

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

20xx-20xx

Nom du gestionnaire :

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



**SECTEUR PERSONNES HANDICAPÉES**

Table des matières

[PREAMBULE 1](#_Toc67501729)

[TITRE 1- OBJET DU CONTRAT 3](#_Toc67501730)

[Article 1 – Identification de l’OG/ESMS entrant dans le périmètre du CPOM 3](#_Toc67501731)

[Article 2 – Diagnostic partagé 3](#_Toc67501732)

[Article 3 – Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé 4](#_Toc67501733)

[Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM 4](#_Toc67501734)

[Article 5 – Procédure budgétaire (EPRD/ERRD) 7](#_Toc67501735)

[Article 6 – Investissements 8](#_Toc67501736)

[TITRE 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT 9](#_Toc67501737)

[Article 1 – Le suivi de l’évaluation du contrat 9](#_Toc67501738)

[Article 2 – Le traitement des litiges : 10](#_Toc67501739)

[Article 3 – La révision du contrat 10](#_Toc67501740)

[Article 4 – Date d’entrée en vigueur et durée du CPOM 10](#_Toc67501741)

 [TITRE 3- LISTE DES ANNEXES AU CPOM 11](#_Toc67501742)

[Annexe 1 : Fiche d’identification présentant les caractéristiques du gestionnaire et/ou des ESMS entrant dans le périmètre du contrat 12](#_Toc67501743)

[Annexe 2 : Diagnostic partagé 12](#_Toc67501744)

[Annexe 3 : Synthèse et objectifs 12](#_Toc67501745)

[Annexe 4 : Fiche actions 12](#_Toc67501746)

[Annexe 5 : Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) et Plan Pluriannuel d’Investissement (PPI) 12](#_Toc67501747)

[Annexe 6 : Plan de Retour à l’Equilibre 12](#_Toc67501748)

[Annexe 7 : Arrêté portant autorisation des frais de siège 12](#_Toc67501749)

[Annexe 8 : Eléments de contrats ou convention liant le gestionnaire à d’autres autorités publiques ayant un impact sur la réalisation du CPOM 12](#_Toc67501750)

**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° 2015-1702 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 ses 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 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**

**Il a été convenu ce qui suit :**

# PREAMBULE

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 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.

Les enjeux actuels de l’accompagnement des personnes en situation de handicap concernent 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 Séraphin-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.

Le CPOM est un outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du Projet Régional de Santé et des orientations définies dans le cadre des schémas départementaux. Il prend également appui sur les projets stratégiques des organismes gestionnaires, pour lesquels il constitue un outil de pilotage.

Le CPOM constitue un outil d’amélioration continue de la qualité en référence aux recommandations de bonnes pratiques édictées par l’ANESM et la HAS. Ainsi, ses modalités d’élaboration (diagnostic partagé, définition d’objectifs, mise en place d’indicateurs) et la nature même de ses objectifs (qualité des accompagnements, efficience de l’organisation) s’inscrivent dans une démarche qualité et dans le renforcement de la performance des ESMS.

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 8** 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 secteur 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 4 priorités définies dans le PRS :

* Adaptation des parcours
* Maîtrise et prévention des risques
* Efficience et innovation des organisations
* 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, l’OG/ESMS peut se référer aux fiches ressources consultables dans le guide méthodologique d’élaboration du CPOM secteur Personnes Handicapées.

## **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 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- Modulation des dotations ou forfaits en fonction des taux d’activités***

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- Tarifs afférents à l’hébergement**

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…).

**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.

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

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

* Etrangères par leur nature au périmètre relevant de l’assurance maladie ;
* Trop importante 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 L 313-14-2 et R 314-236 du CASF).

**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 7** 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 action, 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 7**).

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 », en précisant la part des personnes handicapées dans les ESMS n’ayant pas leur domicile de secours en Corse. Cette information permettra, sur la base du tarif hébergement fixé par la CdC, de facturer les départements extérieurs, qui seront mis en diminution de la dotation globalisée versée par la CdC.

## **Article 6 – Investissements**

**6.1- 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 et l’évaluation du contrat**

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

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

**Les annexes 5 à 8 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 :** Arrêté portant autorisation des frais de siège
* **Annexe 8** : 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 secteur PH ».

**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 secteur PH ».

## **Annexe 2 : Diagnostic partagé**

**Annexe 2a- Diagnostic partagé OG**

L’OG renseigne l’onglet “Diagnostic OG” du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PH ».

**Annexe 2b- Diagnostic partagé ESMS**

L’ESMS renseigne l’onglet “Diagnostic ESMS” du fichier Excel « Outil diagnostic secteur PH ».

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

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

## **Annexe 4 : Fiche actions**

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

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 : Arrêté portant autorisation des frais de siège OG**

Le cas échéant, document à fournir par le gestionnaire.

.

## **Annexe 8 : 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)