



LOGO Gestionnaire



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Dates du contrat

**Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
à compétence conjointe
Agence Régionale de Santé et Conseil départemental,
relevant de la tarification contrôlée pour la fixation
du prix de journée Hébergement EHPAD**

ENTRE

Nom du gestionnaire

Adresse

Numéro Finess de l'entité juridique

ET

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est

3 boulevard Joffre 54000 NANCY

Représenté par son Directeur Général, M. Christophe LANNELONGUE

ET

Le Conseil départemental du Haut-Rhin

100 avenue d'Alsace 68000 COLMAR

Représenté par sa Présidente, Mme Brigitte KLINKERT

Table des matières

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

ARTICLE 2 – PRESENTATION DU GESTIONNAIRE

ARTICLE 3 – CHAMP COUVERT PAR LE CONTRAT

ARTICLE 4 – DIAGNOSTIC PARTAGE

ARTICLE 5 – OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLAN D’ACTIONS DU CPOM

ARTICLE 6 – OBJECTIFS RELATIFS A L’ACTIVITE DE L’ETABLISSEMENT

ARTICLE 7 – CADRAGE FINANCIER DU CONTRAT

ARTICLE 8 – DUREE DU CPOM ET MODALITES DE SUIVI

Annexe 1 : Synthèse du diagnostic partagé

Annexe 1 bis: Eléments tarifaires, financiers, comptables et budgétaires

Annexe 2 : Tableau de synthèse des objectifs et actions du CPOM

Annexe 3 : Fiches actions du CPOM

Annexe 4 : Synthèse relative à l’évolution des activités prévues dans le cadre du contrat

Annexe 5 : Synthèse des moyens mobilisés pendant le CPOM

Annexe 6 : Plan global de financement pluriannuel (PGFP) ou dernier PPI approuvé

Annexe 7 : Répartition des résidents par GIR

Annexe 8 : Rapport d’activité du CD68

Annexe 9 : Rapport d’activité médicale du CD68

Annexe 10 : Indicateurs de coûts et de gestion

Annexe 11 : Documents complémentaires (détail des « recettes hors produits de la tarification »)

Vu la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et son article 58 ;

Vu la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et son article 75 ;

Vu la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 et son article 89 ;

Vu la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et son article 70 ;

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,

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

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

Vu le décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du CASF ;

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits journaliers des 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 décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD ;

Vu le décret n°2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des ESMS en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats ;

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

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

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

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

Vu le Projet Régional de Santé et les Schémas Départementaux ;

Vu l'abécédaire départemental « pour la construction et la restructuration des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » d'octobre 2015 ;

Vu l'arrêté conjoint du 13 mars 2018 portant sur la programmation des CPOM pour les ESMS relevant de la compétence tarifaire conjointe de l'ARS Grand Est et du Conseil départemental du Haut-Rhin pour la période 2018-2022 ;

Vu l'arrêté de ... (*autorisation ou renouvellement d'autorisation de l'EHPAD*) ;

Vu la délibération en date du JJ/MM/AAAA du Conseil d'Administration de *** relative au contrat d'objectifs et de moyens entre RAISON SOCIALE, l'ARS Grand Est et le Conseil départemental du Haut-Rhin pour la période suivante : PERIODE DU CONTRAT ;

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat définit les relations entre le *nom du gestionnaire*, l'ARS Grand Est et le Conseil départemental du Haut-Rhin.

1.1 Objectifs stratégiques du contrat

Il définit les objectifs et engagements du gestionnaire et les moyens qui lui seront alloués pendant la durée du contrat par l'ARS et le Conseil départemental.

Le contrat d'objectif et de moyens (CPOM) doit permettre la déclinaison par objectifs des orientations du Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS Grand Est et du Schéma Départemental du Conseil départemental du Haut-Rhin dans les territoires en définissant des orientations stratégiques partagées avec le gestionnaire.

Ces orientations doivent se traduire dans un plan d'actions concrètes permettant de répondre aux objectifs suivants :

- Faire évoluer l'offre médico-sociale et améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes sur les territoires tant sur la connaissance que sur la prise en charge ;
- Améliorer la qualité des accompagnements, notamment par un processus continu d'évaluation et d'amélioration de la qualité, tant en matière de prise en charge (prise en charge de la douleur, dénutrition, prévention des chutes, prise en charge des troubles du comportement...) que de gestion des risques. Assurer le respect du droit des usagers, de l'expression et du respect de leur projet de vie. ;
- Faciliter l'inscription des établissements et services médico-sociaux dans leurs territoires et faciliter les coopérations inter-établissements et inter-gestionnaires ;
- Optimiser la gestion des moyens humains et financiers mis à disposition des gestionnaires pour remplir leurs missions auprès des personnes âgées.

1.2 Evolution de l'offre

Le CPOM étant un outil de déclinaison des priorités de politique publique, il appartient à l'organisme gestionnaire de s'inscrire dans la logique de transformation de l'offre et de construction de parcours portée par l'ARS et le Conseil départemental du Haut-Rhin.

1.3 Qualité des accompagnements

Chaque gestionnaire d'établissement médico-social doit être engagé dans une démarche organisée et évaluée d'amélioration de la qualité en articulation avec les référentiels de bonnes pratiques HAS et les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

Le processus d'amélioration continue de la qualité s'inscrit dans l'obligation réglementaire du gestionnaire d'adhérer à la démarche d'évaluation interne et externe.

De même, afin de garantir un parcours en adéquation avec les besoins des personnes accompagnées, le gestionnaire s'engage, sur son territoire, à utiliser l'outil Via Trajectoire Grand Age pour l'ensemble des usagers concernés ou Imad sur les territoires pour lesquels l'outil est déployé.

Le gestionnaire s'engage à mettre en œuvre les objectifs et actions s'inscrivant dans une logique de maintien de l'autonomie de la personne âgée.

Les objectifs et actions du CPOM concourent au respect du droit des usagers par le biais de la participation individuelle et collective des résidents. Le gestionnaire doit montrer sa capacité à prendre en compte dans son projet

d'établissement, d'une part, et dans chaque projet personnalisé d'autre part, les besoins et attentes des résidents ainsi que leur environnement social et familial.

Le gestionnaire s'engage dans une démarche de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance ainsi que dans le déploiement de dispositifs de signalement précoce en cas de situation de maltraitance.

Le gestionnaire s'engage, par le biais des négociations avec l'ARS et le Conseil départemental, sur des objectifs spécifiques en matière de soins palliatifs et d'hospitalisation à domicile.

1.4 Coopérations territoriales

L'optimisation des parcours des personnes âgées est un enjeu majeur du PRS et du Schéma Départemental.

Il impose une ouverture des établissements médico-sociaux sur les territoires, un renforcement de la qualité et de l'efficacité ainsi qu'une exigence de coordination des acteurs dans le cadre d'une offre adaptée aux besoins des personnes âgées.

Il est attendu du gestionnaire qu'il puisse identifier les parcours de prise en charge, participer aux dispositifs d'appui à la coordination de son territoire, et caractériser la façon dont son offre d'accompagnement y participe. Ainsi, les coopérations territoriales s'entendent, d'une part, entre les établissements du gestionnaire et, d'autre part, avec l'ensemble des acteurs parties prenantes aux parcours identifiés.

Les objectifs et actions en matière de coopération territoriale seront déclinés dans les CPOM des différents partenaires de la coopération afin d'assurer une visibilité et un suivi des engagements mutuels et ainsi de favoriser l'accès aux droits et à la santé des personnes âgées et éviter les ruptures de parcours.

Lorsqu'un ou plusieurs établissements et services couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d'un CPOM prévu à l'article L. 6114-1 du Code de santé publique, celui-ci 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, tout particulièrement en matière de parcours d'accompagnement et de partenariat.

1.5 Pilotage interne du ou des ESMS du gestionnaire

A. Gouvernance

Dans le cadre du présent CPOM, une attention particulière sera portée à la gouvernance du gestionnaire à l'égard du ou des établissements et services médico-sociaux. Les négociations portent notamment sur l'efficacité de la gouvernance du gestionnaire.

B. Ressources humaines

Les enjeux du pilotage interne du ou des ESMS du gestionnaire sont primordiaux, aussi ce chapitre a pour objectif de donner à la politique de ressources humaines du gestionnaire une dimension stratégique et prospective sur chacun de ces six axes : gestion prévisionnelle des emplois métiers et compétences, gestion du temps et de la disponibilité des ressources humaines, gestion de la masse salariale, dialogue social, formation et qualification, santé et sécurité au travail.

Les objectifs afférents à la politique de ressources humaines seront déterminés après négociation entre le gestionnaire, l'ARS et le Conseil départemental.

Une vigilance particulière sera portée sur la bonne adéquation des effectifs avec les missions du ou des ESMS du gestionnaire.

C. Situation patrimoniale et financière

Le gestionnaire s'engage à assurer une gestion équilibrée afin de pérenniser le fonctionnement de la structure en adoptant une stratégie pluriannuelle au niveau de ses choix de gestion.

Le présent CPOM pourra intégrer un contrat de retour à l'équilibre si la situation financière du gestionnaire l'exige.

La gestion du patrimoine des ESMS doit s'adapter aux évolutions des besoins et des techniques d'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie.

Le gestionnaire veillera notamment à respecter les normes en vigueur en matière de sécurité et d'accessibilité des personnes accueillies, ainsi que les recommandations techniques et architecturales de l'abécédaire départemental « pour la construction et la restructuration des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » d'octobre 2015.

Le gestionnaire d'ESMS s'attachera à décliner les projets immobiliers significatifs envisagés sur les cinq années du contrat ainsi que les solutions prévues pour résoudre d'éventuelles problématiques liées au patrimoine (sécurité incendie, etc.).

Des précisions quant à la situation financière du gestionnaire peuvent être incluses au sein de cette partie.

D. Optimisation de la gestion des prestations

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.

La mise en œuvre d'une stratégie d'optimisation des achats et des transports constitue un levier majeur de performance et d'efficacité des ESMS. Aussi la négociation du CPOM permettra d'établir des objectifs en la matière.

E. Système d'information et dématérialisation au sein des ESMS

Le gestionnaire veillera à disposer d'un système d'information adapté au pilotage de ses activités, en privilégiant la dématérialisation des échanges de données. Le gestionnaire portera une attention particulière à l'informatisation des dossiers de soins individualisés, au déploiement des nouvelles technologies au profit des résidents ainsi qu'aux logiciels métiers.

ARTICLE 2 – PRESENTATION DU GESTIONNAIRE

2.1 Orientations stratégiques du gestionnaire

Présentation synthétique par le gestionnaire en 10-15 lignes maximum.

2.2 Carte d'identité du gestionnaire :

En sus, doivent être obligatoirement indiqués :

- le numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS ;
- le statut juridique de l'entité gestionnaire ;
- les modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire ;
- les différentes activités de l'entité juridique gestionnaire ;
- un organigramme de l'entité gestionnaire ;
- le cas échéant, l'organisation du siège ;

Activités du gestionnaire :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et raison sociale de l'établissement ou service	Date de 1 ^{ère} autorisation et date de renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge					
Handicap					
Protection de l'enfance					
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire					
Publics spécifiques					
Autre activité non soumise à autorisation					

2.3 Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

La capacité d'accueil concernée par cette habilitation doit être précisée dans cet article pour chacun des établissements.

L'établissement est habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour ... places.

Ajuster si mention contraire dans l'arrêté d'autorisation.

L'établissement s'engage à offrir pour les bénéficiaires de l'aide sociale des conditions d'accueil et d'hébergement strictement identiques à celles dont bénéficient les autres résidents.

ARTICLE 3 – CHAMP COUVERT PAR LE CONTRAT

Le gestionnaire présente :

- les autorisations d'activité liées au contrat ;
- les projets de restructuration ou de transformation de l'offre prévus susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM. Seules les évolutions amenant à de nouveaux objectifs qualitatifs ou à la mobilisation de moyens spécifiques devront donner lieu à un avenant au CPOM ;
- le référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ses établissements et services.

Département	N° FINESS ET	Catégorie et raison sociale de l'ESMS	Commune(s) d'implantation	Capacité autorisée	Capacité installée et financée

Le tableau ci-dessous précise les modalités d'accueil des activités médico-sociales du périmètre du CPOM.

Capacités totales gérées sur le périmètre du CPOM		
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée
Hébergement permanent (HP)		
Hébergement permanent Alzheimer		
Hébergement temporaire (HT)		
Accueil de jour (AJ)		
Unité d'hébergement renforcée (UHR)		
Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR)		
Dont Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	Dont	Dont
Autres, à préciser (exemple : UHT)		
Capacité totale installée		

En ce qui concerne l'activité de SSIAD, préciser le nombre de places PA ainsi que, pour information, le nombre de places dédiées aux personnes de moins de 60 ans, et si l'établissement dispose d'une équipe spécialisée Alzheimer.

ARTICLE 4 – DIAGNOSTIC PARTAGE

Le diagnostic partagé s'appuie sur les indicateurs transmis par le gestionnaire par le biais du Tableau de bord de la performance du secteur médico-social (ANAP), auxquels s'ajoutent des indicateurs supplémentaires établis par l'ARS et le Conseil départemental du Haut-Rhin.

La synthèse de ces indicateurs sert de base d'échanges pour aboutir à un consensus entre le gestionnaire, l'ARS et le Conseil départemental sur les points forts, les points à améliorer et les objectifs et actions à inscrire dans le présent contrat.

La synthèse du diagnostic partagé est annexée au présent contrat.

ARTICLE 5 – OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLAN D' ACTIONS DU CPOM

Les objectifs opérationnels et le plan d'actions inscrits au CPOM sont directement issus du diagnostic partagé entre le gestionnaire, l'ARS et le Conseil départemental. Ils mettent en application l'ensemble des orientations et objectifs présentés à l'article 1.

Le nombre et la nature des objectifs doivent être conformes à une évaluation réaliste de la capacité du gestionnaire à mettre en œuvre l'ensemble des actions nécessaires à leur atteinte, et en rapport avec les moyens dédiés à la réalisation du CPOM. Les objectifs doivent être formulés avec précision en fonction d'une situation initiale décrite avec exactitude dans le diagnostic partagé.

Les objectifs opérationnels et plans d'actions faisant l'objet de la contractualisation sont les suivants :

1-

2-

3-

4-

5-

Le tableau de synthèse des objectifs et actions ainsi que les fiches-actions afférentes figurent en annexe du CPOM.

ARTICLE 6 – OBJECTIFS RELATIFS A L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

Le CPOM, par ses enjeux, a également pour finalité d'objectiver et d'optimiser l'activité du ou des ESMS. *Ainsi, les modalités de prise en charge effectivement mises en œuvre par le ou les ESMS sont explicitées ici.*

La négociation du CPOM doit permettre de mettre en cohérence les activités du gestionnaire avec les priorités de politique publique, et notamment celles établies par le PRS de l'ARS Grand Est et le Schéma Départemental en faveur des Personnes Agées du Haut-Rhin.

La négociation du CPOM doit permettre d'établir les activités du gestionnaire et de ses structures qui feront l'objet d'un objectif particulier.

En cas de problématique spécifique en matière d'activité, prévoir de contractualiser sur un objectif spécifique.

ARTICLE 7 – CADRAGE FINANCIER DU CONTRAT

Le CPOM explicite les moyens dont dispose le gestionnaire pendant la durée du contrat.

7.1 Détermination de la dotation globalisée commune de référence et de la tarification

Le gestionnaire pourra procéder, par **décisions modificatives**, et avant détermination des résultats de chaque établissement et service concerné par le CPOM, à une nouvelle répartition de la dotation dans la limite du montant de celle-ci, des indicateurs réglementaires applicables aux ESMS et uniquement concernant l'enveloppe relevant du même financeur et du même financement. Cependant, conformément à l'article R.314-43-1 du CASF, ces transferts de dotations ne sont valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithmique ou tarif plafond.

Il y a donc lieu de distinguer la dotation globalisée commune versée au gestionnaire par l'assurance maladie de la dotation globalisée commune versée au gestionnaire par le Conseil départemental.

7.1.1 Éléments communs aux deux financeurs

En ce qui concerne les EHPAD, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (PMP) servent de base de calcul pour les dotations. Elles sont réalisées de façon simultanée, par l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur, avant la conclusion du présent contrat ainsi qu'au cours de la troisième année du même contrat (article R. 314-170 du CASF). Le GMP et le PMP issus de ces évaluations sont déposés sur la plateforme GALAAD puis validés par l'ARS et le Conseil Départemental.

Ainsi, le PATHOS validé moyen pondéré (PMP) et le GIR moyen pondéré (GMP) de référence de chaque établissement couvert par le contrat en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et raison sociale de l'ESMS	PMP	Validé le	GMP	Validé le

7.1.2 Détermination de la dotation globalisée commune de référence des ESMS financés par l'assurance maladie

Les crédits alloués par l'ARS Grand Est sont des montants maximums, garantis sous réserve que l'évolution de l'enveloppe nationale et celle de la dotation régionale le permettent.

Une **décision de tarification** sera ensuite notifiée chaque année par l'ARS au gestionnaire.

Lorsque la dotation globalisée commune (DGC) est financée par l'assurance maladie (AM) et porte sur des établissements et services implantés dans plusieurs départements d'une même région, la **caisse pivot unique** est la caisse de la circonscription d'implantation de la personne morale perceptrice lorsque celle-ci est implantée dans la région Grand Est. A défaut, elle fera l'objet d'une définition particulière dans le CPOM dans les conditions fixées par le Code de la sécurité sociale. Elle est versée selon les modalités prévues à l'article R314-107 du code de l'action sociale et des familles.

La DGC AM est d'un montant total de ... € au 01/01/ N. Elle comprend le cas échéant :

- **Pour les EHPAD**, conformément aux articles L. 314-2, R. 314-159 et suivants du CASF :
 - Le **forfait global de soins** pour l'hébergement permanent prend en compte l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (PMP), validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente ainsi que l'option tarifaire de chaque EHPAD

du contrat. Ces éléments sont précisés dans le point 7.1.1 Eléments communs aux financements assurance maladie et conseil départemental.

- Eventuellement des **financements complémentaires** relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières (AJ, HT, PASA, PFR, UHR, etc.).
- **Pour les SSIAD**, une **dotation soin distincte** entre le financement pour les personnes âgées et celui pour les personnes en situation de handicap

Les contractants s'attacheront à décrire ci-dessous les financements complémentaires perçus par le gestionnaire (objet, année d'attribution...)

N° FINESS ET	Catégorie et raison sociale de l'ESMS	Base reconductible dotation soins au 01/01/N <u>Financement PH</u>	Base reconductible dotation soins au 01/01/N <u>Financement PA</u>	dont forfait global de soins	dont fin ^{ts} complémentaires	Détail des fin ^{ts} complémentaires	Option tarifaire (EHPAD : global ou partiel + avec ou sans PUI)
TOTAL		00,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	

7.1.3 Le forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance est calculé conformément aux articles R. 314-172 et suivants du CASF. Il est le résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (GMP) et de la Valeur du Point Gir (VPG) départemental fixée chaque année par arrêté départemental.

Le forfait global relatif à la dépendance de l'année N+1 versé par le Conseil départemental du Haut-Rhin sera calculé de la manière suivante pour les places d'hébergement permanent :

(VPG N de l'établissement x somme des points GIR N valorisée en colonne E de l'annexe 3-6)
revalorisé du taux retenu par délibération du Conseil départemental fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'année N+1

augmenté de :

Application de la convergence tarifaire : [(VPG départemental - VPG de l'établissement) x somme des points GIR valorisée en colonne E de l'annexe 3-6] / X années jusqu'en 2023

diminué des :

Montants prévisionnels au titre des participations des résidents, des produits de la tarification « autres Départements », et produits de facturation des résidents de moins de 60 ans.

L'écart entre le montant estimatif et le montant réel constaté à l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD), des produits de la tarification « autres Départements » et des produits de facturation des résidents de moins de 60 ans, est pris en compte ultérieurement. Ainsi, le forfait N+1 intègre la régularisation à ce titre constatée à l'ERRD N-1.

En cas de places d'hébergement temporaire, celles-ci sont financées sur la base de la même VPG que les places d'hébergement permanent.

Conformément à l'article R 314-170-2 du CASF, le forfait global relatif à la dépendance prend en compte le niveau de perte d'autonomie validé au plus tard le 30 juin de l'année précédente.

A titre indicatif, sur la base de la VPG départemental de X € (pour l'année N) et d'un nombre de points gir de ..., la convergence tarifaire pour l'établissement se traduit par une évolution des crédits de +/- XXXX € d'ici 2023, soit +/- XXXX € par an. Cette incidence budgétaire de la convergence sera ajustée, le cas échéant, en lien avec la nouvelle validation de GMP intervenant en cours de contrat ou toute modification de la capacité d'hébergement.

Concernant les accueils de jour annexés à un EHPAD, leurs tarifs dépendance sont déterminés, en application de l'article R 314-182 du CASF, par modulation des tarifs dépendance de l'EHPAD de rattachement et selon le coefficient de modulation précisé par arrêté de la Présidente du Conseil départemental.

7.1.4 La tarification de l'hébergement

7.1.4.1 - Fixation du prix de journée

Le présent contrat fixe les éléments pluriannuels relatifs au tarif hébergement, la détermination annuelle du prix de journée n'étant plus soumise à la procédure contradictoire.

Par application de l'article R 314-40 du CASF, le prix de journée de l'année N+1 applicable à tous les modes d'accueil (hébergement permanent, hébergement temporaire et accueil de jour) sera calculé sur les 5 ans de la manière suivante :

Application, sur le prix de journée notifié « année N », du taux d'évolution retenu par délibération du Conseil départemental fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'année N+1.

Le prix de journée « année N » est le prix de journée en vigueur au moment de la signature du présent contrat, tel que figurant en annexe 1bis.

A titre dérogatoire, le taux d'évolution peut faire l'objet d'une modulation à la hausse ou à la baisse sur la base d'éléments exceptionnels mis en évidence lors de l'analyse de l'ERRD.

7.1.4.2 – Blanchissage (linge des résidents)

Le nettoyage du linge des résidents ne figure pas dans les prestations minimales dites prestations « socle » déclinées à l'article R314-179 du CASF par application du décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 « relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD ».

Pour autant, le coût de cette prestation étant inclus dans le prix de journée notifié à ce jour, toute facturation complémentaire à ce titre entrainera une minoration à due concurrence du prix de journée notifié par la Présidente du Conseil départemental du Haut-Rhin.

SOIT :

Le présent contrat acte de la décision de l'EHPAD de maintenir cette prestation dans son prix de journée. En cas d'option future du gestionnaire de pratiquer une facturation complémentaire à ce titre :

- Les modalités tarifaires de cette décision devront être communiquées sans délai au Département,
- Le prix de journée sera minoré du montant de la facturation correspondante établie aux résidents.

SOIT :

Le présent contrat acte du choix du gestionnaire de pratiquer un complément tarifaire au titre du nettoyage du linge des résidents. Par conséquent, et à compter de la date d'effectivité de cette mesure, le gestionnaire facturera aux résidents le prix de journée, tel que notifié dans un nouvel arrêté de tarification.

7.1.4.3 - Projet architectural

En cas de projet architectural, l'impact sur le tarif sera calculé par le Conseil départemental, dans un souci de limitation de la hausse sur le prix de journée, sur la base des leviers suivants :

- optimisation du coût global d'opération (dans une perspective de coût cible à la place de 110 K€ HT),
- allongement maximal de la durée d'amortissement, dans le respect de l'équilibre financier en terme de capacité d'autofinancement nette après remboursement du capital, et dans la limite de principe de 50 ans,
- optimisation du plan de financement entre autofinancement et recours à emprunt, ainsi que des caractéristiques des prêts (taux et durée),
- mobilisation maximale des provisions et réserves inscrites au bilan dans le respect également de l'équilibre financier,
- maintien de la provision telle qu'inscrite au budget jusqu'à utilisation,
- utilisation des excédents futurs prioritairement à la réserve de compensation des charges d'amortissement. Il est précisé que le calcul du surcoût sur le prix de journée effectué par le Service de la Tarification du Conseil départemental intègrera tous les excédents réalisés au présent CPOM dont il est attendu qu'ils soient affectés prioritairement en réserve de compensation des charges d'amortissement, dans le respect des dispositions de l'article 7.3 « Modalités d'affectation des résultats comptables ».

Le surcoût global sur le prix de journée lié au projet architectural résultant de ces paramètres techniques sera notifié en complément du taux d'évolution appliqué sur le prix de journée.

Le gestionnaire veillera à déposer au préalable un plan pluriannuel d'investissement (PPI) soumis à approbation des autorités de tarification conformément aux dispositions de l'article R 314-20 du CASF.

7.2 Evolution des dotations et de la tarification

7.2.1 Evolution de la DGC financée par l'assurance maladie

Cette dotation sera actualisée chaque année en fonction des orientations budgétaires arrêtées dans le rapport d'orientation budgétaire établi annuellement par l'ARS.

Le taux d'évolution n'est donc pas nécessairement uniforme entre plusieurs EHPAD ou services du même CPOM.

7.2.2 Evolution des tarifs et dotations fixés par le Département

Le taux directeur appliqué par le Conseil Départemental fait l'objet d'une délibération annuelle de celui-ci.

Les modalités de versement de l'aide sociale départementale peuvent être précisées dans ce paragraphe si des compléments sont à apporter par rapport au règlement départemental d'aide sociale.

7.2.3 Dispositions communes

Le montant de ce forfait est modulé chaque année en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R. 314-160 (soins) et R314-174 (dépendance) du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

Conformément aux articles R. 314-236 et L. 313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil Départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

7.3 Modalités d'affectation des résultats comptables

Le gestionnaire est libre d'affecter à la fin de chaque exercice, ses résultats, en lien avec les objectifs du CPOM. Ils sont affectés aux comptes de résultats dont les résultats sont issus. L'affectation des résultats par le gestionnaire devra s'effectuer en fonction des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

Pour les établissements commerciaux, non habilités ou minoritairement habilités à l'aide sociale, une affectation à l'investissement ou en réserve de trésorerie du résultat constitué sur les sections « soins » et « dépendance » reste impossible.

- **Affectation des résultats excédentaires**

Le gestionnaire devra veiller chaque année à affecter une partie des résultats :

- en priorité à l'apurement des déficits antérieurs ;
- à la réserve de compensation des déficits ou au compte de report à nouveau (dans une optique d'anticipation des charges futures telles que les indemnités de départ à la retraite..) selon un montant défini en amont à partir du diagnostic financier ;
- à la réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié à des investissements nouveaux ;
- à la réserve d'investissement.

Une fois les déficits antérieurs apurés et dès lors qu'un projet d'investissement est envisagé, le gestionnaire veillera ainsi 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 à l'article « 7.1.4 La tarification de l'hébergement ».

- **Affectation des résultats déficitaires :**

La couverture des déficits relève de la responsabilité du gestionnaire. Le déficit doit être couvert :

- en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire et la réserve de compensation des déficits ;
- à défaut par le résultat excédentaire d'un autre établissement ou service du gestionnaire faisant partie du périmètre du présent CPOM ;
- pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire.

7.4 Modalités de suivi des éléments financiers du contrat

Le gestionnaire devra produire chaque année un **état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)** unique regroupant à minima l'ensemble des activités du périmètre du CPOM, dans les conditions et délais prévus par les articles R. 314-210 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

L'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) se substitue aux comptes administratifs et devra être transmis dans les conditions et délais des articles R. 314-232 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Chaque année le gestionnaire devra également transmettre à l'ARS et au Conseil départemental une **annexe activité** en version électronique pour le 31/10/N-1 conformément à l'article R.314-219 du code de l'action sociale et des familles.

Il convient de rappeler que dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, l'allocation des ressources en soins et dépendance des EHPAD et des petites unités de vie (PUV) se fait automatiquement depuis 2017, en dehors du cadre de la procédure contradictoire budgétaire. Un EPRD et un ERRD sont donc déjà transmis pour ces ESMS depuis l'exercice 2017.

7.5 Détermination des frais de siège

Il conviendra d'adapter l'autorisation des frais de siège en fonction de la situation du gestionnaire puisque c'est le principal financeur (ARS/ Conseil départemental) qui est chargé de fixer les conditions d'autorisation des frais de siège.

Lorsque c'est le CPOM qui autorise les frais de siège et que le périmètre du CPOM correspond à celui des établissements et services gérés par le gestionnaire – article L. 314-7 VI du CASF.

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).

L'organisme gestionnaire signataire du présent contrat est autorisé à percevoir des frais de siège à compter du XXXX pour une durée de cinq ans. Cette autorisation peut être abrogée si les conditions de son octroi cessent d'être remplies.

Le siège social participera auprès des établissements et services aux prestations suivantes :

- services en matière de comptabilité :
- services en matière de gestion :
- services ressources humaines et juridiques :
- services développement :
- services en matière de coordination et d'évaluation :
- services en matière de communication :
- autres services :

(liste indicative et non exhaustive à ajuster le cas échéant)

Le taux de prélèvement est fixé à XXX% des charges brutes des sections d'exploitation de l'ensemble des établissements et services gérés par le gestionnaire.

En application de l'article R. 314-93 du CASF, ce pourcentage, qui est unique pour l'ensemble des établissements et services de l'organisme gestionnaire, est applicable pour la durée de l'autorisation. Il peut être révisé.

De ce fait, la procédure contradictoire annuelle décrite à l'article R. 314-91 du CASF n'est plus requise.

Le montant des charges brutes est calculé sur la base du dernier exercice clos, hors charges exceptionnelles (compte 67), hors provisions (compte 68) sauf le compte 681, hors frais de siège déjà versés (compte 6556), et hors dépenses « non opposables aux tiers financeurs » (comptes 116) et dépenses refusées.

A ce titre, il conviendra d'adresser, chaque année (avant le 31 octobre) aux autorités de tarification compétentes, le tableau relatif à la « répartition des quotes-parts de frais de siège entre les établissements » présentant le calcul détaillé des charges brutes, selon les modalités ci-dessus.

ARTICLE 8 – DUREE DU CPOM ET MODALITES DE SUIVI

8.1 La durée du contrat

Le contrat entre le gestionnaire, l'ARS Grand Est et le Conseil départemental du Haut-Rhin est conclu pour une durée de cinq ans. Il prend effet à compter de la date de signature.

L'entrée dans le nouveau processus budgétaire tel que décrit dans l'article 7 sera réalisée en année pleine à compter de N+1.

8.2 Le suivi et l'évaluation du contrat

Le suivi annuel

Le gestionnaire doit transmettre annuellement à la Délégation Territoriale de l'ARS Grand Est et au Conseil départemental du Haut-Rhin un bilan annuel de l'état d'avancement du plan d'actions en même temps que l'ERRD.

Les documents à produire

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et comptables, revue des objectifs, données issues du diagnostic partagé et du tableau de bord de la performance ANAP, ou tout autre document jugé utile.

Le gestionnaire veillera à transmettre au Conseil départemental chaque année les rapports N-1 tels que figurant en annexes 8 et 9.

Dans le cadre du dépôt de l'ERRD, le gestionnaire veillera à transmettre au Conseil départemental les informations suivantes, telles que figurant en annexes 10 et 11 :

- « 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 hors produits de la tarification ».

Le bilan et le compte de résultat détaillés - tant consolidés de l'association gestionnaire que propres à l'établissement - sont également à transmettre, ainsi que la balance générale des comptes de l'établissement et les rapports (général et spécial) du commissaire aux comptes.

Le bilan à mi-parcours

Le contrat fait également l'objet d'un suivi dans le cadre du bilan à mi-parcours, au cours de la troisième année du contrat. Un comité est alors composé et réunit :

- pour l'ARS, le Directeur Général de l'ARS ou son représentant ;
- pour le Conseil départemental, la Présidente du Conseil départemental ou son représentant ;
- pour le gestionnaire, le Président de l'association et le Directeur Général ou leurs représentants.

Le bilan à mi-parcours a pour objet :

- l'examen de l'état d'avancement des actions prévues au contrat ;
- l'évaluation intermédiaire des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat issus du tableau de bord de la performance de l'ANAP ;
- l'analyse des perspectives pour l'année du dialogue de gestion et les années à venir ;
- la définition des éventuels avenants.

L'analyse est menée sur la base d'un rapport d'étape produit par le gestionnaire d'ESMS, au plus tard, un mois avant la réunion et comprenant les bilans annuels de réalisation des actions prévues à la première partie du contrat.

8.3 La révision du contrat

A la demande du gestionnaire, de l'ARS ou du Conseil départemental, les dispositions du contrat peuvent être modifiées par voie d'avenant :

- Pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge et des missions qui lui sont confiées ;
- Pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales et départementales ;
- Pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Conseil départemental destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat.

8.4 Le renouvellement du contrat

La procédure de renouvellement du contrat débute l'année qui précède la fin du CPOM. Ainsi, les négociations dans le cadre du renouvellement du CPOM débutent en N-1 afin de garantir la continuité des contrats.

8.5 Le recours contentieux

Chacune des trois parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution impossible du présent contrat, par lettre recommandée avec accusé réception.

La procédure à suivre en cas de litige entre les parties est la suivante :

- Tentative de conciliation amiable, au préalable, par le biais de réunions entre les parties avec compte-rendu et documents à l'appui ;
- Litige porté devant le Tribunal Administratif territorialement compétent en cas d'échec de la tentative de conciliation.

Fait à , le

Pour le gestionnaire d'ESMS,
Le représentant dûment habilité,

Pour l'ARS Grand Est
Le Directeur Général de l'ARS,

Pour le Conseil départemental
La Présidente du Conseil
départemental du Haut-Rhin

Brigitte KLINKERT

ANNEXES OBLIGATOIRES AU CPOM

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

Annexe 1 : Synthèse du diagnostic partagé

Annexe 1 bis: Eléments tarifaires, financiers, comptables et budgétaires

Annexe 2 : Tableau de synthèse des objectifs et actions du CPOM

Annexe 3 : Fiches actions du CPOM

Annexe 4 : Synthèse relative à l'évolution des activités prévues dans le cadre du contrat

Annexe 5 : Synthèse des moyens mobilisés pendant le CPOM

Annexe 6 : Plan global de financement pluriannuel (PGFP) ou dernier PPI approuvé

Annexe 7 : Répartition des résidents par GIR

Annexe 8 : Rapport d'activité du CD68

Annexe 9 : Rapport d'activité médicale du CD68

Annexe 10 : Indicateurs de coûts et de gestion

Annexe 11 : Documents complémentaires (détail des « recettes hors produits de la tarification »)



LOGO Gestionnaire



Secteur Personnes Agées

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Dates du contrat

**Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
à compétence conjointe
Agence Régionale de Santé et Conseil départemental,
ne relevant pas de la tarification contrôlée pour la
fixation du prix de journée Hébergement EHPAD**

ENTRE

Nom du gestionnaire

Adresse

Numéro Finess de l'entité juridique

ET

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est

3 boulevard Joffre 54000 NANCY

Représenté par son Directeur Général, M. Christophe LANNELONGUE

ET

Le Conseil départemental du Haut-Rhin

100 avenue d'Alsace 68000 COLMAR

Représenté par sa Présidente, Mme Brigitte KLINKERT

Table des matières

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

ARTICLE 2 – PRESENTATION DU GESTIONNAIRE

ARTICLE 3 – CHAMP COUVERT PAR LE CONTRAT

ARTICLE 4 – DIAGNOSTIC PARTAGE

ARTICLE 5 – OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLAN D’ACTIONS DU CPOM

ARTICLE 6 – OBJECTIFS RELATIFS A L’ACTIVITE DE L’ETABLISSEMENT

ARTICLE 7 – CADRAGE FINANCIER DU CONTRAT

ARTICLE 8 – DUREE DU CPOM ET MODALITES DE SUIVI

Annexe 1 : Synthèse du diagnostic partagé

Annexe 1 bis: Eléments tarifaires, financiers, comptables et budgétaires

Annexe 2 : Tableau de synthèse des objectifs et actions du CPOM

Annexe 3 : Fiches actions du CPOM

Annexe 4 : Synthèse relative à l’évolution des activités prévues dans le cadre du contrat

Annexe 5 : Synthèse des moyens mobilisés pendant le CPOM

Annexe 6 : Plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Annexe 7 : Répartition des résidents par GIR

Annexe 8 : Rapport d’activité du CD68

Annexe 9 : Rapport d’activité médicale du CD68

Annexe 10 : Absentéisme

Annexe 11 : Détail des recettes hors produits de la tarification

Vu la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et son article 58 ;

Vu la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et son article 75 ;

Vu la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 et son article 89 ;

Vu la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et son article 70 ;

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, L.342-3-1

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

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

Vu le décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du CASF ;

Vu le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits journaliers des 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 décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD ;

Vu le décret n°2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des ESMS en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats ;

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

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

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

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

Vu le Projet Régional de Santé et les Schémas Départementaux ;

Vu l'abécédaire départemental « pour la construction et la restructuration des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » d'octobre 2015 ;

Vu l'arrêté conjoint du 13 mars 2018 portant sur la programmation des CPOM pour les ESMS relevant de la compétence tarifaire conjointe de l'ARS Grand Est et du Conseil départemental du Haut-Rhin pour la période 2018-2022 ;

Vu l'arrêté de ... (*autorisation ou renouvellement d'autorisation de l'EHPAD*) ;

Vu la délibération en date du JJ/MM/AAAA du Conseil d'Administration de *** relative au contrat d'objectifs et de moyens entre RAISON SOCIALE, l'ARS Grand Est et le Conseil départemental du Haut-Rhin, pour la période suivante : PERIODE DU CONTRAT ;

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat définit les relations entre le *nom du gestionnaire*, l'ARS Grand Est et le Conseil départemental du Haut-Rhin

1.1 Objectifs stratégiques du contrat

Il définit les objectifs et engagements du gestionnaire et les moyens qui lui seront alloués pendant la durée du contrat par l'ARS et le Conseil départemental.

Le contrat d'objectif et de moyens (CPOM) doit permettre la déclinaison par objectifs des orientations du Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS Grand Est et du Schéma Départemental du Conseil départemental du Haut-Rhin dans les territoires en définissant des orientations stratégiques partagées avec le gestionnaire.

Ces orientations doivent se traduire dans un plan d'actions concrètes permettant de répondre aux objectifs suivants :

- Faire évoluer l'offre médico-sociale et améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes sur les territoires tant sur la connaissance que sur la prise en charge ;
- Améliorer la qualité des accompagnements, notamment par un processus continu d'évaluation et d'amélioration de la qualité, tant en matière de prise en charge (prise en charge de la douleur, dénutrition, prévention des chutes, prise en charge des troubles du comportement...) que de gestion des risques. Assurer le respect du droit des usagers, de l'expression et du respect de leur projet de vie. ;
- Faciliter l'inscription des établissements et services médico-sociaux dans leurs territoires et faciliter les coopérations inter-établissements et inter-gestionnaires ;
- Optimiser la gestion des moyens humains et financiers mis à disposition des gestionnaires pour remplir leurs missions auprès des personnes âgées.

1.2 Evolution de l'offre

Le CPOM étant un outil de déclinaison des priorités de politique publique, il appartient à l'organisme gestionnaire de s'inscrire dans la logique de transformation de l'offre et de construction de parcours portée par l'ARS et le Conseil départemental.

1.3 Qualité des accompagnements

Chaque gestionnaire d'établissement médico-social doit être engagé dans une démarche organisée et évaluée d'amélioration de la qualité en articulation avec les référentiels de bonnes pratiques HAS et les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM).

Le processus d'amélioration continue de la qualité s'inscrit dans l'obligation réglementaire du gestionnaire d'adhérer à la démarche d'évaluation interne et externe.

De même, afin de garantir un parcours en adéquation avec les besoins des personnes accompagnées, le gestionnaire s'engage, sur son territoire, à utiliser l'outil Via Trajectoire Grand Age pour l'ensemble des usagers concernés ou Imad sur les territoires pour lesquels l'outil est déployé.

Le gestionnaire s'engage à mettre en œuvre les objectifs et actions s'inscrivant dans une logique de maintien de l'autonomie de la personne âgée.

Les objectifs et actions du CPOM concourent au respect du droit des usagers par le biais de la participation individuelle et collective des résidents. Le gestionnaire doit montrer sa capacité à prendre en compte dans son projet d'établissement, d'une part, et dans chaque projet personnalisé d'autre part, les besoins et attentes des résidents ainsi que leur environnement social et familial.

Le gestionnaire s'engage dans une démarche de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance ainsi que dans le déploiement de dispositifs de signalement précoce en cas de situation de maltraitance.

Le gestionnaire s'engage, par le biais des négociations avec l'ARS et le Conseil départemental, sur des objectifs spécifiques en matière de soins palliatifs et d'hospitalisation à domicile.

1.4 Coopérations territoriales

L'optimisation des parcours des personnes âgées est un enjeu majeur du PRS et du Schéma Départemental.

Il impose une ouverture des établissements médico-sociaux sur les territoires, un renforcement de la qualité et de l'efficacité ainsi qu'une exigence de coordination des acteurs dans le cadre d'une offre adaptée aux besoins des personnes âgées.

Il est attendu du gestionnaire qu'il puisse identifier les parcours de prise en charge, participer aux dispositifs d'appui à la coordination de son territoire, et caractériser la façon dont son offre d'accompagnement y participe. Ainsi, les coopérations territoriales s'entendent, d'une part, entre les établissements du gestionnaire et, d'autre part, avec l'ensemble des acteurs parties prenantes aux parcours identifiés.

Les objectifs et actions en matière de coopération territoriale seront déclinés dans les CPOM des différents partenaires de la coopération afin d'assurer une visibilité et un suivi des engagements mutuels et ainsi de favoriser l'accès aux droits et à la santé des personnes âgées et éviter les ruptures de parcours.

Lorsqu'un ou plusieurs établissements et services couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d'un CPOM prévu à l'article L. 6114-1 du Code de santé publique, celui-ci 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, tout particulièrement en matière de parcours d'accompagnement et de partenariat.

1.5 Pilotage interne du ou des ESMS du gestionnaire

A. Gouvernance

Dans le cadre du présent CPOM, une attention particulière sera portée à la gouvernance du gestionnaire à l'égard du ou des établissements et services médico-sociaux. Les négociations portent notamment sur l'efficacité de la gouvernance du gestionnaire.

B. Ressources humaines

Les enjeux du pilotage interne du ou des ESMS du gestionnaire sont primordiaux, aussi ce chapitre a pour objectif de donner à la politique de ressources humaines du gestionnaire une dimension stratégique et prospective sur chacun de ces six axes : gestion prévisionnelle des emplois métiers et compétences, gestion du temps et de la disponibilité des ressources humaines, gestion de la masse salariale, dialogue social, formation et qualification, santé et sécurité au travail.

Les objectifs afférents à la politique de ressources humaines seront déterminés après négociation entre le gestionnaire, l'ARS et le Conseil départemental.

Une vigilance particulière sera portée sur la bonne adéquation des effectifs avec les missions du ou des ESMS du gestionnaire.

C. Situation patrimoniale et financière

Le gestionnaire s'engage à assurer une gestion équilibrée afin de pérenniser le fonctionnement de la structure en adoptant une stratégie pluriannuelle au niveau de ses choix de gestion.

Le présent CPOM pourra intégrer un contrat de retour à l'équilibre si la situation financière du gestionnaire l'exige.

La gestion du patrimoine des ESMS doit s'adapter aux évolutions des besoins et des techniques d'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie.

Le gestionnaire veillera notamment à respecter les normes en vigueur en matière de sécurité et d'accessibilité des personnes accueillies, ainsi que les recommandations techniques et architecturales de l'abécédaire départemental « pour la construction et la restructuration des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » d'octobre 2015.

Le gestionnaire d'ESMS s'attachera à décliner les projets immobiliers significatifs envisagés sur les cinq années du contrat ainsi que les solutions prévues pour résoudre d'éventuelles problématiques liées au patrimoine (sécurité incendie, etc.).

Des précisions quant à la situation financière du gestionnaire peuvent être incluses au sein de cette partie.

D. Optimisation de la gestion des prestations

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.

La mise en œuvre d'une stratégie d'optimisation des achats et des transports constitue un levier majeur de performance et d'efficacité des ESMS. Aussi la négociation du CPOM permettra d'établir des objectifs en la matière.

E. Système d'information et dématérialisation au sein des ESMS

Le gestionnaire veillera à disposer d'un système d'information adapté au pilotage de ses activités, en privilégiant la dématérialisation des échanges de données. Le gestionnaire portera une attention particulière à l'informatisation des dossiers de soins individualisés, au déploiement des nouvelles technologies au profit des résidents ainsi qu'aux logiciels métiers.

ARTICLE 2 – PRESENTATION DU GESTIONNAIRE

2.1 Orientations stratégiques du gestionnaire

Présentation synthétique par le gestionnaire en 10-15 lignes maximum.

2.2 Carte d'identité du gestionnaire :

En sus, doivent être obligatoirement indiqués :

- le numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS ;
- le statut juridique de l'entité gestionnaire ;
- les modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire ;
- les différentes activités de l'entité juridique gestionnaire ;
- un organigramme de l'entité gestionnaire ;
- le cas échéant, l'organisation du siège ;

Activités du gestionnaire :

Secteur d'intervention	Département	Catégorie et raison sociale de l'établissement ou service	Date de 1 ^{ère} autorisation et date de renouvellement	Capacité autorisée	Capacité installée et financée
Grand âge					
Handicap					
Protection de l'enfance					
Inclusion sociale					
Secteur sanitaire					
Publics spécifiques					
Autre activité non soumise à autorisation					

2.3 Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Pour les établissements hors tarification contrôlée :

L'établissement s'engage, en fonction des demandes, à accueillir des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale dans une proportion de l'ordre de ... % de sa capacité d'hébergement permanent. Il s'engage à ce titre à offrir pour les bénéficiaires de l'aide sociale des conditions d'accueil et d'hébergement strictement identiques à celles dont bénéficient les autres résidents sans leur demander de supplément financier.

OU

Pour les établissements non habilités :

L'établissement n'est pas habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

OU

Pour les établissements partiellement habilités :

L'établissement est habilité à accueillir des bénéficiaires pour ... places sur un total de ... places d'hébergement. Il s'engage à ce titre à offrir pour les bénéficiaires de l'aide sociale des conditions d'accueil et d'hébergement strictement identiques à celles dont bénéficient les autres résidents sans leur demander de supplément financier.

ARTICLE 3 – CHAMP COUVERT PAR LE CONTRAT

Le gestionnaire présente :

- les autorisations d'activité liées au contrat ;
- les projets de restructuration ou de transformation de l'offre prévus susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM. Seules les évolutions amenant à de nouveaux objectifs qualitatifs ou à la mobilisation de moyens spécifiques devront donner lieu à un avenant au CPOM ;
- le référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ses établissements et services.

Département	N° FINESS ET	Catégorie et raison sociale de l'ESMS	Commune(s) d'implantation	Capacité autorisée	Capacité installée et financée

Le tableau ci-dessous précise les modalités d'accueil des activités médico-sociales du périmètre du CPOM.

Capacités totales gérées sur le périmètre du CPOM		
Activités	Capacité autorisée	Capacité installée
Hébergement permanent (HP)		
Hébergement permanent Alzheimer		
Hébergement temporaire (HT)		
Accueil de jour (AJ)		
Unité d'hébergement renforcée (UHR)		
Plateforme d'accompagnement et de répit (PFR)		
Dont Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA)	Dont	Dont
Autres, à préciser (exemple : UHT)		
Capacité totale installée		

En ce qui concerne l'activité de SSIAD, préciser le nombre de places PA ainsi que, pour information, le nombre de places dédiées aux personnes de moins de 60 ans, et si l'établissement dispose d'une équipe spécialisée Alzheimer.

ARTICLE 4 – DIAGNOSTIC PARTAGE

Le diagnostic partagé s'appuie sur les indicateurs transmis par le gestionnaire par le biais du Tableau de bord de la performance du secteur médico-social (ANAP), auxquels s'ajoutent des indicateurs supplémentaires établis par l'ARS et le Conseil départemental.

La synthèse de ces indicateurs sert de base d'échanges pour aboutir à un consensus entre le gestionnaire, l'ARS et le Conseil départemental sur les points forts, les points à améliorer et les objectifs et actions à inscrire dans le présent contrat.

La synthèse du diagnostic partagé est annexée au présent contrat.

ARTICLE 5 – OBJECTIFS OPERATIONNELS ET PLAN D' ACTIONS DU CPOM

Les objectifs opérationnels et le plan d'actions inscrits au CPOM sont directement issus du diagnostic partagé entre le gestionnaire, l'ARS et le Conseil départemental. Ils mettent en application l'ensemble des orientations et objectifs présentés à l'article 1.

Le nombre et la nature des objectifs doivent être conformes à une évaluation réaliste de la capacité du gestionnaire à mettre en œuvre l'ensemble des actions nécessaires à leur atteinte, et en rapport avec les moyens dédiés à la réalisation du CPOM. Les objectifs doivent être formulés avec précision en fonction d'une situation initiale décrite avec exactitude dans le diagnostic partagé.

Les objectifs opérationnels et plans d'actions faisant l'objet de la contractualisation sont les suivants :

1-

2-

3-

4-

5-

Le tableau de synthèse des objectifs et actions ainsi que les fiches-actions afférentes figurent en annexe du CPOM.

ARTICLE 6 – OBJECTIFS RELATIFS A L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

Le CPOM, par ses enjeux, a également pour finalité d'objectiver et d'optimiser l'activité du ou des ESMS. *Ainsi, les modalités de prise en charge effectivement mises en œuvre par le ou les ESMS sont explicitées ici.*

La négociation du CPOM doit permettre de mettre en cohérence les activités du gestionnaire avec les priorités de politique publique, et notamment celles établies par le PRS de l'ARS Grand Est et le Schéma Départemental en faveur des Personnes Agées du Haut-Rhin.

La négociation du CPOM doit permettre d'établir les activités du gestionnaire et de ses structures qui feront l'objet d'un objectif particulier.

En cas de problématique spécifique en matière d'activité, prévoir de contractualiser sur un objectif spécifique.

ARTICLE 7 – CADRAGE FINANCIER DU CONTRAT

Le CPOM explicite les moyens dont dispose le gestionnaire pendant la durée du contrat.

7.1 Détermination de la dotation globalisée commune de référence et de la tarification

Le gestionnaire pourra procéder, par **décisions modificatives**, et avant détermination des résultats de chaque établissement et service concerné par le CPOM, à une nouvelle répartition de la dotation dans la limite du montant de celle-ci, des indicateurs réglementaires applicables aux ESMS et uniquement concernant l'enveloppe relevant du même financeur et du même financement. Cependant, conformément à l'article R.314-43-1 du CASF, ces transferts de dotations ne sont valables que pour l'exercice pour lequel ils sont réalisés quand au moins un des établissements concernés dispose de financements définis en fonction d'une équation tarifaire, algorithme ou tarif plafond.

Il y a donc lieu de distinguer la dotation globalisée commune versée au gestionnaire par l'assurance maladie de la dotation globalisée commune versée au gestionnaire par le Conseil départemental.

7.1.1 Éléments communs aux deux financeurs

En ce qui concerne les EHPAD, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (PMP) servent de base de calcul pour les dotations. Elles sont réalisées de façon simultanée, par l'établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur, avant la conclusion du présent contrat ainsi qu'au cours de la troisième année du même contrat (article R. 314-170 du CASF). Le GMP et le PMP issus de ces évaluations sont déposés sur la plateforme GALAAD puis validés par l'ARS et le Conseil Départemental.

Ainsi, le PATHOS validé moyen pondéré (PMP) et le GIR moyen pondéré (GMP) de référence de chaque établissement couvert par le contrat en début de contrat sont les suivants :

N° FINESS ET	Catégorie et raison sociale de l'ESMS	PMP	Validé le	GMP	Validé le

7.1.2 Détermination de la dotation globalisée commune de référence des ESMS financés par l'assurance maladie

Les crédits alloués par l'ARS Grand Est sont des montants maximums, garantis sous réserve que l'évolution de l'enveloppe nationale et celle de la dotation régionale le permettent.

Une **décision de tarification** sera ensuite notifiée chaque année par l'ARS au gestionnaire.

Lorsque la dotation globalisée commune (DGC) est financée par l'assurance maladie (AM) et porte sur des établissements et services implantés dans plusieurs départements d'une même région, la **caisse pivot unique** est la caisse de la circonscription d'implantation de la personne morale perceptrice lorsque celle-ci est implantée dans la région Grand Est. A défaut, elle fera l'objet d'une définition particulière dans le CPOM dans les conditions fixées par le Code de la sécurité sociale. Elle est versée selon les modalités prévues à l'article R314-107 du code de l'action sociale et des familles.

La DGC AM est d'un montant total de ... € au 01/01/ N. Elle comprend le cas échéant :

- **Pour les EHPAD**, conformément aux articles L. 314-2, R. 314-159 et suivants du CASF :
 - Le **forfait global de soins** pour l'hébergement permanent prend en compte l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (GMP) et l'évaluation de leurs besoins en soins (PMP), validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente ainsi que l'option tarifaire de chaque EHPAD du contrat. Ces éléments sont précisés dans le point 7.1.1 Éléments communs aux financements assurance maladie et conseil départemental.
 - Eventuellement des **financements complémentaires** relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières (AJ, HT, PASA, PFR, UHR, etc.).

- **Pour les SSIAD**, une **dotation soin distincte** entre le financement pour les personnes âgées et celui pour les personnes en situation de handicap

Les contractants s'attacheront à décrire ci-dessous les financements complémentaires perçus par le gestionnaire (objet, année d'attribution...)

N° FINESS ET	Catégorie et raison sociale de l'ESMS	Base reconductible dotation soins au 01/01/N <u>Financement PH</u>	Base reconductible dotation soins au 01/01/N <u>Financement PA</u>	dont forfait global de soins	dont fin ^{ts} complémentaires	Détail des fin ^{ts} complémentaires	Option tarifaire (EHPAD : global ou partiel + avec ou sans PUI)
TOTAL		00,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	

7.1.3 Le forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance est calculé conformément aux articles R. 314-172 et suivants du CASF. Il est le résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (GMP) et de la Valeur du Point Gir (VPG) départemental fixée chaque année par arrêté départemental.

Le forfait global relatif à la dépendance de l'année N+1 versé par le Conseil départemental sera calculé de la manière suivante pour les places d'hébergement permanent :

<p>(VPG N de l'établissement x somme des points GIR N valorisée en colonne E de l'annexe 3-6) revalorisé du taux retenu par délibération du Conseil départemental fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'année N+1</p> <p>augmenté de :</p> <p>Application de la convergence tarifaire : [(VPG départemental - VPG de l'établissement) x somme des points GIR valorisée en colonne E de l'annexe 3-6] / X années jusqu'en 2023</p> <p>diminué des :</p> <p>Montants prévisionnels au titre des participations des résidents, des produits de la tarification « autres Départements », et produits de facturation des résidents de moins de 60 ans.</p>

L'écart entre le montant estimatif et le montant réel constaté à l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD), des produits de la tarification « autres Départements », et produits de facturation des résidents de moins de 60 ans est pris en compte ultérieurement. Ainsi, le forfait N+1 intègre la régularisation à ce titre constatée à l'ERRD N-1.

En cas de places d'hébergement temporaire, celles-ci sont financées sur la base de la même VPG que les places d'hébergement permanent.

Conformément à l'article R 314-170-2 du CASF, le forfait global relatif à la dépendance prend en compte le niveau de perte d'autonomie validé au plus tard le 30 juin de l'année précédente.

A titre indicatif, sur la base de la VPG départemental de X € (pour l'année N) et d'un nombre de points gir de, la convergence tarifaire pour l'établissement se traduit par une évolution des crédits de +/- XXXX € d'ici 2023, soit +/- XXXX € par an. Cette incidence budgétaire de la convergence sera ajustée, le cas échéant, en lien avec la nouvelle validation de GMP intervenant en cours de contrat ou toute modification de la capacité d'hébergement.

Concernant les accueils de jour annexés à un EHPAD, leurs tarifs dépendance sont déterminés, en application de l'article R 314-182 du CASF, par modulation des tarifs dépendance de l'EHPAD de rattachement et selon le coefficient de modulation précisé par arrêté de la Présidente du Conseil départemental.

7.1.4 La tarification de l'hébergement

Le présent contrat fixe les éléments pluriannuels relatifs au tarif hébergement, la détermination annuelle du prix de journée n'étant plus soumise à la procédure contradictoire.

Le tarifs d'hébergement sont fixés de la manière suivante :

7.1.4.1 Bénéficiaires de l'aide sociale :

Le prix de journée « hébergement » pouvant être pris en charge par l'aide sociale départementale pour les bénéficiaires de l'aide sociale est celui fixé chaque année par arrêté de tarification de la Présidente du Conseil départemental.

Le prix de journée « année N » est le prix de journée en vigueur au moment de la signature du présent contrat, tel que figurant en annexe 1bis.

Le nettoyage du linge des résidents ne figure pas dans les prestations minimales dites prestations « socle » déclinées à l'article R314-179 du CASF par application du décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 « relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD ».

Pour autant, le coût de cette prestation étant inclus dans le prix de journée notifié à ce jour, toute facturation complémentaire à ce titre entrainera une minoration à due concurrence du prix de journée notifié par la Présidente du Conseil départemental du Haut-Rhin.

SOIT :

Le présent contrat acte de la décision de l'EHPAD de maintenir cette prestation dans son prix de journée. En cas d'option future du gestionnaire de pratiquer une facturation complémentaire à ce titre :

- Les modalités tarifaires de cette décision devront être communiquées sans délai au Département,
- Le prix de journée sera minoré du montant de la facturation correspondante établie aux résidents.

SOIT :

Le présent contrat acte du choix du gestionnaire de pratiquer un complément tarifaire au titre du nettoyage du linge des résidents. Par conséquent, et à compter de la date d'effectivité de cette mesure, le gestionnaire facturera aux résidents le prix de journée, tel que notifié dans un nouvel arrêté de tarification.

7.1.4.2 Les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale :

Les prix de journée sont fixés librement, à l'entrée dans l'établissement, par l'organisme gestionnaire dans le cadre du contrat de séjour.

Pour les établissements habilités à l'aide sociale hors tarification contrôlée :

Toutefois l'établissement s'engage à ne pas créer d'écart significatif entre le tarif aide sociale et les tarifs libres, applicables aux résidents payants. Une fois fixés, ces derniers évoluent dans la limite du pourcentage fixé au 1^{er} janvier de chaque année par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de l'économie conformément à l'article L. 342-3 du CASF, basé sur l'évolution des coûts de construction et des loyers, des produits alimentaires et des services et du taux d'évolution des retraites de base prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

7.2 Evolution des dotations et de la tarification

7.2.1 Evolution de la DGC financée par l'assurance maladie

Cette dotation sera actualisée chaque année en fonction des orientations budgétaires arrêtées dans le rapport d'orientation budgétaire établi annuellement par l'ARS.

Le taux d'évolution n'est donc pas nécessairement uniforme entre plusieurs EHPAD ou services du même CPOM.

7.2.2 Evolution des tarifs et dotations fixés par le Département

Le taux directeur appliqué par le Conseil Départemental fait l'objet d'une délibération annuelle de celui-ci.

Les modalités de versement de l'aide sociale départementale peuvent être précisées dans ce paragraphe si des compléments sont à apporter par rapport au règlement départemental d'aide sociale.

7.2.3 Dispositions communes

Le montant de ce forfait est modulé chaque année en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement selon les modalités prévues par l'article R. 314-160 (soins) et R314-174 (dépendance) du CASF. Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (article R. 314-161 CASF).

Conformément aux articles R. 314-236 et L. 313-14-2 du CASF, l'ARS et le Conseil Départemental pourront demander la récupération de certains montants dès lors qu'ils constatent :

1. Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des ESMS fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
2. Des recettes non comptabilisées.

Cette récupération viendra en déduction de la tarification de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit.

7.3 Modalités d'affectation des résultats comptables

Le gestionnaire est libre d'affecter à la fin de chaque exercice, ses résultats, en lien avec les objectifs du CPOM. Ils sont affectés aux comptes de résultats dont les résultats sont issus. L'affectation des résultats par le gestionnaire devra s'effectuer en fonction des moyens et actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés dans ce contrat. Il est également tenu compte des projets d'investissement du gestionnaire.

- **Affectation des résultats excédentaires :**

Conformément à l'article R314-234 du CASF, le gestionnaire devra veiller chaque année à affecter le résultat :

- en priorité à l'apurement des déficits antérieurs,
- à un compte de report à nouveau,
- au financement de mesures d'investissement,
- à un compte de réserve de compensation,
- à un compte de réserve de trésorerie,
- à un compte de réserve de compensation des charges d'amortissement.

Par ailleurs et par application de l'article R314-244 du CASF, il est rappelé l'impossibilité, pour les établissements relevant de l'article L.342-1 du CASF, d'affecter les résultats du compte d'emploi relatifs aux tarifs afférents à la dépendance et aux soins en réserve d'investissement ou de trésorerie, ainsi qu'à la réserve de compensation des charges d'amortissements.

- **Affectation des résultats déficitaires :**

La couverture des déficits relève de la responsabilité du gestionnaire. Le déficit doit être couvert :

- en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire et la réserve de compensation des déficits ;
- pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire.

7.4 Modalités de suivi des éléments financiers du contrat

Le gestionnaire devra produire chaque année un **état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)** unique regroupant à minima l'ensemble des activités du périmètre du CPOM, dans les conditions et délais prévus par les articles R. 314-210 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

L'**état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD)** se substitue aux comptes administratifs et devra être transmis dans les conditions et délais des articles R. 314-232 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Chaque année le gestionnaire devra également transmettre à l'ARS et au Conseil départemental une **annexe activité** en version électronique pour le 31/10/N-1 conformément à l'article R.314-219 du code de l'action sociale et des familles.

Il convient de rappeler que dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, l'allocation des ressources en soins et dépendance des EHPAD et des petites unités de vie (PUV) se fait automatiquement depuis 2017, en dehors du cadre de la procédure contradictoire budgétaire. Un EPRD et un ERRD sont donc déjà transmis pour ces ESMS depuis l'exercice 2017.

7.5 Détermination des frais de siège (Non applicable aux établissements commerciaux)

Il conviendra d'adapter l'autorisation des frais de siège en fonction de la situation du gestionnaire puisque c'est le principal financeur (ARS/ Conseil départemental) qui est chargé de fixer les conditions d'autorisation des frais de siège.

Lorsque c'est le CPOM qui autorise les frais de siège et que le périmètre du CPOM correspond à celui des établissements et services gérés par le gestionnaire – article L. 314-7 VI du CASF.

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).

L'organisme gestionnaire signataire du présent contrat est autorisé à percevoir des frais de siège à compter du XXXX pour une durée de cinq ans. Cette autorisation peut être abrogée si les conditions de son octroi cessent d'être remplies.

Le siège social participera auprès des établissements et services aux prestations suivantes :

- services en matière de comptabilité :
- services en matière de gestion :
- services ressources humaines et juridiques :
- services développement :
- services en matière de coordination et d'évaluation :
- services en matière de communication :
- autres services :

(liste indicative et non exhaustive à ajuster le cas échéant)

Le taux de prélèvement est fixé à XXX% des charges brutes des sections d'exploitation de l'ensemble des établissements et services gérés par le gestionnaire.

En application de l'article R. 314-93 du CASF, ce pourcentage, qui est unique pour l'ensemble des établissements et services de l'organisme gestionnaire, est applicable pour la durée de l'autorisation. Il peut être révisé.

De ce fait, la procédure contradictoire annuelle décrite à l'article R. 314-91 du CASF n'est plus requise.

Le montant des charges brutes est calculé sur la base du dernier exercice clos, hors charges exceptionnelles (compte 67), hors provisions (compte 68) sauf le compte 681, hors frais de siège déjà versés (compte 6556), et hors dépenses « non opposables aux tiers financeurs » (comptes 116) et dépenses refusées.

A ce titre, il conviendra d'adresser, chaque année (avant le 31 octobre) aux autorités de tarification compétentes, le tableau relatif à la « répartition des quotes-parts de frais de siège entre les établissements » présentant le calcul détaillé des charges brutes, selon les modalités ci-dessus.

ARTICLE 8 – DUREE DU CPOM ET MODALITES DE SUIVI

8.1 La durée du contrat

Le contrat entre le gestionnaire, l'ARS Grand Est et le Conseil départemental du Haut-Rhin est conclu pour une durée de cinq ans. Il prend effet à compter de la date de signature.

L'entrée dans le nouveau processus budgétaire tel que décrit dans l'article 7 sera réalisée en année pleine à compter de N+1.

8.2 Le suivi et l'évaluation du contrat

Le suivi annuel

Le gestionnaire doit transmettre annuellement à la Délégation Territoriale de l'ARS Grand Est et au Conseil départemental du Haut-Rhin un bilan annuel de l'état d'avancement du plan d'actions en même temps que l'ERRD.

Les documents à produire

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et comptables, revue des objectifs, données issues du diagnostic partagé et du tableau de bord de la performance ANAP, ou tout autre document jugé utile.

Le gestionnaire veillera à transmettre au Conseil départemental chaque année les rapports N-1 tels que figurant en annexes 8 et 9.

Dans le cadre du dépôt de l'ERRD, le gestionnaire veillera à transmettre au Conseil départemental les informations suivantes, telles que figurant en annexes 10 et 11 :

- Le taux d'absentéisme,
- Le détail des recettes hors produits de la tarification.

Le bilan et le compte de résultat détaillés - tant consolidés de l'association gestionnaire que propres à l'établissement - sont également à transmettre, ainsi que la balance générale des comptes de l'établissement et les rapports (général et spécial) du commissaire aux comptes.

Le bilan à mi-parcours

Le contrat fait également l'objet d'un suivi dans le cadre du bilan à mi-parcours, au cours de la troisième année du contrat. Un comité est alors composé et réunit :

- pour l'ARS, le Directeur Général de l'ARS ou son représentant ;
- pour le Conseil départemental, la Présidente du Conseil départemental ou son représentant ;
- pour le gestionnaire, le Président de l'association et le Directeur Général ou leurs représentants.

Le bilan à mi-parcours a pour objet :

- l'examen de l'état d'avancement des actions prévues au contrat ;
- l'évaluation intermédiaire des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat issus du tableau de bord de la performance de l'ANAP ;

- l'analyse des perspectives pour l'année du dialogue de gestion et les années à venir ;
- la définition des éventuels avenants.

L'analyse est menée sur la base d'un rapport d'étape produit par le gestionnaire d'ESMS, au plus tard, un mois avant la réunion et comprenant les bilans annuels de réalisation des actions prévues à la première partie du contrat.

8.3 La révision du contrat

A la demande du gestionnaire, de l'ARS ou du Conseil départemental, les dispositions du contrat peuvent être modifiées par voie d'avenant :

- Pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement du gestionnaire, de l'offre d'accompagnement et de prise en charge et des missions qui lui sont confiées ;
- Pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques et départementales ;
- Pour intégrer un accompagnement financier éventuel consenti par l'ARS et/ou le Conseil départemental destiné à la réalisation des nouvelles orientations du contrat.

8.4 Le renouvellement du contrat

La procédure de renouvellement du contrat débute l'année qui précède la fin du CPOM. Ainsi, les négociations dans le cadre du renouvellement du CPOM débutent en N-1 afin de garantir la continuité des contrats.

8.5 Le recours contentieux

Chacune des trois parties peut demander la révision ou la résiliation du contrat en cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution impossible du présent contrat, par lettre recommandée avec accusé réception.

La procédure à suivre en cas de litige entre les parties est la suivante :

- Tentative de conciliation amiable, au préalable, par le biais de réunions entre les parties avec compte-rendu et documents à l'appui ;

- Litige porté devant le Tribunal Administratif territorialement compétent en cas d'échec de la tentative de conciliation.

Fait à XXXXXX, le XX/XX/XX

Pour le gestionnaire d'ESMS,
Le représentant dûment habilité,

Pour l'ARS Grand Est
Le Directeur Général de l'ARS,

Pour le Conseil départemental
La Présidente du Conseil
départemental du Haut-Rhin

Brigitte KLINKERT

ANNEXES OBLIGATOIRES AU CPOM

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

Annexe 1 : Synthèse du diagnostic partagé

Annexe 1 bis : Eléments tarifaires, financiers, comptables et budgétaires

Annexe 2 : Tableau de synthèse des objectifs et actions du CPOM

Annexe 3 : Fiches actions du CPOM

Annexe 4 : Synthèse relative à l'évolution des activités prévues dans le cadre du contrat

Annexe 5 : Synthèse des moyens mobilisés pendant le CPOM

Annexe 6 : Plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Annexe 7 : Répartition des résidents par GIR

Annexe 8 : Rapport d'activité du CD68

Annexe 9 : Rapport d'activité médicale du CD68

Annexe 10 : Absentéisme

Annexe 11 : Détail des recettes hors produits de la tarification