-1	Année N-2
q1035. <1 an	0,00	0,00
q1036. 1-<2 ans	0,00	0,00
q1037. 2-<3 ans	0,00	0,00
q1038. 3-<4 ans	0,00	0,00
q1039. 4-<5 ans	0,00	0,00
q1040. 5-<6 ans	0,00	0,00
q1041. 6-10 ans	0,00	0,00
q286. de 11 à 15 ans	0,00	0,00
q1042. de 16 à 17 ans	0,00	0,00
q1043. de 18 à 19 ans	0,00	0,00
q1044. de 20 à 24 ans	0,00	0,00
q289. de 25 à 29 ans	0,00	0,00
q290. de 30 à 34 ans	0,00	0,00
q291. de 35 à 39 ans	0,00	0,00
q292. de 40 à 44 ans	0,00	0,00
q293. de 45 à 49 ans	0,00	0,00
q294. de 50 à 54 ans	0,00	0,00
q295. de 55 à 59 ans	0,00	0,00
q296. de 60 à 74 ans	5,00	8,97
q297. de 75 à 84 ans	17,50	23,08
q298. de 85 à 95 ans	52,50	56,41
q299. de 96 ans et plus	25,00	11,54

q319. Durée moyenne de séjour / d'accompagnement	1386.42	2569.47
q320. Somme des durées d'accompagnement pour les personnes sorties définitivement dans l'année (à l'heure (h) d'accompagnement et en logement temporaire et accueil de jour)	3327.4	48820
q321. Nombre de sorties définitives dans l'année hors personnes en hébergement temporaire et accueil de jour	24	19
q322. Part des personnes bénéficiant d'une mesure de protection en %	23.75	0.00
q323. Nombre de personnes bénéficiant d'une mesure de protection (accompagnement social ou protection juridique) contre au 31.12	19	-
q324. Dont nombre de personnes bénéficiant d'une Mesure d'Accompagnement Social Personnalisée	0	-
q325. Dont nombre de personnes bénéficiant d'une Mesure d'Accompagnement Judiciaire	0	-
q326. Dont nombre de personnes bénéficiant d'une sauvegarde de justice	1	-
q327. Dont nombre de personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle	5	-
q328. Dont nombre de personnes bénéficiant d'une mesure de tutelle protection	12	-
q329. Dont nombre de personnes bénéficiant d'une autre mesure de protection	1	-
q330. Dont nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure de protection judiciaire	0	-
q331. Dont nombre d'enfants bénéficiant d'une mesure de protection administrative	0	-
q332. Nombre de personnes ne bénéficiant pas d'une mesure de protection	63	78
q333. Nombre de personnes accompagnées dans l'exercice au 31.12	80	78
q334. Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement en %	-	-
q335. Nombre de bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement au 31.12	0	0
q336. Nombre de places habilitées à l'aide sociale départementale à l'hébergement	0	0

	Année N-1	Année N-2
q1043. Nombre de personnes âgées de 1 à 20 ans au 31.12	0	0
q1046. Nombre de personnes âgées de 1-20 ans au 31.12	0	0
q1047. Nombre de personnes âgées de 21 à 30 ans au 31.12	0	0
q1048. Nombre de personnes âgées de 31 à 40 ans au 31.12	0	0
q1049. Nombre de personnes âgées de 41 à 50 ans au 31.12	0	0
q1050. Nombre de personnes âgées de 51 à 60 ans au 31.12	0	0
q1051. Nombre de personnes âgées de 61 à 70 ans au 31.12	0	0
q1052. Nombre de personnes âgées de 71 à 80 ans au 31.12	0	0
q1053. Nombre de personnes âgées de 81 à 90 ans au 31.12	0	0
q1054. Nombre de personnes âgées de 91 à 99 ans au 31.12	0	0
q1055. Nombre de personnes âgées de 100 ans au 31.12	0	0
q1056. Nombre de personnes âgées de 16 à 17 ans au 31.12	0	0
q1057. Nombre de personnes âgées de 18 à 19 ans au 31.12	0	0
q1058. Nombre de personnes âgées de 20 à 24 ans au 31.12	0	0
q1059. Nombre de personnes âgées de 25 à 29 ans au 31.12	0	0
q1060. Nombre de personnes âgées de 30 à 34 ans au 31.12	0	0
q1061. Nombre de personnes âgées de 35 à 39 ans au 31.12	0	0
q1062. Nombre de personnes âgées de 40 à 44 ans au 31.12	0	0
q1063. Nombre de personnes âgées de 45 à 49 ans au 31.12	4	7
q1064. Nombre de personnes âgées de 50 à 54 ans au 31.12	14	18
q1065. Nombre de personnes âgées de 55 à 59 ans au 31.12	42	44
q1066. Nombre de personnes âgées de 60 à 64 ans au 31.12	20	9
q1067. Nombre de personnes âgées de 65 à 69 ans au 31.12	80	78

Répartition en fonction des GIR en %

	Année N-1	Année N-2
q173. % de personnes GIR 1	18.75	11.69
q174. % de personnes GIR 2	36.75	25.97
q175. % de personnes GIR 3	10.00	16.68
q176. % de personnes GIR 4	20.00	20.78
q177. % de personnes GIR 5	5.00	15.58
q178. % de personnes GIR 6	7.50	9.09

q179. Nombre de personnes GIR 1 (correspondant au dernier GMP connu)	15	9
q180. Nombre de personnes GIR 2 (correspondant au dernier GMP connu)	31	20
q181. Nombre de personnes GIR 3 (correspondant au dernier GMP connu)	8	13
q182. Nombre de personnes GIR 4 (correspondant au dernier GMP connu)	16	16
q183. Nombre de personnes GIR 5 (correspondant au dernier GMP connu)	4	12
q184. Nombre de personnes GIR 6 (correspondant au dernier GMP connu)	6	7
q185. Nombre de personnes âgées dans l'exercice au dernier GMP connu	80	77

2 - Quelle est la charge en soins et en accompagnement pour l'ESMS ?

Niveau 1 : Dialogue

	Année N-1	Année N-2
q118. Score moyen de l'échelle retenue de dépendance (dernier GMP validé)	530.00	530.00
q119. GMP (correspondant au dernier GMP valide)	530.00	530.00
q120. Date de validation du dernier score moyen dépendance GMP	30/01/2014	30/01/2014
q121. Score moyen de l'échelle retenue de dépendance (dernier GMP connu)	769.00	456.00
q122. GMP (correspondant au dernier GMP connu)	769.00	456.00
q123. Date du dernier score moyen dépendance GMP connu	03/05/2021	
q124. Score moyen de l'échelle retenue de charge en soins (PMP validé)	183.00	183.00
q125. PMP (correspondant au dernier PMP validé)	183.00	183.00
q126. Date de validation du dernier score moyen soins requis PMP	19/03/2015	19/03/2015
q127. Score moyen de l'échelle retenue de charge en soins (dernier PMP connu)	219.00	
q128. PMP (correspondant au dernier PMP connu)	219.00	
q129. Date du dernier PMP connu	06/05/2021	

3 - Quel est le positionnement de l'ESMS dans le parcours de la personne accompagnée ?

Niveau 1 : Dialogue

Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance en %

	Année N-1	Année N-2
q131. % provenant du domicile ou du milieu ordinaire	23.08	76.32
q132. % provenant d'un établissement de santé	57.69	0.00
q133. % provenant d'un établissement médico-social	11.54	0.00
q135. % dont la provenance n'est pas connue	7.69	23.68
q136. Nombre de personnes accompagnées dans l'établissement temporaire ou accueil de jour	26	76
q137. Nombre de personnes accompagnées dans l'établissement de santé	6	58
q138. Nombre de personnes accompagnées dans l'établissement de santé	15	
q139. Nombre de personnes accompagnées dans l'établissement médico-social (hors centres de consultations ambulatoires et services à domicile)	3	
q141. Nombre de personnes accompagnées dans l'établissement temporaire ou accueil de jour	2	18

13/27

Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination en %

	Année N-1	Année N-2
q143. % de sorties par décès	75.00	94.74
q144. % de sorties par hospitalisation	16.67	0.00
q145. % de sorties par retour à domicile (ou en milieu ordinaire)	4.17	5.26
q146. % de sorties suite à réorientation vers un autre établissement médico-social	4.17	0.00
q147. % de sorties vers une destination inconnue	0.00	0.00
q148. Nombre de sorties par décès sur l'année (accès survenus au sein de l'ESMS)	18	18
q149. Nombre de sorties par hospitalisation	4	0
q150. Nombre de sorties pour retour à domicile ou milieu ordinaire, suite à un accompagnement par un service médico-social de type SSIAD, SAMSAO, SESSAO	1	1
q151. Nombre de sorties par réorientation vers un autre établissement médico-social	1	0
q152. Nombre de sorties vers une destination inconnue (sauf retour à domicile, hospitalisation, retour au domicile ou milieu ordinaire, réorientation)	0	0
q153. Nombre de sorties définitives dans l'année hors personnes en hébergement temporaire ou accueil de jour	24	19
q154. Taux d'hospitalisation complète en %	0.70	0.51
q155. Nombre de jours d'hospitalisation complète (hors consultations/séances)	198	135
q156. Nombre de journées réalisées	26,244	26,952

4 - Quel est le niveau d'activité de l'ESMS ?

Niveau 1 : Dialogue

	Année N-1	Année N-2
q157. Taux de réalisation de l'activité en %	99.49	92.56
q158. Nombre de journées réalisées	28064	26952
q159. Nombre de journées financées	28208	28470
q1075. Taux d'occupation des lits ou places autorisés en accompagnement permanent en %	98.30	92.56
q1076. Nombre de journées réalisées en accompagnement permanent	28064	26952
q1077. Nombre de journées théoriques en accompagnement permanent	28548	28470
q1078. Taux d'occupation des lits ou places autorisés en hébergement temporaire en %	-	-
q1079. Nombre de journées réalisées en hébergement temporaire	-	-
q1080. Nombre de journées théoriques en hébergement temporaire	-	-
q1081. Taux d'occupation des places autorisés en accueil de jour en %	-	-
q1082. Nombre de journées réalisées en accueil de jour	-	-
q1083. Nombre de journées théoriques en accueil de jour	-	-

14/27

Axe n°2 - Ressources humaines

1 - Quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier ?

Niveau 1 : Dialogue

	Année N-1	Année N-2
q348. Taux d'ETP vacants en %	0,00	0,00
q855. - Dont taux d'ETP vacants concernant la fonction SOINS	0,00	0,00
q856. - Dont taux d'ETP vacants concernant la fonction SOCIO EDUCATIVE	0,00	0,00
q349. Nombre d'ETP vacants en interne	0,00	0,00
q857. - Dont nombre ETP Vacants concernant la fonction SOINS EDUCATIVE	0,00	0,00
q350. Nombre d'ETP total recruté N-1	50,80	48,29
q861. Taux de prestations externes sur les prestations directes en %	0,17	2,43
q862. Montant au compte 6111 "Prestations à caractère médical" (en euros)	0,00	6369,00
q863. Montant au compte 6112 "Prestations à caractère médico-social" (en euros)	2060,00	0,00
q864. Montant au compte 621 "Personnel extérieur à l'établissement" (en euros) (dont les postes administratif et hôtelier et autres personnels sans lien avec des prestations directes) (en euros)	1.468,07	0,00
q865. Montant au compte 6223 "Intervenants médicaux" (conseillers exceptionnels) (en euros)	0,00	0,00
q866. Montant au compte 6226 "Honoraires" en lien avec des prestations directes (Coût de métier) (en euros)	0,00	0,00
q867. Total des dépenses de personnel (registre 2 de dépenses) (en euros)	1963291,75	255623,00

Niveau 2 : Clés d'analyse

	Année N-1	Année N-2
q337. Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période	3,56	13,65
q338. Nombre de jours d'absence des personnes accompagnées dans l'exercice au 01.01. au 31.12.	160,00	423,00
q339. Nombre de personnes ayant été absentes au moins une fois dans l'exercice au 01.01. au 31.12.	45	31
q343. File active des personnes accompagnées sur la période	106	97
q344. Nombre de personnes accompagnées dans l'exercice au 31.12.	80	78
q1084. Nombre de sorties définitives dans l'année	26	19
q346. Commentaires et remarques		

5 - Quelle est la dynamique de rotation des places au sein de l'ESMS ?

Niveau 1 : Dialogue

	Année N-1	Année N-2
q166. Taux d'admission sur les lits/places en %	33,33	34,62
q167. Nombre d'admissions dans l'année hors hébergement temporaire et accueil de jour	26	27
q168. Nombre de lits et de places autorisées hors hébergement temporaire et accueil de jour	78	78
q847. Taux de rotation des personnes accompagnées	32,05	29,49
q848. Nombre de sorties définitives dans l'année hors hébergement temporaire et accueil de jour	24	19
q849. Nombre d'admissions dans l'année hors hébergement temporaire et accueil de jour	26	27
q850. Nombre de lits et places autorisées hors hébergement temporaire et accueil de jour	78	78
q851. Taux de rotation des personnes accompagnées en accueil de jour	-	-
q852. Nombre de sorties dans l'année en accueil de jour	-	-
q853. Nombre d'entrées dans l'année en accueil de jour	-	-
q854. Nombre de places autorisées en A)	-	-

2 - L'organisation est-elle structurée et stable ?

Niveau 1 : Dialogue

	Année N-1	Année N-2
q365. Taux de personnels occupant une fonction de gestion d'équipe ou de management	3,88	5,49
q366. Nombre d'ETP réel assurant une fonction de "management" ou de gestion d'équipe au 31.12	2,00	2,50
q369. Nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels (hors formation)	51,59	45,54
q368. Taux d'absentéisme (hors formation) en %	0,00	6,35
q370. Nombre d'ETP réel au 31.12	-	1056,00
q371. Nombre d'équivalents temps plein réels*365	51,59	45,54
q372. Taux de rotation des personnels en %	18630,35	16622,10
q373. Nombre de recrutements au cours de l'année	16,38	-
q374. Nombre de départs de personnes dans l'année	7	-
q375. Effectifs réels au 31.12 en nombre de personnes	12	-
	58	-

17/27

Niveau 2 : Clés d'analyse

Répartition du personnel par fonction

	Année N-1	Année N-2
q377. Nombre d'ETP réels au 31.12 Direction/Encadrement	2,00	2,40
q398. - Dont nombre d'ETP réels de personnel médical d'encadrement	1,00	1,40
q399. - Dont Autre Direction/Encadrement	1,00	1,00
q378. Nombre d'ETP réels au 31.12 Administration / Gestion	2,00	2,59
q379. Nombre d'ETP réels au 31.12 Services généraux	2,93	-
q380. Nombre d'ETP réels au 31.12 Restauration	3,00	8,00
q381. Nombre d'ETP réels au 31.12 Socio-éducatif	1,00	1,00
q382. - Dont nombre d'ETP réels d'aide médico-psychologique	0,00	-
q383. - Dont nombre d'ETP réels d'animateur	1,00	1,00
q800. - Dont nombre d'ETP réels de moniteur éducateur au 31.12	0,00	-
q801. - Dont nombre d'ETP réels d'éducateur spécialisé au 31.12	0,00	-
q802. - Dont nombre d'ETP réels d'assistant social au 31.12	0,00	-
q803. - Dont Autre Socio-éducatif	0,00	-
q384. Nombre d'ETP réels au 31.12 Paramédical	0,00	-
q385. - Dont nombre d'ETP réels d'infirmier	24,65	18,15
q386. - Dont nombre d'ETP réels d'aide médico-psychologique	3,57	2,47
q387. - Dont nombre d'ETP réels d'aide soignant	4,86	-
q388. - Dont nombre d'ETP réels de kinésithérapeute	16,22	-
q389. - Dont nombre d'ETP réels de psychomotricien	0,00	-
q390. - Dont nombre d'ETP réels d'ergothérapeute	0,00	-
q804. - Dont nombre d'ETP réels d'orthophoniste	0,00	-
q805. - Dont Autre Paramédical	0,00	-
q806. Nombre d'ETP réels au 31.12 ne psychologue	0,40	0,50
q807. Nombre d'ETP réels au 31.12 d'ASH	15,41	13,20
q391. Nombre d'ETP réels au 31.12 Médical	0,40	-
q392. - Dont nombre d'ETP réels de médecin coordonnateur	0,40	-
q808. - Dont Autre Medical	0,00	-
q809. Nombre d'ETP réels au 31.12 de personnel Education nationale	0,00	-
q393. Nombre d'ETP réels au 31.12 Autres fonctions	0,00	-
q830. Nombre d'ETP réel au 31.12	51,59	45,54

18/27

Axe n°3- Finances et budget

1 - Quel est le niveau d'exécution budgétaire ?

Niveau 1 : Dialogue

	Année N-1	Année N-2
q430. Votre nomenclature comptable applicable	622 bis	622 bis
q431. Nature de votre droit d'occupation du ou des bâtiments	SOUS CONTRAT LOCATIF DE TYPE BAL	SOUS CONTRAT LOCATIF DE TYPE BAL
q433. Taux d'atteinte des prévisions de recettes en %	107.14	99.12
q434. Somme des comptes de classe 7 réalisés en Euros	1291438.63	272750.51
q435. Somme des comptes de classe 7 arrêtés en Euros	1205385.16	275170.27
q436. Taux d'atteinte des prévisions de dépenses en %	112.29	96.86
q437. Somme des comptes de classe 6 réalisés en Euros	1353597.22	272205.03
q438. Somme des comptes de classe 6 arrêtés en Euros	1205385.09	281037.85

2 - Quels sont les grands équilibres financiers ?

Niveau 1 : Dialogue

	Année N-1	Année N-2
q868. Taux de CAF en %	-1.25	0.20
q869. Capacité d'auto-financement	-36189.19	545.48
q870. Résultat net comptable en Euros	-62119.19	545.48
q871. Montant du compte 68 "DAP" en Euros	45950.00	0.00
q872. Montant du compte 78 "RAP" en Euros	0.00	0.00
q873. Montant du compte 775 "Produit des cessions d'éléments d'actif" en Euros	0.00	0.00
q874. Montant du compte 675 "Valeur comptable des éléments d'actif cédés" en Euros	0.00	0.00
q875. Montant du compte 777 "Subventions d'investissement versées au résultat" en Euros	6.00	0.00
q876. Montant du compte 778 "Autres produits exceptionnels" en Euros	0.00	0.00
q876. Total des recettes d'exploitation en Euros	1291438.63	272750.51
q1094. Taux de vétusté des constructions		
q1095. Amortissement cumulé des constructions en Euros = somme des comptes 2813, 2814, et 2823 et 2824 si existants		
q1096. Montant du compte 2813 en Euros	-	-
q1097. Montant du compte 2814 en Euros	-	-
q1098. Montant du compte 2823 en Euros	-	-
q1099. Montant du compte 2824 en Euros	-	-

Pyramide des âges du personnel au 31.12

	Année N-1	Année N-2
q395. % de personnes âgées de moins de 20 ans	1.72	-
q396. % de personnes âgées de 20 - 29 ans	17.24	-
q397. % de personnes âgées de 30 - 39 ans	13.79	-
q398. % de personnes âgées de 40 - 49 ans	32.76	-
q399. % de personnes âgées de 50 - 54 ans	17.24	-
q400. % de personnes âgées de 55 - 59 ans	8.62	-
q401. % de personnes âgées de 60 - 64 ans	5.17	-
q402. % de personnes âgées de Plus de 65 ans	3.45	-
q420. Pourcentage total	100.00	-
q403. Moins de 20 ans	1	-
q404. 20 - 29 ans	10	10
q405. 30 - 39 ans	8	12
q406. 40 - 49 ans	19	17
q407. 50 - 54 ans	10	8
q408. 55 - 59 ans	5	7
q409. 60 - 64 ans	3	4
q410. Plus de 65 ans	2	-
q411. Effectif réel au 31.12 en nombre de personnes	58	-

q412. Taux d'absentéisme par motif en %	6.35
q413. Pour maladie ordinaire / de courte durée	2.85
q810. Pour maladie de moyenne durée	0.00
q414. Pour maladie de longue durée	0.00
q415. Pour maternité/paternité	1.56
q416. Pour accident du travail / Maladie professionnelle (hors congés payés)	1.77
q811. Pour congés spéciaux dont les congés sans solde	0.17
q812. Pour congés payés	10.56
q419. Pour maladie ordinaire / de courte durée	474
q812. Pour maladie moyenne durée	-
q420. Pour maladie de longue durée	-
q421. Pour maternité/paternité	260
q422. Pour accident du travail / maladie professionnelle	294
q813. Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés)	28
q424. Nombre d'ETP réel au 31.12	51.59
q425. Nombre d'ETP effectif 365	18936.35
q428. Commentaires et remarques	16622.10

q1100. Valeur initiale (valeur brute) des constructions en Euros = somme des comptes 213, 214, et 223 et 224 si existants, 2313 et 2314 si existants

q1101. Montant du compte 213 en Euros			
q1102. Montant du compte 214 en Euros	11.24		
q1103. Montant du compte 223 en Euros	25252.33	0,00	
q1104. Montant du compte 224 en Euros	2243586.10	-289.11	
q901. Taux de vétusté des équipements en %	32.08	496956.00	
q902. Amortissement cumulé des immobilisations (équipements)	58346.80	-171889.00	
q903. Valeur initiale (valeur brute) des immobilisations (équipements)	181689.00	5000.00	
q920. Taux d'endettement en %			
q921. Encours de la dette en Euros = Solde créancier du compte 16 "Epargne et dettes assimilées" hors compte 1688 "intérêts courus"	0,00	0,00	
q922. Capitaux permanents en Euros	0,00	0,00	
q1005. Solde créancier du compte 10 "apports, allocations, réserves, participations" hors comptes 1012 "plus capital" et réserves "Plan comptable général" en Euros	0,00	0,00	
q1006. Solde créancier du compte 13 "subventions d'investissement" en Euros	0,00	0,00	
q1007. Solde créancier du compte 14 "provisions réglementées" en Euros	0,00	0,00	
q1008. Solde créancier du compte 15 "provisions pour risques et charges" en Euros	0,00	0,00	
q1009. Solde créancier du compte 16 "emprunts et dettes assimilées" hors "intérêts courus" et hors compte 165 "écarts et contreparties liés" en Euros	0,00	0,00	
q1010. Solde débiteur du créancier du compte 11 "report à nouveau" en Euros	0,00	0,00	
q1011. Solde débiteur du créancier du compte 12 "résultat de l'exercice" en Euros	176889.00	-176889.00	
q910. Fonds de roulement en jours de charges courantes	-136.28	0,00	
q911. FRMG en Euros : somme des comptes créditeurs de classes 1 et 2 et des comptes créditeurs 39, 49 et 59 + somme des comptes débiteurs de classes 1 et 2	-888228.30		
q912. Somme des comptes débiteurs de classe 1	176889.00		
q913. Somme des comptes débiteurs de classe 2	389840.43		
q914. Somme des comptes créditeurs de classe 1	63346.80		
q915. Somme des comptes créditeurs de classe 2	25252.33		
q916. Somme des comptes créditeurs 39	0,00		
q917. Somme des comptes créditeurs 49	0,00		
q918. Somme des comptes créditeurs 59	0,00		
q919. Charges courantes en Euros	1307607.22	272205.03	

3 - Quelle est la répartition des dépenses par groupe ?

Niveau 2 : Clés d'analyse

Répartition des dépenses réalisées par groupe (en %)

	Année N-1	Année N-2
q1013. Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante	9.02	6.09
q1014. Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel	87.59	93.91
q1015. Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure	3.39	0.00
q1016. Pourcentage total	100.00	100.00
q1017. Somme des comptes de classe 6 réalisés en Euros	1353557.22	272205.03
q1018. Groupe 1 : montant des dépenses afférentes à l'exploitation courante en Euros	122028.47	16951.38
q1019. Groupe 2 : montant des dépenses afférentes aux personnels en Euros	1185578.75	255623.65
q1020. Groupe 3 : montant des dépenses afférentes à la structure en Euros	45950.00	0.00

4 - Quelle est la répartition des recettes et des dépenses par section tarifaire ?

Niveau 2 : Clés d'analyse

Répartition des recettes par section tarifaire (en %)

	Année N-1	Année N-2
q556. dont recettes section "hébergement" (en %)	0.00	0.00
q557. dont recettes section "dépendance" (en %)	26.06	30.04
q558. dont recettes section "soins" (en %)	73.94	69.96
q557. Pourcentage total	100.00	100.00
q559. Somme des comptes de classe 7 réalisés en Euros	1291428.93	272250.51
q560. Montant des recettes section "hébergement" en Euros	0.00	0.00
q561. Montant des recettes section "dépendance" en Euros	336557.32	81927.00
q562. Montant des recettes section "soins" en Euros	954860.71	190823.51

Capacités d'échange et de partage de l'ESMS

Année N-1	Année N-2
EN COURS	EN COURS
OUI	OUI
Où il faut le lien et je publie en lecture du DMP	Où il faut le lien et je publie en lecture du DMP
OUI	OUI
TITA, CEGID, OCTIME	titan
OUI	OUI

Quel est l'usage du SI dans l'ESMS ?

Fonctions de pilotage

Année N-1	Année N-2
Logiciel	Logiciel
CEGID	quadra
Où il faut le lien et je publie en lecture du DMP	Logiciel
CEGID, TITAN	titan

Fonctions supports

Année N-1	Année N-2
Où il faut le lien et je publie en lecture du DMP	Où il faut le lien et je publie en lecture du DMP
OUI	OUI
De 1 à 3 modules	De 1 à 3 modules
Où il faut le lien et je publie en lecture du DMP	Où il faut le lien et je publie en lecture du DMP
OUI	OUI

Dossier informatisé de l'usager/ résident

Année N-1	Année N-2
Logiciel	Logiciel
TITAN	titan
100.00	100.00
80	78
80	78
100.00	100.00
80	78
80	78
NON	NON
NON	NON

Quelles sont les pratiques de l'ESMS en matière de développement durable ?

Volet gouvernance

Année N-1	Année N-2
Niveau de maturité 1	Niveau de maturité 1

Volet social

Année N-1	Année N-2
Niveau de maturité 2	Niveau de maturité 2

Volet environnemental

Année N-1	Année N-2
88.68	0.00
707295.00	7976.00
7976.00	7976.00
Niveau de maturité 1	Niveau de maturité 1

Volet économique

Année N-1	Année N-2
Niveau de maturité 1	Niveau de maturité 1

Commentaires et Remarques

2 - Commentaires et Remarques

0674 - Commentaires et remarques

Année N-1

Année N-2