

**C**ontrat **P**luriannuel d’**O**bjectifs et de **M**oyens

20xx-20xx

Nom du gestionnaire :

Nom de(s) établissements(s) et services :



**SECTEURS**

**PERSONNES ÂGÉES**

**&**

**PERSONNES HANDICAPÉES**

Table des matières

[PREAMBULE 2](#_Toc69303796)

[TITRE 1- OBJET DU CONTRAT 4](#_Toc69303797)

[Article 1 – Identification de l’OG/ESMS entrant dans le périmètre du CPOM 4](#_Toc69303798)

[Article 2 – Diagnostic partagé 4](#_Toc69303799)

[Article 3 – Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé 5](#_Toc69303800)

[Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM 5](#_Toc69303801)

[Article 5 – Procédure budgétaire (EPRD/ERRD) 13](#_Toc69303802)

[Article 6 – Investissements 14](#_Toc69303803)

[TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT 16](#_Toc69303804)

[Article 1 – Le suivi de l’évaluation du contrat 16](#_Toc69303805)

[Article 2 – Le traitement des litiges : 17](#_Toc69303806)

[Article 3 – La révision du contrat 17](#_Toc69303807)

[Article 4 – Date d’entrée en vigueur et durée du CPOM 17](#_Toc69303808)

[TITRE 3- LISTE DES ANNEXES AU CPOM 18](#_Toc69303809)

[Annexe 1 : Fiche d’identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat 19](#_Toc69303810)

[Annexe 2 : Diagnostic partagé 19](#_Toc69303811)

[Annexe 3 : Synthèse et objectifs 19](#_Toc69303812)

[Annexe 4 : Fiche actions 19](#_Toc69303813)

[Annexe 5 : Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d’Investissement (PPI) 19](#_Toc69303814)

[Annexe 6 : Plan de Retour à l’Equilibre 19](#_Toc69303815)

[Annexe 7 : Convention d’habilitation à l’aide sociale territoriale 19](#_Toc69303816)

[Annexe 8 : Arrêté portant autorisation des frais de siège OG 19](#_Toc69303817)

[Annexe 9 : Eléments de contrats ou convention liant le gestionnaire à d’autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM 19](#_Toc69303818)

**CONTRAT PLURIANNUEL D’OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)**

Le présent Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens est conclu entre :

* **D’une part,** les autorités suivantes ayant délivrées le(s) autorisation(s) d’activités couvertes par le CPOM :
* L’Agence Régionale de Santé de la région Corse, représentée par Marie-Hélène LECENNE Directrice générale ;
* La Collectivité de Corse, représentée par Monsieur Gilles SIMEONI, Président du Conseil Exécutif de Corse.

* **D’autre part** **XXXX** représenté par **XXX**

**VISAS ET RÉFÉRENCES** **JURIDIQUES ET RÉGLEMENTAIRES**

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 (CASF) et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 et L.314-2 ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le décret n ° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification au forfait global de soins, au forfait dépendance et aux forfaits journaliers des EHPAD relevant du I et du II de l’article L 313-12 du CASF ;

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 CASF ;

Vu le Projet Régional de Santé 2018-2023 de l’ARS de Corse et notamment le Schéma Régional de Santé ;

Vu l’arrêté conjoint ARS/CE 2019/n°225 du 11 juin 2019 relatif au calendrier prévisionnel 2017-2021 de la signature des Contrats Pluriannuels d’Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence conjointe de l’ARS de Corse et de la Collectivité de Corse ;

Vu la délibération n° 18/281 AC de l'Assemblée de Corse prenant acte « di u prughjettu d'azzione sociale 2018-2021 » constitutif de la feuille de route relative aux compétences de la collectivité de Corse en matière d'affaires sociales pour la période 2018-2021 ;

Vu la délibération en date du **XXX** du Conseil d’administration de XXX relative au contrat d’objectifs et de moyens entre XX et l’ARS de Corse, pour la période **XXXX**

Vu l’arrêté d’autorisation ou de renouvellement **de l’établissement XXX**

**Il a été convenu ce qui suit :**

# PREAMBULE

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l’adaptation de la société au vieillissement substitue un Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens (CPOM) à la convention tripartite signée par chaque EHPAD avec l’Agence Régionale de Santé et la Collectivité de Corse et à la convention d’habilitation à l’aide sociale départementale.

La loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit que les SSIAD intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, signent un CPOM sur la période de 2016 à 2021.

Parallèlement, en application de l’article 75 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et relevant de la compétence tarifaire du directeur de l’Agence Régionale de Santé, que celle-ci soit exclusive ou conjointe avec le président du Conseil exécutif de Corse (excepté les UEROS), font eux-aussi désormais l’objet d’un Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens (CPOM).

Il s’agit d’un support de dialogue entre les parties prenantes et sa conclusion entraîne une plus grande responsabilité du gestionnaire dans l’utilisation de ses ressources par le passage à un financement en dotation globale. Les parties au contrat conviennent d’établir leurs relations dans le cadre d’une démarche conjointe de transparence et d’engagements réciproques.

Le CPOM constitue de plus un outil d’amélioration continue de la qualité en référence aux recommandations de bonnes pratiques édictées par l’ANESM et la HAS et conformément aux principes élémentaires de la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l’article L 311-4 du code de l’action sociale et des familles, garantissant à toute personne âgée ou handicapée les meilleures conditions de vie, d’accompagnement et de soins.

Dans ce droit fil, le CPOM doit permettre de mieux répondre aux enjeux d’accompagnement des usagers en introduisant une approche sur le parcours de la personne et une logique de partenariats renforcés. Il constitue un outil favorisant la structuration de l’offre médico-sociale sur le territoire, afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées ou handicapées.

Les enjeux actuels de l’accompagnement des personnes en situation de handicap concernent en effet en priorité la fluidité du parcours de l’usager, la promotion d’une société plus inclusive et la qualité de l’accompagnement ce qui nécessite l’inscription dans des partenariats renforcés. L’adoption de la logique de parcours a été préfigurée par le rapport Piveteau et la mission Desaulle et s’articule désormais avec la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT). Le CPOM doit permettre de mieux répondre à ces enjeux et offre également l’occasion d’entamer la réflexion pour une approche de l’offre et de l’accompagnement en termes de besoins et de prestations selon les nomenclatures Serafin-PH. Le CPOM favorise ainsi la recomposition et l’adaptation de l’offre médico-sociale sur le territoire et une meilleure visibilité de celle-ci afin de mieux répondre aux enjeux d’adéquation entre offre et réponse aux besoins des personnes en situation de handicap. Il est un outil de promotion de la qualité de service de l’usager s’appuyant sur l’innovation et la prévention.

Par ailleurs, 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 rappelle que les EHPAD fournissent à chaque résident, à minima, le socle de prestations d’hébergement prévu aux articles D.312-159-2 et D.342-3, proposent et dispensent les soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention de la perte d’autonomie et d’éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée. Ils mettent en place avec la personne accueillie un projet d’accompagnement personnalisé adapté aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l’exercice des droits des personnes accueillies.

Enfin, le CPOM est également un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du PRS et des schémas départementaux. Il s’appuie sur les projets stratégiques des organismes gestionnaires, dans la limite des objectifs et priorités des différents schémas.

La procédure de l’État des Prévisions de Recettes et de Dépenses dont relève l’organisme gestionnaire l’année suivant la signature du CPOM implique la mise en œuvre d’une gestion financière et budgétaire équilibrée sur toute la durée du CPOM dans un objectif d’équité entre les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

# TITRE 1- OBJET DU CONTRAT

## **Article 1 – Identification de l’OG/ESMS entrant dans le périmètre du CPOM**

**1.1 Caractéristiques de l’OG/ESMS**

Le gestionnaire présente les caractéristiques de son organisme figurant en **annexe 1a**.

Le contrat couvre le ou les ESMS dont les caractéristiques sont détaillées en **annexe 1b**.

**1.2 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 ESMS 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

Lorsqu’un ou plusieurs établissements ou services couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d’un « CPOM Sanitaire » (article L6114-1 du code de la santé publique), 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 9** du présent contrat les éléments du CPOM sanitaire susceptibles d’éclairer la situation des établissements ou services signataires du présent contrat.

Le CPOM Médico-social est annexé au CPOM sanitaire et négocié dans le cadre des délais fixés par le code de la santé publique.

## **Article 2 – Diagnostic partagé**

Dans le respect des dispositions législatives et règlementaires en vigueur, les parties conviennent d’établir leurs relations dans le cadre d’une démarche volontaire et conjointe de transparence et d’engagement réciproque 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.

Pour définir le cadre des engagements techniques et financiers entre les parties, un diagnostic préalable de la situation financière, budgétaire et des modalités d’organisation et de fonctionnement des ESMS est réalisé.

Le diagnostic partagé (**annexe 2a** pour l’OG/ **annexe 2b** pour l’ESMS) s’appuie sur :

* Le diagnostic internede l’OG/ESMS qui analyse ses points forts et ses points de progrès sur ces grandes dimensions (efficience économique, RH, qualité, accompagnement de l’usager, prévention et maitrise des risques, coopérations/mutualisations).

Il repose notamment sur les éléments suivants :

* Les indicateurs (ceux du gestionnaire, tableaux de bord ANAP) ;
* Les évaluations internes et externes ;
* Le cas échéant, les indicateurs territoriaux ;
* Les enquêtes internes.
* Le diagnostic externevise à analyser les éléments externes pouvant avoir un impact sur le gestionnaire.

Il repose notamment sur les éléments suivants :

* + Le Schéma Régional de Santé (SRS) de Corse 2018-2023[[1]](#footnote-1) ;
  + Le Programme Interdépartemental d’Accompagnement des handicaps et de la perte d’autonomie (PRIAC) de Corse 2019-2023[[2]](#footnote-2) ;
  + La connaissance du tissu local par l’OG/ESMS.

Un diagnostic partagé est réalisé par l’OG et, le cas échéant, par chacun des établissements entrant dans le périmètre du CPOM. Il fait l’objet d’une synthèse partagée (**annexe 3**) entre les parties du contrat et permet d’identifier les objectifs fixés dans le cadre du CPOM.

Le diagnostic partagé est réalisé à l’aide de l’« Outil diagnostic commun secteurs PA & PH » (fichier Excel).

## **Article 3 – Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé**

Le CPOM fixe les objectifs concertés entre les différentes parties prenantes au contrat à l’issue de la réunion bi ou tripartite du diagnostic partagé.

Les objectifs du gestionnaire sont regroupés selon les priorités définies dans le PRS :

* Pour le secteur PH :
  + Adaptation des parcours
  + Maîtrise et prévention des risques
  + Efficience et innovation des organisations
  + Réponse aux besoins territoriaux
* Pour le secteur PA :
  + Qualité du service rendu et de l’accompagnement de l’usager
  + Maîtrise et prévention des risques
  + Renforcement de l’efficience de gestion et de gouvernance
  + Réponse aux besoins territoriaux

Les objectifs négociés du gestionnaire sont précisés en **annexe 3**.

Le gestionnaire s’engage à réaliser les objectifs présentés, conformément au calendrier de réalisation déterminé conjointement.

A l’issue de la réunion bi ou tripartite du diagnostic partagé, le gestionnaire décline chacun des objectifs négociés en fiches actions (**annexe 4**).

Pour aider au remplissage des fiches actions, le gestionnaire peut se référer aux fiches ressources consultables dans les guides méthodologiques d’élaboration du CPOM respectivement du secteur Personnes Handicapées et du secteur Personnes Âgées.

## **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.

**4.1- Détermination de la base budgétaire et de l’activité de référence des établissements et services parties au CPOM**

Le budget de référence des établissements et services inclus dans le périmètre du CPOM est déterminé au regard de la dernière notification attribuée et de l’activité moyenne des trois dernières années, sauf évènement exceptionnel, en cohérence avec les enveloppes régionale limitatives.

Les modalités de détermination des dotations des établissements et services couverts par le CPOM sont précisées à l’**annexe 2b**.

***4.1.1- Fixation, évolution et gestion de la Dotation Globalisée Commune (DGC)***

La tarification des établissements et services du secteur personnes handicapées entrant dans le champ du contrat se fera par une dotation globalisée commune (DGC), par douzième. Cette dotation inclut les frais de siège à reverser par les établissements si un Siège est régulièrement autorisé.

La décision de tarification sera notifiée chaque année par le directeur général de l’ARS de Corse, elle devra spécifier :

* Le montant de la DGC ;
* La quote-part de cette DGC pour chaque établissement sur proposition de l’association ;
* Le douzième de la DGC mensuelle ;
* Le prix de journée (tarif journalier) calculé de façon simplifiée pour permettre la compensation entre les régimes de sécurité sociale et la facturation des places sous amendement Creton.

Le gestionnaire pourra procéder par décisions modificatives à une nouvelle répartition de la DGC dans la limite de ce montant et des indicateurs réglementaires applicables aux établissements et services médico-sociaux.

Le gestionnaire pourra dans le cadre de la dotation globalisée procéder librement au cours de l’exercice et dans le respect des articles R314-45 et R314-46 du CASF à :

* Tous les virements de crédits au sein et entre groupes fonctionnels des établissements et services,
* Des décisions budgétaires modificatives concomitantes en dépenses et en recettes entre tous les établissements et services.

En conséquence, il appartient à l’Association XX / les ESMS XX de procéder, si besoin et pendant l’année, à toutes les réaffectations et redéploiements rendus possibles par la souplesse de gestion qu’offre la dotation globalisée dans la limite de son montant et dans le respect des enveloppes.

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

***4.1.2- Pour les EHPAD***

1. *Le forfait global soins :*

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. En outre la dotation soins évoluera conformément au terme de la réforme de la tarification engagée en 2017 (convergence tarifaire positive et négative) sur la base de la validation du GMPS selon la réglementation en vigueur.

En effet, le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 réforme le modèle de tarification des EHPAD et des petites unités de vie (PUV). Le nouveau modèle de tarification objective l’allocation de ressources par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l’état de dépendance des résidents (GMP) et de leurs besoins en soins (PMP).

La validation des GMP et PMP a impérativement lieu sur le 1er semestre de l’année pour une prise en compte dans le cadre de la campagne budgétaire N+1. Aucun GMP ni aucun PMP ne pourra être validé postérieurement au 30/6/N pour une prise en compte en N+1. Les médecins valideurs des autorités de tarification disposent d’un délai de 4 mois pour valider les évaluations GMP et PMP transmises par l’établissement. Au-delà de ce délai, la validation est acquise et produit des effets en termes de tarification.

En cas de contractualisation, la validation du GMP et du PMP est réglementaire avant, pendant (au cours de la 3ème année du CPOM) et à la conclusion ou au renouvellement du CPOM.

* Les modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire (section soins) :

La montée en charge de la réforme de la tarification des EHPAD est accélérée pour les financements relatifs aux soins, en application de l’article 64 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. La période transitoire de convergence tarifaire des forfaits soins, prévue à l’article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, est désormais fixée de 2017 à 2021.

Le rythme de convergence des forfaits soins est ainsi porté de 7 à 5 ans afin que l’ensemble des établissements atteigne leur niveau de ressources cible correspondant à l’application de l’équation tarifaire dite « GMPS » en 2021 au lieu de 2023.

1. *Le forfait global dépendance :*

La [loi d’adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&fastPos=2&fastReqId=2132023794&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte#LEGIARTI000033715329) a prévu de nouvelles modalités de fixation des tarifs soins et dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) fondées sur des équations tarifaires.

Conformément au décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016, la dépendance, est financée majoritairement par la Collectivité de Corse, en partie par les résidents, voire par les départements extérieurs lorsque les personnes âgées ont un domicile de secours qui n’est pas en Corse. Elle sert aux prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le forfait global relatif à la dépendance est égal à la somme des éléments suivants :

* Du résultat de l’équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d’autonomie des personnes hébergées par l’établissement prenant en compte la valeur du GMP validé et précisé au présent CPOM.
* Des financements complémentaires définis dans le contrat prévu au IV ter de l’article L.313-12 du CASF. A ce titre la réglementation n’a pas défini les financements complémentaires de la section dépendance et laisse chaque département les allouer aux établissements si nécessaire.

La part du forfait global relatif à la dépendance mentionnée au 1° de l’article R.314-172 du CASF est modulée en fonction de l’activité réalisée au regard de la capacité de places autorisées et financées d’hébergement permanent de l’établissement conformément aux dispositions de l’article R.314-174 du CASF, avec un objectif de taux d’occupation d’au moins 95 %. Toutefois, la CdC peut ne pas moduler le forfait dépendance si ce taux d’occupation n’est pas atteint et ceci en cas de circonstances exceptionnelles (travaux de restructuration, crise sanitaire…).

La validation des GMP et PMP par les médecins valideurs (ARS/CdC) a impérativement lieu sur le 1er semestre de l’année pour une prise en compte dans le cadre de la campagne budgétaire N+1. Seul le GMP sera pris en compte pour le forfait dépendance. Le forfait soins attribué par l’ARS prendra en compte à la fois le GMP et le PMP.

Le forfait global dépendance évoluera conformément au terme de la réforme de la tarification engagée en 2017 (convergence tarifaire positive et négative) sur la base de la validation du GMP précité. Le rythme de convergence entre 2017 et 2023 se fera selon une fraction fixée par le législateur (1/7e de la différence en 2017, 1/6e en 2018, 1/5e en 2019, ¼ en 2020, 1/3 en 2021, ½ en 2022 et le reste en 2023).

***4.1.3- Pour les SSIAD***

Conformément au décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016, la signature du présent CPOM entraîne la réalisation d’un État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) à compter de l’exercice suivant sa signature.

La dotation globale de soins couvre les activités de soins et les activités de coordination de l’infirmier coordonnateur conformément aux articles R. 314-105 et R. 314-138 du CASF.

Le financement est constitué de la dotation globale de soins versée annuellement au service de soins infirmiers à domicile et abondé chaque année du taux d’évolution retenu en fonction des orientations budgétaires arrêtées dans le rapport établi par l’ARS.

Les frais afférents aux soins à domicile dispensés par le SSIAD couvrent les dépenses relatives : aux actes effectués par les infirmiers libéraux, à la rémunération des salariés du service, aux frais de déplacement de ces personnels, aux fournitures et au petit matériel médical et aux autres frais généraux du service.

Sont exclus de cette dotation : les frais médicaux et pharmaceutiques, les changes, les interventions relevant d'aides à domicile ou d'auxiliaires de vie, les soins de kinésithérapie, les consultations médicales, le transfert ambulatoire, les radiologies et tous autres soins.

***4.1.4- Tarifs afférents à l’hébergement***

1. En établissement accueillant des personnes handicapées

Le Président du Conseil exécutif de Corse arrête les tarifs hébergement conformément aux articles R314-40, R314-42, R314-185 du CASF.

Ces modalités peuvent consister :

* Soit en l'application directe à l'établissement ou au service du taux directeur délibéré par la CdC,
* Soit en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation dans le contrat,
* Soit en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme.

Le financement sera alloué et versé selon l’une des deux modalités suivantes :

* En facturation mensuelle avec fixation d’un tarif hébergement annuel.
* En dotation globalisée, avec fixation d’un tarif hébergement pour les départements extérieurs et les usagers sans prise en charge. Ce financement pourra être modulé en fonction de l’activité réalisée au regard de la capacité de places autorisées de l’ESMS conformément aux dispositions de l’article R314-43-2 du code de l’action sociale et des familles, avec un objectif de taux d’occupation à fixer dans le CPOM (taux d’occupation, nombre de personnes accompagnées, nombre de prestations réalisées.)

Toutefois, la CdC peut ne pas moduler la dotation globalisée si ce taux d’occupation n’est pas atteint notamment en cas de circonstances exceptionnelles (travaux de restructuration, crise sanitaire…).

1. En EHPAD

Au terme des dispositions combinées des articles L.3221-9 du code général des collectivités territoriales et L. 313-11 et suivants du CASF, le Président du Conseil exécutif est habilité à conclure la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux dans le cadre des CPOM.

Les CPOM fixent les éléments pluriannuels relatifs au tarif hébergement, la détermination annuelle du prix de journée pour les places habilitées à l’aide sociale territoriale n’étant plus soumise à la procédure contradictoire (plus de budget à déposer au 31 octobre de l’année n-1).

En application des articles R.314-40, R.314-42, R.314-185 du CASF, le prix de journée de l’année N et des années suivantes du CPOM sera calculé dans la limite du taux d’évolution retenu par délibération, l’assemblée de Corse, fixant l’objectif annuel d’évolution des dépenses des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Ce prix de journée et son évolution seront néanmoins variables d’un établissement à l’autre afin de tenir compte des situations particulières et des objectifs, il intègrera les principes retenus suivants :

* Principes de maintien du tarif hébergement pour ceux ayant un prix de journée hébergement supérieur ou égal à 80 € TTC et financement des dépenses liées à l’évolution du coût de la vie par redéploiement.
* Application du taux directeur avec possibilité de modulation positive pour les EHPAD ayant un déficit, des indicateurs de coûts et un tarif hébergement inférieurs aux moyennes territoriales.
* Application d’un taux d’évolution compris entre 0 et le taux directeur pour les EHPAD ayant un excédent et/ou des indicateurs de coûts et/ou un tarif hébergement supérieurs aux moyennes territoriales.

En cas de projet architectural, l’impact sur le tarif sera arrêté par la Collectivité de Corse, dans un souci de limitation du surcoût sur le prix de journée et sur la base d’un plan pluriannuel d’investissement.

* Les situations particulières et/ou extrêmes pourraient faire l’objet d’une stratégie spécifique

Traitement des résultats comptables antérieurs à la signature des CPOM en EHPAD :

Conformément à la réglementation liée aux CPOM, les résultats comptables, qu’ils soient déficitaires ou excédentaires, ne seront plus repris en hausse ou en baisse du tarif hébergement. En ce sens, les gestionnaires ne pourront plus solliciter une hausse du tarif hébergement en cas de déficit. Cela renforce la nécessité pour les établissements de contenir leurs dépenses et de les limiter aux produits notifiés.

En cas d’excédent significatif en hébergement (poste vacant, excédent structurel...), la CdC se réservera le droit de ne pas appliquer d’augmentation sur le prix de journée, voire de le baisser.

Le diagnostic réalisé avant les CPOM, pour chaque EHPAD, permettra de prioriser et de valider les actions. Celui-ci prendra en compte en plus des indicateurs mentionnés, les éléments qualitatifs (rapport d’évaluation externe, indicateurs ANAP, rapports d’inspection…)  et les orientations stratégiques de la CdC et de l’ARS.

La gestion des résultats constatés avant la signature des CPOM doit être intégrée à chaque CPOM et donner lieu à une règle homogène et identique pour l’ensemble des EHPAD.

EHPAD habilités pour moins de 50 % à l’aide sociale :

Au moment de la signature des CPOM, les résultats hébergement de ces établissements ne faisant pas l’objet d’une reprise systématique au vu de la réglementation actuelle, aucune mesure généralisée ne sera prévue dans le cadre des CPOM pour résorber leurs déficits ou reprendre leurs excédents antérieurs.

Selon les situations, dès lors qu’un déficit cumulé significatif sera constaté, la Collectivité de Corse, en lien avec le gestionnaire de l’EHPAD et l’ARS, pourra proposer une stratégie de résorption des déficits, en mobilisant par ordre de priorité et de façon cumulée, le cas échéant, les leviers suivants :

* Une fongibilité des réserves de compensation et des reports à nouveau non affectés toutes sections confondues, dont les reports à nouveau excédentaires de l’activité non habilitée constatés au bilan financier de l’EHPAD (donc sur la base de l’activité totale, au-delà de la seule activité aide sociale).
* Par une mutualisation des résultats et des réserves de différents ESSMS gérés par le même organisme gestionnaire, tant sur le secteur du handicap que de la dépendance, avec l’obligation de passer les écritures comptables correspondantes.
* Par des économies à dégager pour les EHPAD ayant un tarif hébergement supérieur à la moyenne territoriale observée et au vu des indicateurs des coûts immobiliers, encadrement et cadre de vie.
* Par le rebasage des forfaits dépendance et soins prévu par la réglementation
* Par un étalement de la reprise du déficit en hausse du prix de journée, en priorité, pour les EHPAD ayant un tarif hébergement inférieur à la moyenne territoriale observée et au vu des indicateurs de coût immobilier, encadrement et cadre de vie.

EHPAD habilités en totalité ou pour plus de 50 % à l’aide sociale :

A ce jour, la CdC affectait les résultats hébergement de ces établissements et pouvait les reprendre en totalité ou en partie :

* En stabilité du tarif hébergement en cas d’excédent
* En hausse du tarif hébergement en cas de déficit

Les résultats excédentaires en attente d’affectation seront affectés à la signature du CPOM.

Pour les établissements ayant des déficits cumulés, le CPOM indiquera les modalités d’apurement en utilisant les leviers suivants :

* La résorption des déficits, en première intention, par une fongibilité des réserves de compensation et des reports à nouveau non affectés toutes sections confondues (celles-ci devenant fongibles avec les CPOM comme le précisent l’article R 314-234 du CASF et l’instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017).
* Le rebasage des forfaits dépendance et soins prévu par la réglementation.
* Des économies à dégager pour les EHPAD ayant un tarif hébergement supérieur à la moyenne territoriale observée et au vu des indicateurs des coûts immobiliers, encadrement et cadre de vie.
* Une mutualisation des résultats et des réserves de différents ESSMS gérés par le même organisme gestionnaire, tant sur le secteur du handicap que de la dépendance, avec l’obligation de passer les écritures comptables correspondantes.
* Un étalement de la reprise du déficit en hausse du prix de journée, en priorité, pour les EHPAD ayant un tarif hébergement inférieur à la moyenne territoriale observée et au vu des indicateurs de coût immobilier, encadrement et cadre de vie.

Les modalités complémentaires :

Dans le cas d’une reprise de déficit en hausse du prix de journée, celui-ci pourra être étalé sur plusieurs années et sur une durée supérieure à celle du CPOM (5 ans). A la fin de la reprise du déficit, la CdC se réservera le droit de baisser le tarif hébergement ou de geler l’augmentation du tarif sur plusieurs années.

Pour les gestionnaires multi-établissements, le CPOM pourra prévoir conformément à l’article R 314-235 du CASF de mutualiser les résultats :

* Par exemple, un déficit d’un EHPAD pourra être compensé par un excédent d’un autre EHPAD ou d’un établissement du secteur PH.
* Un résultat excédentaire d’un EHPAD pourra être utilisé pour financer des investissements d’un autre EHPAD.

Pour les ESMS ayant un déficit important, un Plan de Retour à l’Equilibre (PRE) sera exigé avec le CPOM conformément au B de l’article L 313-12 du CASF. Dans ce cas, l’EPRD de l’ESSMS, conformément au II de l’article R 314-235 du CASF sera réputé « rejeté » si, à l’issue d’un délai de trente jours suivant sa réception, l’autorité de tarification n’a pas fait connaître son approbation

En cas de projet architectural, l’impact sur le tarif hébergement sera arrêté par la Collectivité de Corse, dans un souci de limitation du surcoût sur le prix de journée et sur la base d’un plan pluriannuel d’investissement.

**4.2 – La tarification à l’activité**

***4.2.1- Pour les établissements accueillant des personnes handicapées***

1. Les modalités de calcul des taux d’activité

Dans la mesure où les activités des établissements et services pour personnes en situation de handicap peuvent être très diverses, la réglementation ne pose pas de principe sur les modalités de l’activité des structures. Ainsi, des indicateurs de suivi de l’activité devront être inscrits dans le cadre du CPOM.

A l’exception d’éventuelles clauses contraires justifiées par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement, le taux d’activité sera évalué au moyen d'un ou plusieurs des indicateurs suivants :

* Le taux d’occupation, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l’année par l’établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisé et financée multiplié par le nombre de journées d’ouverture de l’établissement ou du service ;
* Le nombre de personnes accompagnées au cours de l’année civile ;
* Le nombre de prestations réalisées au cours de l’année civile.

1. Conséquences tarifaires d’un taux d’activité inférieur

Au cas où l’activité réalisée serait inférieure aux objectifs définis dans le CPOM, et sous réserve de circonstances susceptibles de justifier toute ou partie de cette sous activité, la dotation globale ou le forfait global fera l’objet d’un abattement qui sera préalablement communiqué au gestionnaire.

Ce pourcentage d’abattement devra être défini par établissement et service et ne pourra être supérieur à la moitié de la différence entre l’objectif d’activité fixé dans le CPOM et l’activité effectivement constatée.

*Ex : Le gestionnaire et l’ARS ont défini un taux d’occupation d’une MAS à 96%. Si le gestionnaire réalise un taux d’occupation de 95%, sa dotation pourra être minorée de 0,5% maximum. Si le taux d’occupation est de 94%, la dotation pourra être minorée de 1%.*

La minoration sera notifiée par le Directeur général de l’ARS et/ou le Président de la Collectivité de Corse lors de la notification de la dotation et/ou du forfait suivant l’exercice au cours duquel le taux d’activité fixé n’aura pas été atteint.

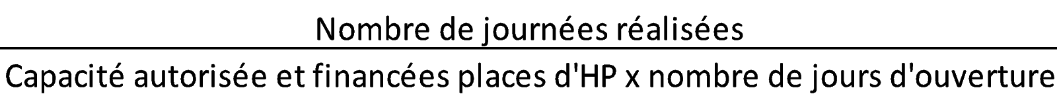
***4.2.2- Pour les EHPAD***

L’instruction N° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 précise la mise en œuvre de la tarification à l’activité dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées.

Actuellement les forfaits globaux relatifs aux soins et à la dépendance sont calculés sur une base théorique d’occupation à 100% des places d’hébergement.  Le dispositif de modulation est introduit pour tenir compte de l’activité réalisée par l’établissement.

Conformément à la réglementation en vigueur, depuis l’exercice 2018, l’autorité de tarification doit appliquer un abattement sur le forfait versé en N en fonction du taux d’occupation réalisé en N-1 ou N-2 (conformément aux dispositions de l’art R314-43-2 du CASF). La modulation est appliquée si le taux d’occupation est inférieur à un seuil fixé par arrêté.

a) Calcul du taux d’occupation :



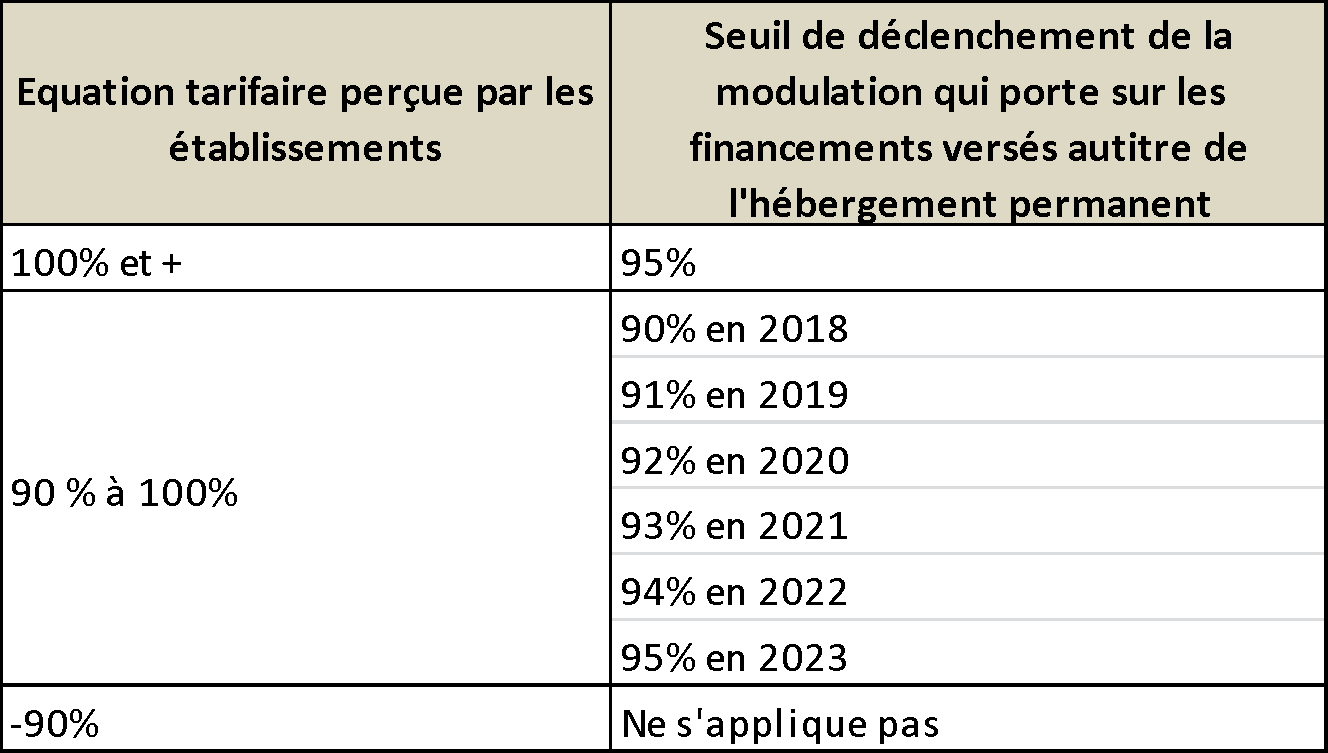
Tous les résidents en hébergement permanent sont intégrés dans le calcul (y compris ceux de -60 ans).

Les absences de -72 heures (pour convenance personnelle ou hospitalisation) sont comptabilisées dans les journées réalisées\*.

b) Seuil de déclenchement de la modulation du forfait global soins ou dépendance

Le seuil de déclenchement est fixé par arrêté, il prend en considération la période de convergence des établissements, d’où une montée en charge durant la période 2018-2023 et une stabilisation à partir de 2024 :

1/ Période 2018-2023, trois situations :



2/ A compter de 2024

Tous les établissements percevront la totalité de leurs forfaits globaux soins et dépendance, le seuil qui s’appliquera sera alors 95 %.

c) Calcul de l’abattement du forfait global soins ou dépendance

Le pourcentage de l’abattement à appliquer aux forfaits est égal à la moitié de la différence entre le seuil de déclenchement de la modulation et le taux d’occupation réalisé par l’établissement.

***Ex****: Seuil de déclenchement 95% et taux d’occupation 90% soit une différence de 5%*

*🡺 L’abattement à appliquer au forfait est de* ***2,5%***

Le cas échéant pour les autres ESMS du CPOM : Indiquer ici notamment le montant des dotations globalisées communes et les autres financements éventuels.

**4.3- Les modalités d’affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM**

Conformément à la réglementation, 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.

Le gestionnaire est libre d’affecter les résultats sous réserve du respect des engagements pris dans le CPOM.

Le gestionnaire s’engage à rechercher le meilleur rapport qualité/coût des différentes prestations dont il a la charge et d’effectuer les démarches nécessaires pour regrouper et/ou mutualiser autant que faire se peut les moyens et les achats.

Le gestionnaire justifiera de façon précise et chiffrée de l’utilisation de ces crédits dans le rapport d’activité (article R 314-49 du CASF), ainsi que les modalités d’affectation qu’il aura retenues pour le résultat à affecter de l’année.

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 (la réserve de compensation ne devra pas dépasser 10% des recettes) ;
* 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 sous réserve de la production et la validation d’un PPI (**annexe 5**) ;
* A un compte de réserve de trésorerie dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement.

En cas de déficit, ce rapport devra préciser les mesures qui ont été mises en œuvre pour parvenir à un équilibre budgétaire et les raisons pour lesquelles celui-ci n’a pas été atteint.

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

En ce qui concerne la section hébergement et dépendance, une fois les déficits antérieurs apurés et dès lors qu’un projet d’investissement est envisagé, le gestionnaire veillera à affecter ses excédents prioritairement à la réserve de compensation des charges d’amortissement, de manière à atténuer voire compenser le surcoût correspondant sur le prix de journée, tel que déterminé conformément au dispositif prévu au paragraphe 4.1.

De même, et dans un souci d’optimisation du prix de journée, le gestionnaire veillera, par ses affectations de résultat à anticiper des charges futures (indemnités de départ à la retraite)

Les déficits ne sont pas repris, néanmoins, compte tenu d’une situation exceptionnelle, le comité de suivi peut décider de reprendre le déficit.

Les autorités de tarification conservent la possibilité de réformer le résultat si elles constatent des dépenses :

* Etrangères de par leur nature au périmètre relevant de l’assurance maladie ;
* Trop importantes au regard des nécessités de gestion normale de l’établissement.

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 termes de qualité de prises en charge ou d’accompagnement ou des recettes non comptabilisées. (Art R 314-234 et suivants ; R 314-244).

**4.4- Equilibre financier et plan de retour à l’équilibre si nécessaire**

Le diagnostic financier présenté par le gestionnaire sera partagé dans le cadre de l’ERRD.

En cas de déséquilibre financier significatif et prolongé ou de dysfonctionnements dans la gestion financière**,** l’autorité de tarification demandera à l’établissement de produire un plan de redressement adapté dans un délai qui sera fixé ultérieurement (**annexe 6**) conformément à l’article L.313-12.2 du CASF.

**4.5- Les frais de siège** (à adapter selon le cas et sans objet lorsque le gestionnaire ne gère qu’un ESMS)

Lorsque la procédure d’autorisation des frais de siège est concomitante au CPOM et que le périmètre du CPOM correspond à celui des établissements et services gérés par le gestionnaire (article L. 314-7 VI du CASF), il conviendra d’adapter l’autorisation des frais de siège en fonction de la situation du gestionnaire puisque c’est le principal financeur (ARS ou Collectivité de Corse) qui est chargé de fixer les conditions d’autorisation des frais de siège.

Dans le cadre d’une demande d’autorisation ou d’un renouvellement d’autorisation de frais de siège social de l’association gestionnaire, il conviendra de transmettre, comme le prévoit l’arrêté du 10 novembre 2003, les pièces constitutives du dossier à l’autorité de tarification compétente en la matière (R 314-90 du CASF).

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 8** au présent contrat.

## **Article 5 – Procédure budgétaire (EPRD/ERRD)**

La signature du présent CPOM entraine l’application d’un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) à compter de l’exercice suivant la signature du CPOM conformément au décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l’article L312-1 du CASF.

L’EPRD devra être mis en place l’année qui suit la conclusion du CPOM (dispositions de l’article R314-39-2 CASF) pour les établissements et services relevant de l’article L312-12-2 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 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 et des fiches actions afférentes fixés au CPOM (**annexes 3 et 4**). Cette revue doit comporter, pour chaque objectif et actions le niveau de réalisation comparé à l’indicateur cible, ainsi que tout élément permettant d’apprécier son atteinte à savoir :

* Montant des dotations globalisés communes et autres financements éventuels ;
* Modalités d’affectation des résultats en lien avec les objectifs (la libre affectation des résultats par l’OG est le principe, tout en respectant néanmoins les objectifs du CPOM) ;
* Frais de siège (**annexe 8**).

Chaque année le gestionnaire devra également transmettre à l’ARS et à la Collectivité de Corse, une annexe activité en version électronique pour le 31/10/N-1 conformément à l’article R 314-219 du CASF.

Par ailleurs, le gestionnaire adressera chaque année à la Collectivité de Corse à titre complémentaire un tableau d’activité prévisionnelle « hébergement » et « dépendance », en précisant la part des personnes âgées et des personnes handicapées dans les ESMS n’ayant par leur domicile de secours en Corse. Cette information permettra notamment, sur la base du forfait global dépendance fixé par la CdC, de facturer les départements extérieurs, qui seront mis en diminution de la dotation globalisée versée par la CdC.

Il convient de rappeler que l’allocation budgétaire de l’ensemble des EHPAD se fait automatiquement dès 2017 hors du cadre de la procédure contradictoire budgétaire dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à la ressource utilisant notamment un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Les tarifs « hébergement », lorsque l’établissement est habilité à l’aide sociale territoriale ne sont plus soumis à une procédure contradictoire à compter de la signature du CPOM.

## **Article 6 – Investissements**

* 1. **Schéma directeur immobilier**

Dès lors qu’il est gestionnaire de plusieurs sites ou de plusieurs bâtiments, le gestionnaire s’engage dans la période du CPOM à élaborer un schéma directeur immobilier portant sur l’ensemble des sites, s’appuyant sur un diagnostic technique et fonctionnel du patrimoine et apportant une vision prospective de l’adéquation des locaux au regard des besoins, de leurs évolutions et adaptations nécessaires, des besoins d’investissement correspondants et des opportunités de cession ou de valorisation. Ce schéma a vocation à être décliné au niveau d’un PPI (**annexe 5**). Il s’agit d’un prérequis pour la validation de tout projet d’investissement stratégique.

* 1. **Projet d’investissement stratégique**

Toute réalisation de projet stratégique[[3]](#footnote-3) doit faire l’objet, en amont, d’une formalisation avec l’ARS et la CdC (expression des besoins, lancement de l’étude de faisabilité) portant sur la cohérence avec le schéma directeur immobilier, le cadrage des prérequis, les étapes à mettre en œuvre dans la démarche, les outils et référentiels à mobiliser, le calendrier et le pilotage du projet. Il s’agit des conditions préalables nécessaires pour une instruction future du projet d’investissement.

Tout projet sera accompagné d’un rapport d’évaluation socio-économique comprenant tout élément justificatif sur les opérations immobilières envisagées (note descriptive des opérations de travaux projetées, plans et tableaux des surfaces, détail du chiffrage des coûts d’opération). Cette étude sera complétée par les aspects budgétaires et financiers présentés sous la forme d’un PPI actualisé.

* 1. **Investissements concernant le matériel et les petits équipements**

Les investissements liés au renouvellement de matériel et de petits équipements se feront dans la limite de la dotation globale commune. Les surcoûts seront financés par redéploiement budgétaire et/ou baisse des amortissements et/ou charges financières des anciens emprunts. Dans ce cadre, la présentation d’un PPI ne sera pas systématiquement obligatoire. Cependant tout nouvel emprunt fera l’objet d’une autorisation de l’autorité de tarification.

# TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

## **Article 1 – Le suivi de 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.

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

* La composition du comité de suivi :
* Agence régionale de santé : Le directeur du médico-social ou son représentant
* Collectivité de Corse : Le responsable du Suivi des ESMS ou son représentant
* Organisme gestionnaire : Le président ou son représentant
* Etablissement : Le directeur ou son représentant
* Le cas échéant, autres partenaires : à préciser

Chacun s’adjoint la collaboration de personnels spécifiques en fonction des besoins.

Ce comité de suivi est chargé de s’assurer de la bonne exécution du contrat.

* Documents à produire lors des réunions du comité de suivi :
* Documents budgétaires et comptables
* Evaluations
* Revue des objectifs et des actions fixés au CPOM (**annexes 3 et 4**)
* Données du tableau de bord de la performance

Dans le cadre du dépôt de l’ERRD, le gestionnaire veillera par ailleurs à transmettre à la Collectivité de Corse les informations suivantes :

* « Indicateurs de coûts » : agrégats financiers (coût à la place immobilier/mobilier et coût à la place hors immobilier/mobilier) ;
* « Indicateurs de gestion » : coût de blanchissage, coût de restauration et taux d’absentéisme ;
* Détail des « recettes atténuatives par nature ».

Le bilan et le compte de résultat détaillé - tant consolidés du gestionnaire que propres à l’établissement - sont ainsi demandés lors de la transmission de l’ERRD, ainsi que la balance générale des comptes de l’établissement et les rapports (général et spécial) du commissaire aux comptes.

* Dialogues de gestion **:**

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

* Entre la deuxième et la troisième année du contrat pour un point à mi-parcours ;
* Au cours de la quatrième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat.

- Option : L’Agence Régionale de Santé ou la CdC peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire en cas de difficultés ou afin d’anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat.

* La prise en compte de 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 2 – 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, conformément aux dispositions des articles R421-1 à R421-5 du code de justice administrative, devant le Tribunal administratif de Bastia (Villa Montepiano – 20407 BASTIA).

Le tribunal administratif peut être saisi par l’application « Télérecours citoyens » accessible par le site  [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

## **Article 3 – 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, lequel ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue au CPOM.

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

* + Modification législative et règlementaire 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 entrainant 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 émarge d’un nouvel objectif.

## **Article 4 – Date d’entrée en vigueur et durée du CPOM**

Le CPOM entre en vigueur le 1er janvier de l’année suivant sa date de signature. Il est conclu pour une durée de 5 ans.

La durée initiale de cinq ans du contrat peut être prorogée sans avenant 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, 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.

En cas de non-respect par l’une ou l’autre des parties, d’un ou des engagements contenus dans le présent contrat, ce dernier pourra être dénoncé par l’une d’elles. Dans ce cas, cette décision devra être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception et respecter un préavis de 6 mois.

# TITRE 3- LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

**Les annexes 1 à 4 sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM :**

* **Annexe 1** : Fiche d’identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat
  + **Annexe 1a** : Fiche d’identification l’OG et périmètre du contrat
  + **Annexe 1b** : Fiche d’identification de l’ESMS entrant dans le périmètre du contrat
* **Annexe 2** : Diagnostic partagé
  + **Annexe 2a** : Diagnostic partagé OG
  + **Annexe 2b** : Diagnostic partagé ESMS
* **Annexe 3** : Synthèse et objectifs
* **Annexe 4** : Fiche actions

**Les annexes 5 à 9 sont obligatoirement annexées au contrat, mais elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM :**

* **Annexe 5** : Plan de Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d’Investissement (PPI)
* **Annexe 6** : Plan de Retour à l’Équilibre
* **Annexe 7** : Convention d’habilitation à l’aide sociale territoriale
* **Annexe 8 :** Arrêté portant autorisation des frais de siège
* **Annexe 9** : Éléments de contrats ou convention liant le gestionnaire à d’autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM

Fait le,



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

**Annexe 1 a- Fiche d’identification de l’OG et périmètre du contrat**

L’OG complète l’annexe 1a située dans l'onglet “Diagnostic partagé OG” du fichier Excel « Outil diagnostic commun secteurs PH et PA ».

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

Le gestionnaire complète autant de fiches que d’ESMS entrant dans le cadre du CPOM.

La fiche d’identification ESMS est située dans l’onglet “Diagnostic partagé ESMS” du fichier Excel « Outil diagnostic commun secteurs PH et PA ».

## **Annexe 2 : Diagnostic partagé**

**Annexe 2a- Diagnostic partagé OG**

L’OG renseigne l’onglet “Diagnostic OG” du fichier Excel « Outil diagnostic commun secteurs PH et PA ».

**Annexe 2b- Diagnostic partagé ESMS**

L’ESMS renseigne l’onglet “Diagnostic ESMS” du fichier Excel « Outil diagnostic commun secteurs PH et PA ».

## **Annexe 3 : Synthèse et objectifs**

Le gestionnaire renseigne l’onglet “Synthèse et objectifs OG- ESMS” du fichier Excel « Outil diagnostic commun secteurs PH et PA ».

## **Annexe 4 : Fiche actions**

Le gestionnaire renseigne la fiche située dans l’onglet “Fiche Action OG- ESMS” du fichier Excel « Outil diagnostic commun secteurs PH et PA ».

Le gestionnaire renseigne le nombre de fiches actions correspondant au nombre d’objectifs fixés au CPOM lors de la réunion bi ou tripartite du diagnostic partagé.

## **Annexe 5 : Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d’Investissement (PPI)**

Le cas échéant, documents à fournir par le gestionnaire.

## **Annexe 6 : Plan de Retour à l’Equilibre**

Le cas échéant, document à fournir par le gestionnaire.

## **Annexe 7 : Convention d’habilitation à l’aide sociale territoriale**

Le cas échéant, convention à fournir par le gestionnaire.

## **Annexe 8 : Arrêté portant autorisation des frais de siège OG**

Le cas échéant, document à fournir par le gestionnaire.

.

## **Annexe 9 : Eléments de contrats ou convention liant le gestionnaire à d’autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM**

Le cas échéant, lister les objectifs du CPOM sanitaire impliquant le gestionnaire.

1. <https://www.corse.ars.sante.fr/lars-publie-son-projet-regional-de-sante-prs> [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://www.corse.ars.sante.fr/priac-2020> [↑](#footnote-ref-2)
3. Est considéré comme un projet d’investissement stratégique tout projet avec enjeu de rééquilibrage de l’offre, tout projet structurant (restructuration lourde, reconstruction de structures) ou identifié comme stratégique dans le schéma directeur immobilier. [↑](#footnote-ref-3)