



Logo du CD

CPOM

Médico-social

Gestionnaire

Adresse

FINESS juridique

2018-2022

SOMMAIRE :

TITRE 1 : L'objet du contrat	7
<i>Article 1 – L'identification du gestionnaire et périmètre des activités couvertes par le CPOM :.....</i>	<i>7</i>
<i>Article 2 – L'articulation avec les autres CPOM déjà signés par le gestionnaire :</i>	<i>8</i>
<i>Article 3 – Objectifs stratégiques fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé :.....</i>	<i>8</i>
<i>Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM :</i>	<i>9</i>
TITRE 2 : La mise en œuvre du contrat	16
<i>Article 5 – Le suivi et l'évaluation du contrat :</i>	<i>16</i>
<i>Article 6 – Le traitement des litiges :</i>	<i>17</i>
<i>Article 7 – La révision du contrat / Moyens coercitifs :</i>	<i>17</i>
<i>Article 8 – La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM :</i>	<i>18</i>
<i>Article 9 – La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans :</i>	<i>18</i>
TITRE 3 : la liste des annexes au CPOM	19
<i>Annexe 1 : La synthèse du diagnostic partagé</i>	<i>19</i>
<i>Annexe 2 : La réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire</i>	<i>19</i>
<i>Annexe 3 : Objectifs fixés dans le cadre du CPOM</i>	<i>19</i>
<i>Annexe 4 : La revue annuelle des objectifs du CPOM transmis avec l'EPRD.....</i>	<i>19</i>
<i>Annexe 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (en fonction de l'établissement)</i>	<i>20</i>
<i>Annexe 6 : une annexe traitant du siège social ainsi que l'arrêté fixant les frais de siège. (En fonction de l'établissement)</i>	<i>20</i>
<i>Annexe 7: les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat. (En fonction de l'établissement)</i>	<i>20</i>

*Annexe 8 : socle de prestations relatives à l'hébergement
délivrées par les EHPAD : Prestations d'administration générale ;
Prestation d'accueil hôtelier ; Prestation de restauration ;
Prestation de blanchissage ; Prestation d'animation de la vie
sociale 20*

*Annexe 9: Fournir le Plan Pluriannuel d'Investissement si validé
(PPI). 20*

*Annexe 10: Tableau recensant les résidents accueillis dans
l'EHPAD «.. » au 31/10/N (pour les CD qui le souhaitent) 20*

Entre,

- ✓ **D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le(s) autorisation(s) d'activités couvertes par le CPOM :**

Le département du _____, représenté par Monsieur Marc Giraud Président ;

L'Agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, représentée par Monsieur Claude D'HARCOURT, Directeur général;

- ✓ **d'autre part,**

Si EHPAD Privé à but lucratif ou Privé à but non lucratif ou si service de soins:

La personne morale gestionnaire, représentée par _____, dont le siège social est situé à (l'adresse) représentant les établissements (et/ou services suivants) (préciser la catégorie de la structure) dûment habilité à cet effet.

-
-
-
-

Si EHPAD public :

Nom, adresse de la personne morale, dûment habilité à cet effet.

Nom et adresse des EHPAD sous le présent CPOM

LE PRESENT CPOM EST CONCLU POUR UNE DUREE DE 5 ANS A COMPTER DU.....

Visas et références juridiques

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

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;

Vu la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017;

Vu l'instruction N° DGCS/3A/DGOS/R4/2017/341 du 19 décembre 2017 relative à la mise en place d'une démarche de coopération renforcée entre les établissements de santé médecin, chirurgie, obstétrique et établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes dans le cadre de l'amélioration des parcours de santé des personnes âgées ;

Vu l'Instruction N° DGCS/SDC/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global de dépendance et aux tarifs journaliers des EHPAD relevant du I et du II de l'article L.313-12 du CASF.

Vu l'instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code ;

Vu l'instruction interministérielle N°DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du même code (cadre budgétaire M22).

Vu le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles;

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification du forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles;

Vu le décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ;

Vu le décret n°2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées ;

Vu le décret n°0286 du 8 décembre 2016 portant nomination de Monsieur Claude d'Harcourt en qualité de directeur général de l'Agence régionale de santé Provence-Alpes- Côte d'Azur ;

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

Vu le décret n°2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

Vu le décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles

Vu la circulaire du 31 mars 2017 et son instruction du 7 avril 2017, relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 ;

Vu l'arrêté interministériel en date 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 L313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le schéma régional d'organisation médico-sociale de la région Provence Alpes Côte d'Azur arrêté en date du 30 janvier 2012 ;

Vu le projet régional de santé 2012 – 2017 pour les CPOM signés après l'adoption du SRS/PRS ;

Vu le schéma départemental en faveur de la personne âgée en date du.... ;

Vu l'arrêté DOMS/PA/PH n° 2016-089 du 29 décembre 2016 fixant la programmation pluriannuelle régionale 2017-2021 relatif à la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements et services médico-sociaux (personnes âgées et personnes en situation de handicap)

Vu l'avenant à l'arrêté DOMS /PA/PH n° 2016-089 en date du 21 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 29 décembre 2016 fixant la programmation pluriannuelle régionale 2017-2021;

Vu l'arrêté du 22 décembre 2016 relatif au plan comptable M22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux ;

Vu l'arrêté du 16 novembre 2015 fixant le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur ;

Vu l'arrêté conjoint du directeur général de l'ARS PACA et le président du Conseil départemental fixant la programmation de la conclusion des CPOM en date du 23 décembre 2016 ;

Vu l'arrêté d'autorisation ou d'extension de l'EHPAD..... en date du..., de l'EHPAD en date du..... ; du SSIAD.... en date du

Vu le GCSMS en date du..... ;

Si établissement public :

Vu la délibération du conseil d'administration de l'établissement public dénommé en date du

Vu le procès-verbal de la commission de sécurité en date du ;

Vu la convention tripartite signée entre les représentants de l'ARS et du département de
et le représentant de l'EHPAD....., en date du

**Une information globale et collective est prévue avec l'ensemble des établissements désignés
comme signataires pour l'année 2018**

TITRE 1 : L'objet du contrat

Article 1 – L'identification du gestionnaire et périmètre des activités couvertes par le CPOM :

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

			CAPACITE AUTORISEE				
EHPAD	FINESS EJ	FINESS ET	HP	DONT PASA	DONT UHR	Dont HAS	HT
A							
B							
C							
D							
			CAPACITE INSTALLEE				
EHPAD	FINESS EJ	FINESS ET	HP	DONT PASA	DONT UHR	Dont HAS	HT
A							
B							
C							
D							

			CAPACITE AUTORISEE		CAPACITE INSTALLEE	
ACCUEIL DE JOUR/PFR	FINESS EJ	FINESS ET	PLACES AJ	PFR	PLACES AJ	PFR
A						
B						

			CAPACITE AUTORISEE		CAPACITE INSTALLEE	
SSIAD/ESA	FINESS EJ	FINESS ET	PLACES SSIAD	PFR	PLACES SSIAD	PFR
A						
B						

Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale. (Arrêté du 3 mars 2017 – Article L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du CASF.)

Rajouter autant de lignes que d'établissement du CPOM.

Article 2 – L’articulation avec les autres CPOM déjà signés par le gestionnaire :

Pour les groupes nationaux ou régionaux :

Le gestionnaire a déjà signé d’autres CPOM médico-sociaux. Chaque CPOM poursuit ses effets juridiques indépendamment. Cependant, une articulation entre les différents CPOM sera recherchée par le gestionnaire pour assurer la cohérence des engagements.

Pour les établissements rattachés à un CH :

Les établissements porteurs des activités couvertes par le présent CPOM sont rattachés à un établissement de santé, le centre hospitalier de Le centre hospitalier de ... a auparavant signé un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens prévu à l’article L6114-1 du code de la santé publique, CPOM dit « sanitaire », qui a pris pour effet le ..., pour une durée de 5 ans. Les parties signataires du présent CPOM s’engagent à garantir l’articulation et la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats.

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

En référence aux recommandations de bonnes pratiques de l’agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services médico-sociaux (ANESM) et de la Haute Autorité de Santé (HAS), l’organisme gestionnaire s’engage à réaliser les objectifs du présent CPOM.

Le défaut de réalisation de certains objectifs à l’échéance prévue par l’ensemble des parties signataires, pourra engendrer la signature d’un avenant au présent CPOM. Ce dernier pourra prévoir un réajustement des objectifs non réalisés ainsi que des moyens financiers initiaux lorsque les circonstances le justifient.

Les objectifs et les délais sont énoncés dans des fiches dédiées annexées au présent CPOM.

Le présent CPOM s’attachera à développer les objectifs généraux suivants :

- Améliorer la qualité de vie des résidents ;
- Améliorer les parcours de santé et la qualité de la prise en charge des besoins des personnes âgées, notamment celles souffrant de la maladie d’Alzheimer et maladies apparentées ;
- Lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance ;
- Mettre en œuvre une politique de gestion des risques ;
- Développer une gestion administrative et financière de qualité.

En complément à ces objectifs généraux et en lien avec les résultats du diagnostic partagé dont la synthèse figure en annexe du présent document et qui présente le fonctionnement actuel des activités couvertes par le CPOM, il a été défini les objectifs suivants :

- D’une part, un objectif prioritaire à savoir...
- D’autre part, les objectifs opérationnels suivants :

Tableau récapitulatif des objectifs opérationnels du CPOM :

<i>Objectifs stratégiques propres à l'EHPAD</i>
N°1 :
N°2 :
N°3 :
N°4 :

<i>Objectifs stratégiques propres SSIAD</i>
N°1 :
N°2 :
N°3 :
N°4 :

Le détail des objectifs, l'échéancier et les indicateurs de résultats propres à chaque objectif sont joints en annexe du présent contrat.

La mise en œuvre de ces objectifs généraux ne dégage pas l'établissement de ses obligations légales notamment en matière de sécurité, d'hygiène et d'accessibilité.

Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM :

Le CPOM comprend des données précises sur les moyens dont dispose le gestionnaire pendant cinq ans.

L'organisme gestionnaire doit transmettre l'EPRD à l'autorité de tarification au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf si l'autorité de tarification, au 31 mars de l'année N n'a pas notifié la décision. Dans ce cas, l'organisme gestionnaire transmet dans les 30 jours après la notification ou au plus tard le 30 juin de l'année N.

Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

4.1. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM :

➤ Le forfait global de soins :

	PMP	DATE DE VALIDATION PMP PAR LE MEDECIN DE L'ARS	GMP	DATE DE VALIDATION DU GMP APR LE CD
A				
B				
C				

Pour les EHPAD :

Le calcul est établi au moyen de l'équation tarifaire (forfait GMPS) fondée sur le niveau des besoins en soins requis des résidents de l'EHPAD et de leur niveau de dépendance :

$$[(\text{GMP} + \text{PMP} * 2.59) * \text{capacité autorisée de l'hébergement permanent} * \text{valeur du point}]$$

Les PMP et GMP pris en compte pour le calcul des forfaits globaux de soins et de dépendance de l'année N sont les derniers PMP et GMP validés, au plus tard le 30 juin N-1, par des médecins désignés par le président du conseil départemental et par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, conformément à l'article L. 314-9 du CASF. La capacité autorisée, quant à elle est celle du 31/12 N-1.

L'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 prévoit l'atteinte du forfait GMPS sur une période transitoire de 7 ans, s'étalant de 2017 à 2023, selon le rythme suivant :

- en 2017, réduction de la convergence de 1/7^{ième}
- en 2018, réduction de la convergence de 1/6^{ième}
- en 2019, réduction de la convergence de 1/5^{ième}
- en 2020, réduction de la convergence de 1/4^{ième}
- en 2021, réduction de la convergence de 1/3
- en 2022, réduction de la convergence de 1/2
- en 2023, résorption totale.

L'actualisation de la dotation soins se fera dans le respect des enveloppes limitatives régionales et en fonction de la politique de reconduction des tarifs mentionnée dans le rapport d'orientations budgétaires annuel de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

➤ Financements pérennes globalisés annuels à la date de la signature du CPOM:

	HP (base au 01/01/N dont CM)	ecart à la dotation plafond	dotation plafond			
A						
B						
C						
	HT	AJ	ESA	PASAUHR	PFR	dotation globale
A						
B						

Si un ou plusieurs PMP non validé(s) en N-2, N-1 et N :

Pour les EHPAD dont le PMP n'a pas été validé à ce jour, une validation aura lieu dans l'année qui suit la signature du CPOM. La validation du PMP se fera par le médecin inspecteur de l'ARS. Le GMP et le PMP doivent être validés avant le 30 juin N-1 pour pouvoir être pris en compte. La dotation plafond sera allouée conformément à la réglementation en vigueur en 2023.

Si un ou plusieurs PMP validé(s) en N-2, N-1 et N :

Dans le cadre du présent CPOM, sur la section tarifaire « soins », des crédits de médicalisation à hauteur de ... € ont été alloués en vue de la création dans le cadre du renforcement du personnel soignant.

Pour les années N+1 à N+4, la dotation soins sera actualisée dans le respect des enveloppes limitatives régionales et en fonction de la politique de reconduction des tarifs mentionnés dans le rapport d'orientations budgétaires.

- **Financements non pérennes globalisés: (cas d'actions innovantes ou spécifiques notamment les PASA de nuit, les IDE de nuit... mises en œuvre sur l'année de signature ou en N+1)**

Le forfait global de soins peut être complété par des financements complémentaires, prévus à l'article R 314-163 du CASF, destinés à couvrir d'une part les modalités d'accueil particulières et d'autre part, des actions innovantes et ponctuelles mises en place par l'établissement.

	FIR	
	DOTATIONS	AXES
A		
B		
C		
D		

- **Réserve de compensation section « soins »**

La réserve de compensation soin (total cumulé depuis l'ouverture de l'établissement des montants affectés et repris sur la RC (section soin) compte 10686 et après décision de l'ARS) intégrant le compte administratif 201x est de €.

➤ **Section hébergement :**

(La tarification sur la section hébergement sera adaptée en fonction de chaque conseil départemental).

Ci-dessous un exemple de trame pour le CD...

Le Conseil départemental détermine la tarification sur la section hébergement pour les établissements entièrement habilités à l'aide sociale.

Pour ces établissements, le prix de journée « hébergement » est arrêté chaque année par le Président du Conseil départemental du Var.

De même, pour les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, la signature du CPOM vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L.318-8-1 et de l'article L. 342 -3-1.

Conformément au Règlement Départemental d'Aide Sociale et d'Action Sociale (RDAS), l'habilitation à l'aide sociale, entraîne pour l'établissement les obligations suivantes auprès des résidents :

« Les prix de journée hébergement comprennent l'ensemble des prestations rendues aux personnes accueillies. Les établissements assurent à la fois l'hébergement et l'entretien des personnes âgées, et à ce titre, doivent fournir l'ensemble des prestations générales, d'accueil hôtelier, de restauration, d'animation, ainsi que les autres prestations et fournitures nécessaires au bien-être de la personne dans l'établissement, dès lors qu'elles ne sont pas liées à son état de santé ou à son état de dépendance.

Seuls des frais réels résultant d'exigences particulières de la personne accueillie peuvent être facturés ».

Au moment de l'entrée en établissement, aucune caution ne peut être demandée à une personne admise au titre de l'aide sociale.

Si l'établissement est habilité à l'aide sociale :

Le budget évoluera chaque année, à moyens constants, dans la limite du taux d'évolution de l'enveloppe limitative des dépenses des établissements sociaux et médico-sociaux voté par le Conseil départemental du Var.

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

A l'ouverture, dans la limite de la capacité habilitée, le prix de journée Hébergement pour les résidents bénéficiaires de l'aide sociale est le dernier prix de journée arrêté pour les EHPAD habilités partiellement sans tarification particulière. Il est de 53,83€ pour l'année 2017

Il évoluera au choix du Département dans la limite du taux directeur départemental voté annuellement par l'assemblée départementale ou du taux relevant de l'arrêté interministériel de revalorisation des tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux. Pour les établissements habilités l'aide sociale 50 %, le prix de journée spécifique applicable pour les bénéficiaires de l'aide sociale est fixé chaque année par le Département.

Si l'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale, le tarif libre évoluera chaque année en fonction d'un arrêté interministériel (L. 342-3) du CASF.

Par ailleurs, en cas de situation exceptionnelle l'établissement peut demander à bénéficier d'un taux supérieur dans le respect des dispositions prévues au L. 312-4 du CASF.

Si l'établissement n'est pas habilité à l'aide sociale :

Concernant les résidents qui bénéficient de l'aide sociale au bout de 5 années passées dans l'établissement, pour l'année 2017, le prix de journée forfaitaire est de 53,83 € ; celui-ci peut être réévalué chaque année par le Conseil départemental

Le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015, prévoit, pour l'ensemble des établissements relevant du I de l'article L. 313-1, la liste des prestations minimales qui devront être délivrées par les établissements.

Socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD.

➤ **Le forfait global relatif à la dépendance :**

(La tarification sur la section dépendance sera adaptée en fonction de chaque conseil départemental).

Ci-dessous un exemple de trame pour le CD...

- Le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées, est calculé conformément au 1° de l'article R 314-172 du CASF

Le forfait global dépendance est évalué dans le cadre de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses et de l'État Réalisé des Recettes et des Dépenses; le montant du forfait global à la charge du Département du Var est évalué au regard de l'état fixant au 15 décembre de l'année N-1 le nombre de résidents bénéficiaires de l'APA du Var accueillis dans l'établissement

En ce qui concerne les modalités d'affectation des résultats en lien avec les objectifs, le principe est que l'affectation des résultats est libre par l'Organisme Gestionnaire.

Le cas échéant, il conviendra de préciser les modalités d'affectation des résultats selon les objectifs établis.

En ce qui concerne les déficits, et en tout état de cause, il est à préciser que les déficits ne sont pas repris, y compris à la fin du CPOM.

➤ Affectation des résultats :

Section hébergement : le gestionnaire dispose de la libre affectation des excédents dans le cadre de la réglementation prévue au CASF dans la limite de 5 % des charges autorisées. Au-delà, le Département souhaite intervenir dans la détermination de l'affectation dans le cadre du dialogue de gestion. Le déficit est laissé à la charge de l'établissement.

Section dépendance : Le gestionnaire dispose de la libre affectation des excédents dans le cadre de la réglementation prévue au CASF. Le déficit est laissé à la charge de l'établissement et devra être résorbé dans les 2 années qui suivent.

➤ GMP

- La validation du GMP sera effectuée conformément au décret N° 2016-1814 du 21 décembre 2016 du CASF et à la circulaire du 31 mars 2017.

Ce dernier a fait l'objet d'une validation du Département suite au dépôt par l'établissement de la valeur du GMP sur la plateforme GALAAD.

OU

Ce dernier n'ayant pas encore été validé par le Département, le CPOM fera l'objet d'un avenant ;

Lorsque le GMP n'a pu être validé à l'occasion de l'établissement du présent CPOM, le GMP retenu est celui pris en compte par la tarification de la dernière campagne budgétaire.

Valeur du GMP :

Nombre de points GIR majorés	Valeur point GIR départemental	Valeur points GIR établissement	Nombre de points GIR majorés X Valeur point GIR Départemental	Nombre point GIR majoré X valeur point GIR établissement	REBASAGE OU DEBASAGE SUR 7 ANS

REBASAGE 1/7						
N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	N+6

DEBASAGE 1/7						

N	N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	N+6
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Le Département s'engage à donner aux établissements les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés dans le présent contrat dans la limite de ses enveloppes financières.

BUDGET PREVISIONNEL - A la signature du CPOM :

BUDGET PREVISIONNEL			
		HEB	DEPENDANCE
CHARGES	GI		
	GII		
	GIII		
TOTAL			
PRODUITS	GI		
	GII		
	GIII		
TOTAL			
BASE DE CALCUL			
ACTIVITE			
GMP			
PRIX JOURNEE HEB Tarif Dépendance GIR 1/2 Tarif Dépendance GIR 3/4 Tarif Dépendance GIR 5/6			
PROJETS INVESTISSEMENT		COUT	
PPI : PLAN PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENT			
cf : document complété – PPI - (à annexer au CPOM)			

Les éventuelles modifications du PPI en cours de CPOM feront l'objet d'un avenant.

4.3. Les frais de siège: art L314-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles :

L'arrêté portant autorisation des frais de siège est joint en annexe au présent contrat.

Il conviendra de préciser le montant annuel des frais de siège (inclus) dans la dotation pérenne, le nombre et la catégorie d'ETP pris en charge.

➤ **Modalités d'affectation des résultats**

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs, (conformément à l'article R 314-235 du CASF), avec la situation financière de l'organisme gestionnaire et en lien avec ses projets sous réserve des dispositions réglementaires.

Ainsi par ordre de priorité, l'organisme gestionnaire devra affecter les résultats excédentaires :

- A l'apurement des déficits antérieurs du compte de résultat
- A un compte de report à nouveau
- A un compte de réserve de compensation
- A un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité
- Au financement de mesures d'investissement
- A un compte de réserve de trésorerie dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement.

Il est notamment possible de demander le reversement de certains montants dès lors que l'autorité de tarification constate des dépenses manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en terme de qualité de prises en charge ou d'accompagnement ou des recettes non comptabilisées. (Art R 314-234 et suivants; R 314-244).

La couverture des déficits reste de la responsabilité de l'organisme gestionnaire. Conformément à l'article R 314-234 du CASF, le déficit est couvert par :

- le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
- la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
- Pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat ;

TITRE 2 : La mise en œuvre du contrat

Article 5 – Le suivi et l'évaluation du contrat :

Le suivi et l'évaluation du CPOM s'appuieront sur le travail d'un comité de suivi et sur un certain nombre d'outils et de documents à produire.

➤ **La composition du comité de suivi**

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition figure dans le contrat et précise la qualité des représentants de chaque entité :

- *Conseil départemental : le PCD ou son représentant*
- *Agence régionale de santé : le DGARS ou son représentant*
- *Organisme gestionnaire : le président ou son représentant*
- *Le cas échéant, autres partenaires : à préciser*

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

➤ **Documents à produire :**

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et comptables, revue des objectifs fournie avec chaque ERRD (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, à préciser.....

A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après.

➤ **Les dialogues de gestion :**

Le comité de suivi se réunit à deux reprises minimum au cours du contrat, dans le cadre de dialogues de gestion :

- au cours de la troisième année pour un point à mi-parcours : le comité examine le niveau de réalisation des objectifs fixés, 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 doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.

- au cours de la cinquième année du contrat pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le 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 alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

- *un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat : en cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.*

Dans le cadre du suivi de la présente convention, l'ARS et le Département peuvent être amenés à venir évaluer les conditions de mise en œuvre du contrat au sein de la structure.

➤ **La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles :**

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les 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.

Si les objectifs ne sont pas atteints, le gestionnaire devra apporter les explications nécessaires à ces manquements et proposer un nouveau calendrier de mise en œuvre, excepté dans le cas où d'un commun accord entre les parties signataires, l'objectif n'a plus de raison d'être. Dans ce cas, un avenant sera joint au contrat.

Le gestionnaire transmettra un bilan d'exécution du CPOM, six mois avant son échéance.

Article 6 – Le traitement des litiges :

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

Article 7 – La révision du contrat / Moyens coercitifs :

Pour certains objectifs assignés à la structure/l'OG, des moyens coercitifs sont prévus si ceux-ci ne sont pas atteints. Ces objectifs et les sanctions appliquées sont les suivants :

Les objectifs ci-dessous font l'objet de mesures coercitives :

	OBJECTIFS	MOYENS COERCITIFS
A		
B		
C		
D		

Ces dispositions sont également mentionnées dans l'annexe jointe au contrat.

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM.

Le contenu des objectifs du présent contrat pourra être révisé ou modifié par avenant, dans les cas suivants :

- Modification législative et réglementaire substantielle ;
- Après révision du projet régional de santé n°2 ;
- Du fait de modifications substantielles de l'environnement de la structure ;
- Au regard de l'intégration de nouvelles structures dans le champ du CPOM ;
- Dans le cadre du dialogue de gestion ;
- En cas de force majeure entraînant une modification substantielle de la qualité et de la sécurité de la prise en charge ;
- Lorsque les objectifs ne sont pas atteints
- Lorsqu'un besoin émerge d'un nouvel objectif

Article 8 – La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM :

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

-
-
-
-

Article 9 – La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans :

Cet article indique la date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM et, le cas échéant met fin au(x) conventions ou contrats précédents.

En ce qui concerne la durée du CPOM, un avenant peut être conclu pour proroger d'une année au maximum le CPOM avec l'accord des trois parties signataires du présent CPOM.

TITRE 3 : la liste des annexes au CPOM

Des annexes peuvent être jointes au contrat et peuvent être opposables aux parties signataires comme le corps du contrat :

Annexe 1 : La synthèse du diagnostic partagé

Le diagnostic partagé permet d'apprécier la situation du gestionnaire, des établissements et services, parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Il sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM.

Cette synthèse doit aussi permettre d'apprécier la conformité des établissements et services du CPOM aux normes en vigueur et notamment celles relatives aux établissements recevant du public (type U ou J). Elle s'appuie notamment sur le dernier procès-verbal de la commission de sécurité et d'accessibilité, **obligatoirement transmis**.

Annexe 2 : La réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

Annexe 3 : Objectifs fixés dans le cadre du CPOM

Cette annexe, déclinée sous forme de tableaux par objectif ou par établissements et services, précise pour chaque objectif fixé dans le CPOM les actions à mettre en œuvre, l'échéancier envisagé, les indicateurs éventuellement choisis de suivi et de résultat et, le cas échéant, les moyens spécifiques dédiés à chaque objectif (lorsqu'il s'agit par exemple de moyens relevant d'une dotation complémentaire au forfait).

Annexe 4 : La revue annuelle des objectifs du CPOM transmis avec l'EPRD

Cette annexe a vocation de permettre annuellement d'apprécier l'atteinte des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre par objectifs, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier l'atteinte de l'objectif.

Annexe 5 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (en fonction de l'établissement)

Annexe 6 : une annexe traitant du siège social ainsi que l'arrêté fixant les frais de siège. (En fonction de l'établissement)

Annexe 7: les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat. (En fonction de l'établissement)

Annexe 8 : socle de prestations relatives à l'hébergement délivrées par les EHPAD : Prestations d'administration générale ; Prestation d'accueil hôtelier ; Prestation de restauration ; Prestation de blanchissage ; Prestation d'animation de la vie sociale

Annexe 9: Fournir le Plan Pluriannuel d'Investissement si validé (PPI).

Annexe 10: Tableau recensant les résidents accueillis dans l'EHPAD «.. » au 31/10/N (pour les CD qui le souhaitent)

Pour l'Agence Régionale de
Santé de Provence-Alpes
Côte d'Azur,

Le directeur général et par
délégation

Pour le Département
Des,

Le(a) Président(e)

Pour les établissements,

Le gestionnaire