

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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

NOR : AFSA1619718A

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales, le ministre de l'intérieur et la secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie,

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

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2 et L. 314-2 ;

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

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° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 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, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits 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° 2016-1815 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° 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 ;

Vu l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 21 juillet 2016 ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 7 juillet 2016 ;

Vu l'avis du Comité national des retraités et personnes âgées en date du 7 juillet 2016 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 10 janvier 2017 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 4 janvier 2017,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – A compter du 1^{er} janvier 2017, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus en application du IV *ter* A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles sont progressivement substitués aux conventions pluriannuelles conclues en application du I de l'article L. 313-12 du même code dans sa version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dites « conventions tripartites » dans la suite du présent texte.

Le directeur général de l'agence régionale de santé et les présidents des conseils départementaux programment sur cinq ans, à compter du 1^{er} janvier 2017, la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Cette programmation fait l'objet d'un arrêté qui doit être publié avant le 31 décembre de l'année N-1. Elle peut être ajustée chaque année.

La programmation prend en compte les dates d'échéance des conventions tripartites, pour faire en sorte, dans la mesure du possible, que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prenne immédiatement la suite de la convention tripartite échue. Lorsque des contraintes de programmation ne le permettent pas, un avenant à la convention tripartite est conclu afin de prolonger ses effets pour une durée maximale d'un an.

Il est loisible aux parties signataires du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'anticiper l'échéance de la convention tripartite au bénéfice de la signature de ce contrat. Lorsqu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est substitué à plusieurs conventions tripartites dont les dates d'échéance sont différentes, les autorités chargées de la programmation recherchent la date la plus adéquate pour cette substitution. En tout état de cause, la date choisie ne peut entraîner une durée de prolongation des conventions tripartites échues supérieure à celle mentionnée au troisième alinéa du présent article.

Lorsque les parties signataires sont liées par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé sur la base de l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles, et que le contrat couvre l'ensemble des établissements et services du gestionnaire concernés par les obligations de contractualisation de l'article L. 313-12 du même code dans sa rédaction issue de la loi susmentionnée, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens continue de produire ses effets jusqu'à son terme initialement fixé.

Art. 2. – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour une durée de cinq ans. Au plus tard six mois avant l'échéance du contrat, si aucune des parties n'a manifesté le souhait de proroger le contrat en vigueur, les parties signataires entament une négociation en vue d'un nouveau contrat.

Dans les conditions prévues aux articles R. 314-169, R. 314-169-2 et R. 314-169-4 du code de l'action sociale et des familles, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement ainsi que l'évaluation de leurs besoins en soins requis sont réalisées, de façon simultanée, avant la conclusion du CPOM ainsi qu'au cours de la troisième année du même contrat. Ces évaluations doivent être validées au plus tard le 30 juin de l'année n-1 pour être prises en compte.

La durée initiale de cinq ans du contrat peut être prorogée pour une durée maximale d'un an, au cours de laquelle le contrat continue de produire ses effets, dans les conditions de formalités allégées décrites ci-après. Au plus tard six mois avant l'échéance prévue au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, une partie signataire souhaitant la prorogation simple du contrat le notifie aux autres parties signataires par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen permettant d'attester de la remise du document aux destinataires. Celles-ci ont un mois pour signaler leur accord ou leur désaccord par les mêmes moyens. A défaut de réponse dans ce délai, l'accord est réputé acquis. En cas de désaccord sur la prorogation entre les parties à l'issue de la période d'un mois, une négociation en vue de la conclusion d'un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est ouverte sans délai.

A l'échéance de la prorogation d'un an lorsque celle-ci a été convenue entre les parties, un avenant prolongeant d'un an le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut être conclu entre les parties. Cet avenant n'est pas renouvelable.

Art. 3. – Le cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et son modèle de contrat prévus au IV *ter* A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles figurent en annexe du présent arrêté.

Dans le respect du cahier des charges annexé au présent arrêté, le modèle de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut faire l'objet d'une adaptation par les parties signataires pour prendre en compte les enjeux spécifiques aux territoires d'implantation des établissements et services couverts par le contrat.

Art. 4. – L'article 1 de l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est rédigé comme suit :

« Le cahier des charges prévu à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles dans sa version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement figure en annexe du présent arrêté et s'applique aux établissements de soins de longue durée ».

L'article ADDENDUM de l'arrêté précité est abrogé.

Art. 5. – Le directeur général de la cohésion sociale, le directeur général des collectivités locales et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 3 mars 2017.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur général
de la cohésion sociale,*

J.-P. VINQUANT

*Le ministre de l'économie
et des finances,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :

*L'adjoint au directeur
de la sécurité sociale,*

J. BOSREDON

*Le ministre de l'aménagement du territoire,
de la ruralité et des collectivités territoriales,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur général
des collectivités locales,*

B. DELSOL

Le ministre de l'intérieur,

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur général
des collectivités locales,*

B. DELSOL

*La secrétaire d'Etat
chargée des personnes âgées
et de l'autonomie,*

Pour la secrétaire d'Etat et par délégation :

*Le directeur général
de la cohésion sociale,*

J.-P. VINQUANT

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES ET MODÈLE DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Préambule

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement donne un nouvel élan à la contractualisation en substituant à la convention pluriannuelle dite tripartite qui prévalait jusqu'alors pour chaque établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à la convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), objet du présent cahier des charges.

Conclu pour une durée de cinq ans, le CPOM couvre l'ensemble des EHPAD d'un même gestionnaire relevant d'un même ressort départemental ou régional avec l'accord des parties au contrat, à la différence des conventions tripartites pluriannuelles qui étaient signées par établissement. De plus, en cas d'accord des parties, le CPOM peut être étendu à d'autres catégories d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant du gestionnaire signataire du CPOM et du même ressort territorial. L'assise du CPOM est départementale, mais en cas d'accord entre les différents acteurs, elle pourra ainsi être étendue à plusieurs départements d'une même région.

Ce CPOM rénové, support du dialogue entre les acteurs, doit permettre de mieux répondre aux enjeux d'accompagnement des usagers en introduisant une logique décloisonnée d'activités multiples et complémentaires, de parcours et de partenariats renforcés, qui sont les conditions de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'un accès à la santé et à l'autonomie facilité. Le CPOM est un outil à la disposition tant du gestionnaire que des autorités de tarification pour structurer l'offre médico-sociale sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins identifiés et prioritaires dans le cadre des différents schémas élaborés.

Le CPOM est en outre source de simplification administrative, pour l'aide sociale départementale, dans la mesure où il devient le document unique de contractualisation pour le gestionnaire d'un ou plusieurs établissements. Le CPOM est enfin un levier de performance pour les établissements et services médico-sociaux. Ainsi, le CPOM est un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du projet régional de santé (PRS) et des schémas régionaux et départementaux, d'amélioration continue de la qualité en référence aux recommandations de bonnes pratiques édictées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et par la Haute Autorité de santé (HAS), ainsi que le vecteur de promotion des démarches accomplies en matière d'efficacité des organisations. Le CPOM s'appuie sur les projets stratégiques des organismes gestionnaires, dans la limite des objectifs et priorités des différents schémas.

Les parties signataires doivent préalablement réaliser un diagnostic objectif et documenté de la situation des établissements et services couverts par le contrat. Il s'appuiera notamment sur les résultats des évaluations externes. Ces derniers ont identifié les points forts et axes d'amélioration des EHPAD en particulier pour ce qui concerne l'organisation de la qualité de la prise en charge et l'adaptation de l'offre aux besoins des résidents, l'ouverture de l'EHPAD dans son environnement, la personnalisation de l'accompagnement, l'expression et la participation individuelle et collective des résidents, la garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques. Les objectifs à établir pour la durée du contrat relèvent de deux catégories :

- des objectifs déclinant des thématiques devant obligatoirement être traitées dans les contrats en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, notamment, en ce qui concerne les EHPAD, les soins palliatifs et l'hospitalisation à domicile ;
- des objectifs relatifs aux enjeux propres aux signataires. Ces objectifs peuvent par exemple concerner les enjeux de niveau d'activité, d'organisation interne et de qualité de la prise en charge et de l'accompagnement

des personnes, ou encore l'insertion des établissements et services dans l'offre de santé sur le territoire (partenariats entre établissements, mutualisations, et coopérations). Les CPOM permettent également de fixer des objectifs en termes de transformation de l'offre de prestations des établissements et d'amélioration de l'efficacité de la dépense.

La conclusion progressive de CPOM pour l'ensemble des EHPAD s'accompagne d'une réforme importante de l'allocation de ressources, fondée sur les principes de confiance mutuelle entre autorités de tarification et gestionnaires et de respect de l'autonomie des gestionnaires, dans le cadre des objectifs fixés par le CPOM.

Ainsi, une tarification forfaitaire « à la ressource », calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD, est substituée au dialogue budgétaire contradictoire annuel, s'agissant du forfait global de soins et du forfait global de la dépendance. Les parties signataires s'accordent dans le cadre du CPOM sur les financements complémentaires prévisionnels à cette tarification de base et à leurs modalités d'évolution pendant la durée du contrat. Le décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits 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 précise les nouvelles modalités d'allocations de ressources. Les parties signataires fixent également les règles convenues en matière d'affectation et de gestion des résultats, déficitaires comme excédentaires, la liberté de choix du gestionnaire étant la règle sous réserve du respect des engagements pris dans le CPOM et des équilibres budgétaires.

La mise en œuvre de cette réforme de la tarification, couplée à la refonte du cadre contractuel, a vocation à répondre aux enjeux de la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie en allouant le juste niveau de ressources au regard des caractéristiques des personnes hébergées et accompagnées.

Enfin, le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD précise le socle minimal de prestations que les EHPAD doivent obligatoirement proposer à leurs résidents. Elles sont réparties en cinq catégories : administration générale, accueil hôtelier, restauration, blanchissage, et animation de la vie sociale. Les tarifs et prix d'hébergement de chaque établissement doivent inclure à minima ce socle de prestations.

*
* *

Un modèle de contrat est joint en annexe. Il se compose d'un corps contractuel resserré permettant de faciliter sa conclusion et d'annexes dont certaines seront facultatives selon le périmètre du contrat.

MODÈLE

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Entre,

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

Le conseil départemental..., représenté par ., président (e) ou le cas échéant la métropole représenté par le (la) président (e) ;

L'agence régionale de santé, représentée par....., directeur (trice) général (e) ;

Et d'autre part,

Le cas échéant, les autres autorités publiques signataires du CPOM (autres administrations ...)

Et enfin,

La personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV *ter* A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

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 et notamment le IV de l'article L. 5217-2, le cas échéant] ;

Vu le ou les schémas de référence en fonction du périmètre du CPOM [*mentionner ici le projet régional de santé ainsi que le ou les schéma (s) régional de planification sociale ou médico-sociale mais aussi le (s) schéma (s) des conseils départementaux*] arrêté (s) en date du XX/XX/XXXX, (selon le périmètre du CPOM et les publics couverts : *schéma régional d'organisation médico-sociale, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps, schémas départementaux...*) ;

Vu l'arrêté du XX/XX/XXXX de programmation de l'ARS de..... et du conseil départemental du ;

Le cas échéant : Vu la délibération du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire ou du conseil de surveillance de l'établissement public XXX en date du XX/XX/XXXX ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule : [rédaction facultative par les autorités chargées de l'autorisation signataires du contrat pour rappeler le contexte et les enjeux territoriaux, et la méthode de contractualisation retenue au plan local.]

TITRE 1^{er}

L'OBJET DU CONTRAT

Article 1^{er}*L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat*

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

Présentation du gestionnaire

Doivent être obligatoirement indiqués :

- Le numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS ;
- Le statut juridique de l'entité gestionnaire ;
- Les modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire ;
- Les différentes activités de l'entité juridique gestionnaire ;
- Un organigramme de l'entité gestionnaire ;
- Le cas échéant, l'organisation du siège ;
- Désignation le cas échéant de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune ;
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat.

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

Doivent être obligatoirement indiqués :

- Les autorisation (s) d'activité liée (s) au contrat ;
- Les 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 ;
- Le référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ces établissements et services.

Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)

Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation doit être précisée dans cet article pour chacun des établissements. Le cas échéant, une annexe dédiée précise les conditions de cette habilitation et en particulier les modalités de versement de la participation financière départementale aux établissements pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Un renvoi au règlement départemental d'aide sociale peut également être prévu à cet article.

Partenariat (s) existant (s) et formalisé (s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services

Y indiquer, par exemple, l'adhésion à un groupement de coopération sociale et médico-sociale, la convention conclue avec un groupement hospitalier de territoire, etc.

Article 2

*L'articulation avec les autres CPOM
signés par le gestionnaire*

Dans le cas où le gestionnaire est signataire de plusieurs CPOM, deux options alternatives sont ouvertes aux parties signataires, qui indiquent celle retenue à cet article.

- **Solution 1 : Il est décidé de conserver les CPOM distincts.** Chaque CPOM poursuit ses effets juridiques indépendamment des autres CPOM de l'organisme gestionnaire. Une articulation entre les différents CPOM doit toutefois être opérée afin de permettre à l'autorité de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire.
- **Solution 2 : Il est décidé de fusionner les CPOM.** Le présent contrat permet au gestionnaire de regrouper en un document unique tout ou partie des obligations contractuelles auxquelles il est soumis. Le CPOM unique se substitue aux CPOM préexistants, qu'il intègre sous forme de socle commun et de volets additionnels. Dans ce cas, l'ensemble des établissements et services du CPOM relève d'un même état des prévisions de recettes et de dépenses. Les clauses du CPOM s'appliquent de manière concomitante à l'intégralité des établissements et services et prennent fin dans les mêmes conditions.

De plus, lorsqu'un ou plusieurs établissements ou services couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique (« CPOM sanitaire »), ceci est mentionné dans le présent contrat et les parties

signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est ajouté en annexe du présent contrat les éléments du CPOM sanitaire susceptibles d'éclairer la situation des établissements ou services signataires du présent contrat.

Article 3

Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat. Ces objectifs doivent être en nombre limité afin de permettre aux gestionnaires d'y répondre pleinement. De même, le suivi de ces objectifs s'appuie sur des indicateurs dont le nombre est restreint. Il est proposé ici, la liste minimale des thématiques devant être traitées dans le cadre du diagnostic partagé à partir desquelles sont définis les objectifs du CPOM :

- L'expression et la participation individuelle et collective des résidents. La capacité de l'établissement à prendre en compte dans son projet d'établissement 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 code de l'action sociale et des familles.
- 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 prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social... 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 résidents ; 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.

Le nombre et la nature des objectifs doivent être conformes à une évaluation réaliste de la capacité du 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 doivent être formulés avec précision en fonction d'une situation initiale décrite avec exactitude dans le diagnostic partagé. Dans la mesure du possible, les objectifs finaux doivent être assortis d'objectifs intermédiaires examinés à l'occasion du dialogue de gestion se tenant à mi-parcours du CPOM. Les objectifs peuvent être accompagnés d'indicateurs permettant de vérifier la réalisation des objectifs. La méthode de calcul des indicateurs retenue doit être expliquée dans le contrat ; la valeur de départ et la valeur-cible doivent être précisées dans le contrat. Il convient de limiter le nombre d'indicateurs à suivre et de s'appuyer sur les indicateurs existants, comme ceux du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux (qui seront généralisés à compter de 2018), les indicateurs produits par l'ANESM dans le cadre de son enquête bientraitance et tout indicateur construit localement.

Les objectifs sont énoncés de façon synthétique au présent article du contrat et détaillés dans des fiches dédiées annexées au CPOM.

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. Les moyens déterminés doivent être proportionnés aux objectifs fixés.

Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

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

Pour les EHPAD :

Le forfait global de soins

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement couvert par le contrat en début de contrat (PMP). Le GIR moyen pondéré ;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier). ;

- *Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).*
- *Les modalités de tarification des petites unités de vie (PUV) sont précisées conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du code de l'action sociale et des familles.*

Le forfait global relatif à la dépendance

- *Le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées, calculé conformément au 1° de l'article R. 314-172 du code de l'action sociale et des familles ;*
- *Les financements complémentaires.*

La tarification de l'hébergement

Le taux directeur fait l'objet d'une délibération par le Conseil départemental ou la métropole. Les modalités de versement de l'aide sociale départementale peuvent être précisées dans ce paragraphe si des compléments sont à apporter par rapport au règlement départemental d'aide sociale.

Le cas échéant, pour les autres établissements et services médico-sociaux du CPOM :

Indiquer ici notamment le montant des dotations globalisées communes et les autres financements éventuels.

4.2. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. La libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD.

4.3. Les frais de siège

Dans la mesure du possible, l'entrée en vigueur et la durée de l'autorisation de frais de siège sont identiques à celles du présent contrat. L'arrêté portant autorisation des frais de siège est joint en annexe au présent contrat.

TITRE 2

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 5

Le suivi et l'évaluation du contrat

Cet article doit comprendre une description précise des modalités retenues par les parties pour le suivi de l'exécution du contrat : composition du comité de suivi, documents transmis en cours de contrat, modalités de réunion du comité.

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 / métropole ;*
- *agence régionale de santé ;*
- *organisme gestionnaire ;*
- *Le cas échéant, autres partenaires.*

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 (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

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 au cours du contrat :

- *au cours de la 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 le 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 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.*

Option : 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.

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.

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

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. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

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.

TITRE 3

LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

1. Les annexes suivantes sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM.

La synthèse du diagnostic partagé

Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels...) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle 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 relatifs 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.

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.

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe devra être actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Pour

ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

Le plan global de financement pluriannuel (PGEFP)

2. L'annexe suivante est obligatoire pour ceux des établissements concernés. Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

3. Sont obligatoirement annexés au contrat des documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services. Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM.

L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

Le cas échéant, une annexe traitant du siège social ainsi que l'arrêté fixant les frais de siège.

Le cas échéant, 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.