

ANNEXE 2



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS

ET DE MOYENS

Secteur Personnes Agées 2024-2029

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine

ET

Le Conseil Départemental de la Creuse

ET

**Développement des Foyers de Province,
gestionnaire de :**

EHPAD LAULADE

EHPAD LAS MELAIES

Sommaire :

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	6
1) Article 1 – L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	6
2) Article 2 – L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire	144
3) Article 3 – Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé	144
4) Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM	15
4.1 Les modalités de détermination des bases budgétaires du CPOM.....	155
4.2 Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM.....	177
4.3 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence	188
4.4 Engagements du Gestionnaire XX/des ESMS X	20
4.5 Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM ..	200
4.6 Les frais de siège.....	211
4.7 Modalités financières : Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)	211
4.8 Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM.....	222
4.9 Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit	222
TITRE 2 – LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT.....	233
5) Article 5 – Le suivi et l'évaluation du contrat.....	233
6) Article 6 – Le traitement des litiges.....	244
7) Article 7 – La révision du contrat.....	255
8) Article 8 – La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.....	255
9) Article 9 – La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans.....	255
10) Article 10 - Pénalités financières	255
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM.....	266

Entre,

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

Le Conseil départemental Creuse, représenté par Valérie Simonet, Présidente;

L'agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine, représentée par Benoît Ellebood, Directeur général;

Et d'autre part,

Développement des Foyers de Province, situé 31, rue Saint-Sébastien, 13006 MARSEILLE, représenté par Monsieur Cédric du Chéné, Directeur Général, la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

PROJET

Visas et références juridiques :

Vu le code de l'action sociale et des familles et ses articles :

- L.313-12 et L.313-12-2 ;
- R 314-9 à 13, R 314-14 à 19, R 314-21 à 25, R 314-36 à 39, R 314-44 à 47, R 314-49 à 55, R 314-72 et 73, R 314-79 et 84 ;
- R 314-20 relatif aux plans pluriannuels d'investissements ;
- R 314-39 à R 314-43 ainsi que le nouvel article R 314-43-1, R314-105 à 107, R 314-129 à 143, R 314-210 à 244 ;

- L 314-7 et R314-87 à 314-94, complétés par les articles R 314-94-1 et R314-94-2 relatifs aux frais de siège

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

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

Vu la loi n°2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 ;

Vu la loi n°2022-1726 du 30 décembre 2022 de finances pour 2023

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

Vu le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 2018 du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, portant adoption du projet régional de santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine ;

Vu l'arrêté du 23 octobre 2018 du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, relatif au programme Interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de la région Nouvelle-Aquitaine ;

Vu le schéma départemental de l'autonomie 2022-2027 du 17 décembre 2021 ;

Vu l'arrêté conjoint du 3 janvier 2018 actant le renouvellement d'autorisation de l'EHPAD « Las Mélaies », sis Bonnat, géré par l'association des foyers de Province, sise Marseille ;

Vu l'arrêté conjoint du 4 janvier 2018 actant le renouvellement d'autorisation de l'EHPAD « Laulade », sis, Budelière, géré par l'association des foyers de Province, sise Marseille ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 2022 de programmation de l'ARS de Nouvelle Aquitaine et du conseil départemental de la creuse ;

Vu la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD « Las Mélaies », sis Bonnat, à effet au 18 juin 2014 ;

Vu la convention tripartite pluriannuelle de l'EHPAD « Laulade », sis Budelière, à effet au 1^{er} juillet 2014 ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule : dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, le département de la Creuse et le gestionnaire conviennent d'établir leurs relations dans le cadre d'une démarche volontaire et partenariale 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.

Le présent contrat définit ainsi le cadre des engagements techniques et financiers entre l'ARS, le Département et le gestionnaire et repose notamment sur :

- un diagnostic préalable de la situation financière et budgétaire, des modalités d'organisation et de fonctionnement, de développement d'axes stratégiques, de(s) établissement(s) et/ou de(s) service(s) précité(s) ;
- les obligations respectives de chacun des co-contractants ;
- des objectifs contractuels, fixés de manière concertée entre les parties signataires, et déclinés en orientations stratégiques d'une part, et objectifs opérationnels transversaux et spécifiques d'autre part ;
- les modalités de fixation de la tarification ;
- La mise en place d'une gestion rigoureuse en vue de la meilleure efficacité coût/service rendu dans le respect des crédits impartis ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1) ARTICLE 1 – L'IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE ET PERIMETRE DU CONTRAT

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

- [Présentation du gestionnaire](#)

Développement des Foyers de Province situé 31, Rue Saint-Sébastien, 13006 MARSEILLE

[Société par actions simplifiées](#)

[N° FINESS : 130046113](#)

L'Association des Foyers de Province (AFP) a été créée en 1950 (loi 1901, à but non lucratif). Après avoir dans un premier temps concentré son activité sur le logement des travailleurs, elle se consacre dès 1969 au service des personnes âgées.

Le groupe est structuré en quatre entités :

- une association : l'Association des Foyers de Province (21 établissements)
- trois sociétés par action simplifiée :
 - Développement des Foyers de Province (9 établissements)
 - Actemos (organisme de formation)
 - Gestion des Foyers de Province (siège social), situé à Marseille au :

31 rue Saint Sébastien

13006 Marseille

Tél. 04 91 77 60 09

Email contact@groupeafp.com

groupeafp.com

DFP délègue les missions de son gestionnaire à son prestataire Gestion des Foyers de Province (GFP).

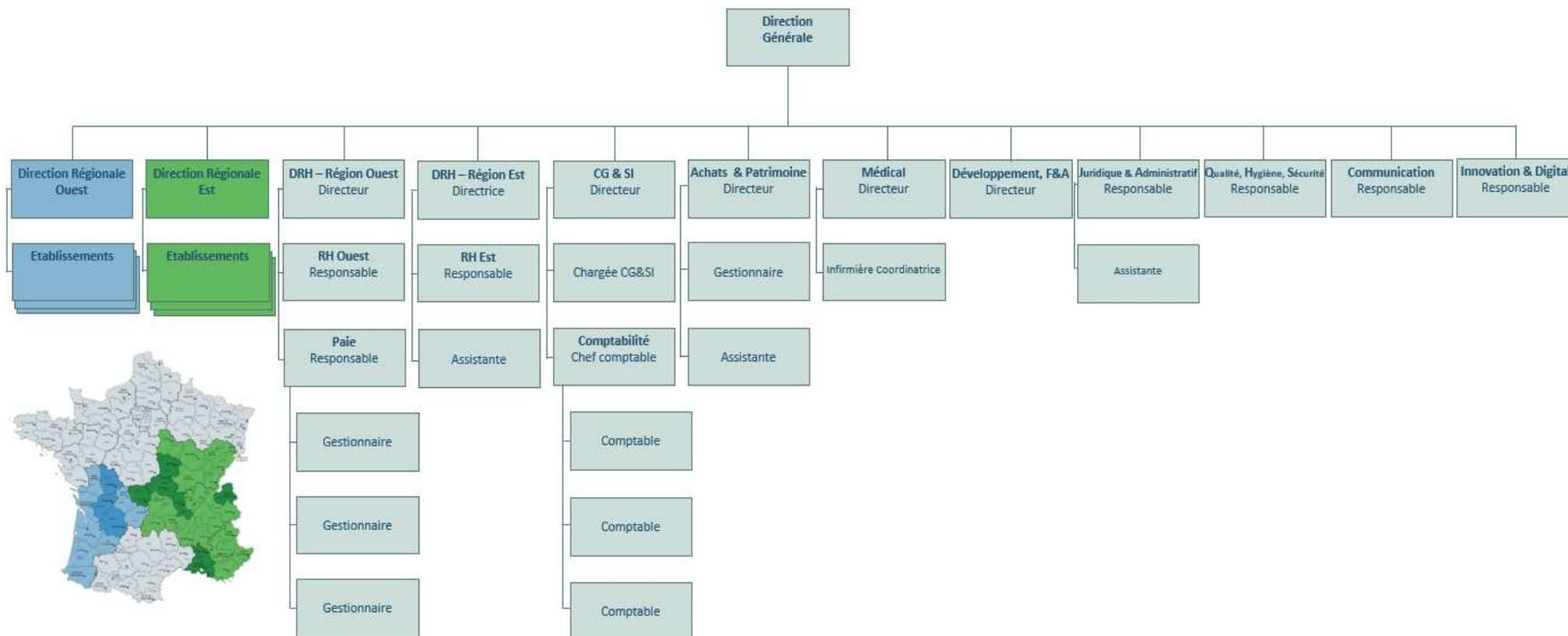
Au niveau de GFP se trouve la direction générale ainsi qu'un pool de ressources composé de divers services :

- Les ressources humaines
- La direction médicale
- La qualité, l'hygiène et la sécurité
- Les directions régionales
- Le contrôle de gestion, comptabilité et système d'information
- Les achats et le patrimoine
- Le service administratif et juridique
- Le développement, fusion et acquisitions
- La communication
- L'innovation et la transformation digitale

Ces services travaillent en étroite collaboration et accompagnent au quotidien les établissements.

CF organigramme ci-après

PROJET



Les établissements entrant dans le périmètre du contrat :

- EHPAD Laulade, 10, rue Laulade 23170 BUDELIERE, représenté par Madame Karine MOREL, agissant en qualité de Directrice.
- EHPAD Las Mélaies, 3, rue des Frémeaux 23220 BONNAT, représenté par Madame Valérie VERGER, agissant en qualité de Directrice

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 ;*
- *Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat.*

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

EHPAD LAS MELAIES

- Arrêté du 17 juillet 1980 : autorisation de construction du logement-foyer Las Mélaies. Ouverture le 1^{er} avril 1982 à la suite du contrôle de conformité diligenté par Monsieur le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Creuse en date du 30 mars 1982.
- Propriétaire : Office HLM France Loire de Saint Amand (18),
- Gestionnaire : Association des Foyers de Province de Marseille (13), agissant en application de la convention de location en date du 9 décembre 1981, conclue avec le propriétaire.
- Convention n°23/3/12.1980/79.297/2/018.009/048 : ouverture des droits à l'aide personnalisée au logement dans les conditions définies dans le livre III, titre V du Code de la construction et de l'habitation.
 - Convention d'habilitation à l'aide sociale du 6 mai 1982.
 - Convention du 11 mai 1987 qui reconnaît l'existence au sein de l'établissement d'une section de cure médicale.
 - Signature de la 1^{ère} convention tripartite pluriannuelle le 28 juin 2002 suite à l'arrêté n° 2001-1188 du 17 septembre 2001 par lequel Monsieur le Préfet de la Creuse autorise la transformation du Foyer Logement en EHPAD.
 - Résiliation de la convention d'habilitation à l'aide sociale à compter du 1^{er} mai 2004.
 - Arrêté du 4 janvier 2018, l'ARS et le Conseil Départemental de la Creuse autorisent la cession de l'EHPAD, géré par l'Association des Foyers de Province à la société par actions simplifiée Développement des Foyers de Province.
 - Renouvellement de la convention tripartite en janvier 2008
 - Signature d'un avenant à cette convention signé pour une durée de 1 an en 2013.
 - Renouvellement en 2014 de la convention tripartite pour 5 ans.
 - Arrêté du 1^{er} juillet 2020 actant l'habilitation partielle à l'aide sociale de 10 places d'hébergement.

L'établissement est construit sur 2 hectares, en structure pavillonnaire. Il se compose de 5 bâtiments :

- 1 bâtiment principal avec 16 appartements « Néfliers » et un accès aux parties communes.
- 4 îlots comptant chacun 16 appartements « Cerisiers, Pommiers, Abricotiers, Noisetiers »

Caractéristiques de la population accueillie

Capacité : 80 résidents avec un renouvellement d'environ 30 personnes par an

Répartition de la population par tranche d'âge au 31/12/2021

Classe d'âge	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus
Nombre	0	3	1	3	13	23	18	8
Pourcentage		4.35 %	1.45 %	4.35 %	18.84 %	33.33 %	26.09 %	11.59 %

Moyenne d'âge : 89 ans

Hommes : 85 ans, 7 mois

Femmes : 90 ans, 1 mois

Répartition par sexe

SEXE	Hommes	Femmes	Total
	20	49	69
	28.99 %	70.01 %	100 %

Provenance des résidents

Provenance	Nombre	%
Domicile	25	36.23, %
établissement de santé	40	57.97 %
établissement médico-social	4	5.80 %
Provenance inconnue		
Total :	69	100,00%

Concernant les besoins :

Ces besoins de base sont enrichis par 2 types de besoins complémentaires que sont **les besoins de soins** et les **besoins d'un cadre institutionnel**.

- **Les besoins de soins :**
 - o Les soins médicaux généraux, les soins médicaux « psychologiques », la vie quotidienne et le confort.
- **Les besoins d'un cadre institutionnel :**
 - o Sécurité des personnes, protection, prévention et préservation, assistance au quotidien : sécurisation et préservation
- **Concernant les attentes :**

Il est primordial de recueillir les attentes des personnes accueillies pour construire un projet individualisé qui en tienne compte.

EHPAD LAULADE

- Arrêté en date du 15 Décembre 1981, conformément aux dispositions de l'article 32 du décret N°76838 du 25 Août 1976 Monsieur le Préfet de la Creuse autorise la création du logement-foyer « Laulade » d'une capacité de 60 studios, 60 résidents. Cette capacité de 60 places est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. La Société d'H.L.M. France Loire est propriétaire des murs, la gestion de l'établissement est confiée à l'Association des Foyers de Province.
- En date du 30 juin 1982, convention N° 23/3/06-1982/79.297/2/018.009/131 entre Monsieur le Préfet de la Creuse, la Société Anonyme d'H.L.M. et l'Association des Foyers de Province. Elle conditionne l'ouverture du droit à l'aide personnalisée au logement pour les résidents.
- Convention d'habilitation à l'aide sociale du 3 janvier 1985.
- Arrêté de Monsieur le Préfet de la Creuse du 19 Juillet 1988, 20 places de section de cure médicale sont autorisées sur la capacité de 60 places d'hébergement.
- Arrêté en date du 26 Novembre 1990 de Monsieur le Président du Conseil Général de la Creuse, l'Association des Foyers de Province a été autorisée à porter la capacité de l'établissement à 68 places d'hébergement pour personnes âgées (dont 68 places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale).
- Arrêté préfectoral N°2001-1189 du 17 septembre 2001 la résidence « Laulade » change de statut juridique est devient un Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes. La convention tripartite est signée le 24 avril 2002 pour une durée de 5 ans.
- 17 Juillet 2003 par acte notarié, l'Association des Foyers de Province devient propriétaire de la résidence « Laulade ».
- Résiliation de la convention d'habilitation à l'aide sociale à compter du 1^{er} mai 2004.
- 31 janvier 2008 une convention tripartite deuxième génération est signée pour une durée de 5 ans. Arrivée à échéance le 31 janvier 2013, cette convention est reconduite par un avenant d'une durée d'un an maximum signé le 15 juillet 2013.
- 1^{er} Juillet 2014 une nouvelle convention tripartite est signée pour une durée de 5 ans.
- Arrêté N°2014/153 en date du 13 mars 2014, l'Agence Régionale de Santé du Limousin et le Conseil Général de la Creuse autorisent l'ouverture du Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) (capacité autorisée 14 places) pour une durée de 15 ans.
- Arrêté du 4 janvier 2018, l'ARS et le Conseil Départemental de la Creuse autorisent la cession de l'EHPAD, géré par l'Association des Foyers de Province à la société par actions simplifiée Développement des Foyers de Province.

L'établissement est implanté sur un hectare. L'EHPAD se compose d'un bâtiment principal comprenant les cuisines, la lingerie, les vestiaires, sanitaires et salle de repas du personnel, les sanitaires hommes et femmes, un salon, deux salles de restaurant, l'infirmerie, un salon-véranda, le service administratif.

Les 60 studios de plains pieds sont répartis dans 6 bâtiments portant des noms de fleurs au cœur de parc aménagé.

Dans un autre bâtiment appelé « annexe » se situe le salon de coiffure, le bureau de la psychologue et le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA).

Le logement des résidents est actuellement assuré dans des chambres d'une superficie de 25 à 37.17 m². Cela permet aux résidents en couples d'être dans le même studio et pour ceux qui le souhaitent d'apporter un peu de mobilier.

Répartition de la population par tranche d'âge au 31/12/2021

Tranche d'âge	Total	F	H	%
55 à 59 ans	1	1		1,49%
60 à 64 ans				0,00%
65 à 69 ans	3	2	1	4,48%
70 à 74 ans	2	1	1	2,99%
75 à 79 ans	7	4	3	10,45%
80 à 84 ans	9	7	2	13,43%
85 à 89 ans	12	10	2	17,91%
90 à 94 ans	23	16	7	34,33%
95 à 99 ans	9	7	2	13,43%
100 à 104 ans	1	1		1,49%
				100,00%

Origine géographique et état de santé	GIR						Total	
	1	2	3	4	5	6	Nombre	%
Département	4	4	3	2			13	19,40%
Département limitrophe	7	20	11	4	2	1	45	67,16%
Autres	5	3		1			9	13,43%
Total	16	27	14	7	2	1	67	100,00%
%	23,88 %	40,30 %	20,90 %	10,45 %	2,99 %	1,49 %	100,00%	

La moyenne d'âge des résidents est de 88 ans. Une grande majorité des résidents sont originaires de l'Allier, département limitrophe de l'établissement.

Concernant les besoins :

Il existe 5 niveaux de besoins (les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, d'appartenance et d'affectivité, d'estime et d'autonomie, d'actualisation et de transcendance).

Ces besoins de base sont enrichis par 2 types de besoins complémentaires que sont **les besoins de soins** et les **besoins d'un cadre institutionnel**.

L'ensemble de ces besoins est couvert quotidiennement par le fonctionnement même de l'établissement (Cf. § 5). Par ailleurs, le référent, interlocuteur privilégié du résident, est en permanence à son écoute et s'appuie sur l'équipe pluridisciplinaire pour interpréter et répondre aux attentes exprimées ou perçues.

De même, l'actualisation annuelle du projet individualisé, désormais appuyée par un avenant au contrat de séjour constitue un rempart supplémentaire contre toute mise à l'écart accidentelle.

Différentes instances permettent de recueillir les attentes des résidents, le CVS, les enquêtes annuelles...

L'Association des Foyers de Province en date de 13 février 2004 dénonce la convention d'habilitation à l'aide sociale pour l'EHPAD Laulade. L'accord est entériné par les lettres en date des 30 mars 2004 et 2 avril 2004. La résiliation prend effet au 1er mai 2004. Un avenant N°1 à la convention tripartite est signée le 2 décembre 2004.

Les résidents pourront bénéficier de l'aide sociale après 5 ans de présence à la résidence.

L'EHPAD Las Mélaies a obtenu en juillet 2020, une habilitation partielle à l'aide sociale pour 10 résidents. Cette demande a été formulée suite à une dégradation du taux d'occupation de l'établissement.

- [Partenariat\(s\) existant\(s\) et formalisé\(s\) du gestionnaire avec d'autres](#)

L'EHPAD Las Mélaies a développé de nombreux partenariats dans différents domaines dans un but d'amélioration de l'accompagnement des personnes accueillies.

Le principal partenaire de l'EHPAD est le centre hospitalier de Guéret avec lequel une convention a été signée.

L'établissement travaille également avec le CHRU et la clinique Chenieux à Limoges notamment pour les consultations d'ophtalmologie, le centre hospitalier spécialisé La Valette pour les consultations psychiatriques.

L'EHPAD travaille avec 2 pharmacies, avec lesquelles il a signé une convention. Un pharmacien référent a été désigné. Afin d'avoir une équité, chaque pharmacien aura le rôle de référent pour un an.

Des conventions ont été signées avec le service d'hospitalisation à domicile (HAD), l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée.

L'HAD et l'EMSP interviennent de façon très ponctuelle pour des cas de fin de vie.

L'infirmière de psychiatrie est présente dans l'établissement tous les 15 jours et travaille conjointement avec le psychologue et les infirmiers de la structure.

L'EHPAD Laulade a développé de nombreux partenariats dans différents domaines dans un but d'amélioration de l'accompagnement des personnes accueillies.

En cas de soins qui imposeraient un dépassement des compétences de l'établissement, une hospitalisation peut être nécessaire. Si elle se fait de façon programmée, le souhait du résident concernant le lieu est favorisé dans la mesure du possible comme le choix du transporteur.

Le recours aux services d'urgence fait l'objet d'une procédure accessible par tous (DLU).

Des conventions avec des établissements sanitaires environnants ont été signées. Elles doivent favoriser l'accès aux soins des personnes âgées sans un passage systématique par le service d'urgences et un retour le plus rapide possible et dans les meilleures conditions au sein de

L'EHPAD. Nous avons signé une convention avec le C.H de Guéret. Mais les résidents sont en général dirigés vers le C.H de Montluçon plus proche de l'établissement.

Les résidents ont accès aux soins externes comme à domicile. Ils sont accompagnés d'un proche dans la mesure du possible. Les rendez-vous sont pris par les infirmières ou par la famille. Le transport est organisé par les infirmières en lien avec la famille.

L'EHPAD s'inscrit dans un réseau gérontologique de soin pour assurer une prise en charge globale des résidents accueillis. Des conventions fixant les modalités de coopération entre partenaires sont signées avec des structures sanitaires gériatriques locales telles que Centre Hospitalier de Montluçon.

Ces conventions ont pour principal objet d'assurer la continuité des soins de manière à :

- faciliter les flux de patients et optimiser la prise en charge gériatrique (prioriser un passage direct en court séjour gériatrique, faciliter l'accès au plateau technique dont l'imagerie médicale notamment) ;
- favoriser la communication des informations relatives aux résidents ;
- favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts de résidents en milieu hospitalier ;
- développer une culture gériatrique commune et un partage des pratiques professionnelles.

Nous avons différents partenariats relatifs aux soins :

- C.H. de Guéret,
- C.H.S La Valette St Vaury : structure psychiatrique,
- H.A.D Creuse,
- EMSP Creuse,
- Laboratoires de biologie (Gen-Bio et Maymat)
- Réseau Néphrolim CHU Limoges,
- SOS Oxygène,
- DASRI Sita Centre Ouest
- Comité Local d'Ethique Creusois
- Tel-E-dent
- Equipe Mobile d'Hygiène (DMH)

2) ARTICLE 2 – L'ARTICULATION AVEC LES AUTRES CPOM SIGNES PAR LE GESTIONNAIRE

Chaque CPOM poursuit ses effets juridiques indépendamment des autres CPOM de l'organisme gestionnaire. Une articulation entre les différents CPOM doit toutefois être opérée afin de permettre à l'autorité de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire.

3) ARTICLE 3 – OBJECTIFS FIXES DANS LE CADRE DU CPOM SUR LA BASE DU DIAGNOSTIC PARTAGE

Les orientations stratégiques sont réparties autour de 5 axes :

- Parcours et Coordination ;
- Repositionnement de l'offre et Innovation ;
- Prévention, qualité et sécurité des soins ;
- Personnaliser l'accompagnement ;
- *Performance et Management de la Qualité*

Un tableau détaille ces orientations en pièce jointe du présent document

4) ARTICLE 4 – MOYENS DEDIES A LA REALISATION DU CPOM

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016 prévoient l'utilisation d'un EPRD pour les EHPAD dès le 1er janvier 2017, dans des conditions définies en Conseil d'Etat.

Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 8 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

4.1- Les modalités de détermination des bases budgétaires du CPOM

Les dispositions budgétaires et financières sont mises en œuvre :

- Par l'ARS dans le cadre de sa politique régionale d'allocation de ressources, déclinée dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et du périmètre des Dotations Régionales Limitatives (DRL) allouées par le niveau national.
- Par le département dans le cadre des orientations budgétaires relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux votées annuellement par l'assemblée départementale.

Le financement des établissements et services du gestionnaire Développement des Foyers de Province, entrant dans le champ d'application du contrat, est appliqué conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12 (IV ter) et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le CPOM s'inscrit dans la mise en œuvre de la réforme tarifaire, applicable depuis le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et PUV tarifées au GMPS.

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressource par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins requis. Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires sont mis en place pour financer :

- d'une part, les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés...)
- Accompagner, d'autre part, les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Ce nouveau modèle de tarification bénéficiait d'une période de montée en charge, dont la durée fixée par les textes est arrivée à échéance, pendant laquelle les établissements convergeaient vers leur niveau de ressource cible ; la ressource cible correspondait aux résultats des équations tarifaires pour les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

La tarification annuelle se compose de l'ensemble des produits suivants :

4.1.1 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie composée du forfait global de soins (R. 314-159 du CASF)

Le forfait global relatif aux soins correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent et, le cas échéant, de financements complémentaires prévus à l'article R. 314-163 du CASF destinés à couvrir, d'une part, les modalités d'accueil particulières, et d'autre part, des actions ponctuelles mises en place par l'établissement.

Il comprend :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement (PMP) et le GIR moyen pondéré validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier),
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).

Dans ce cadre, lors de nouvelle validation des PMP, le forfait soins peut subir une diminution par rapport à l'année précédente.

Le montant du forfait global de soins peut être modulé 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 du CASF.

Les financements complémentaires peuvent également faire l'objet d'une modulation en fonction de l'activité réalisée (R314-161 CASF).

La mise en œuvre de ces modalités sera précisée, le cas échéant, dans le Rapport d'Orientation Budgétaire.

La DGC propre aux établissements et services, financés par l'Assurance Maladie sera actualisée au regard d'un taux régional dont les modalités sont définies annuellement dans le Rapport d'Orientation Budgétaire (ROB) et dans le respect des dispositions réglementaires afférentes.

4.1.2 - Une DGC propre aux établissements et services, financés par le Département composée du forfait global relatif à la dépendance (R. 314-172 du CASF)

Le forfait global relatif à la dépendance est égal à la somme :

- du résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées par l'établissement (dernier GMP validé),
- des financements complémentaires éventuels définis dans le contrat prévu au 4-3 de l'article 4.

La modulation du forfait global dépendance est corrélée :

- au taux d'occupation. Une minoration peut être appliquée lorsque l'activité diminue,
- Au nombre de résidents non creusois pour lesquels le département ne verse pas de dotation
- La réévaluation du GMP

La DGC propre aux établissements et services, financés par le Département sera actualisée annuellement par arrêté.

4.1.3 – Base de fixation du tarif Hébergement

Le taux directeur appliqué par le Conseil Départemental de la Creuse fait l'objet d'une délibération. La commission Permanente du Conseil départemental, dans sa délibération

n°CP2022-10/8/33 du 28 octobre 2022 relative aux orientations budgétaires 2023, a fixé le taux d'évolution des EHPAD soumis à un CPOM à 1% sur le tarif hébergement. Ce taux d'évolution peut être revu annuellement.

4.1.4- Les petites unités de vie (PUV)

Les modalités de tarification des petites unités de vie (PUV) sont précisées conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du CASF.

S'agissant des modalités de changement d'option tarifaire des PUV, rendue possible par les textes à l'occasion de la démarche de contractualisation, l'ARS Nouvelle Aquitaine ne dispose, à ce jour, d'aucun financement dédié, dans le cadre de la Dotation Régionale Limitative « Personnes âgées » pour la médicalisation des places correspondantes. **Par conséquent, à contexte budgétaire inchangé, aucun engagement contractuel ne pourra être validé, à ce titre, sauf à convenir, dans le CPOM, d'une intégration des PUV à moyens constants.**

4.1.5 – dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur composant chaque dotation globalisée commune sont étanches et non fongibles entre elles pour les deux établissements couverts par le CPOM.

Le gestionnaire Développement des Foyers de Province reste, par ailleurs, éligible à des financements spécifiques pour lesquels l'autorité publique, locale ou nationale, a prévu des enveloppes supplémentaires.

Le gestionnaire Développement des Foyers de Province peut dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs et des articles R314-227 et 228 procéder librement au cours de l'exercice 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.

Ces transferts ne sont, toutefois, 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 (Art R314-40 CASF).

En conséquence, le montant reconductible de la quote-part de DGC à prendre en compte, **pour les EHPAD**, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.

Les décisions budgétaires modificatives sont prises en compte dans le cadre d'une décision tarifaire modificative.

4.2- Les modalités de versement de la Dotation Globalisée Commune des établissements et services du CPOM

Les dotations globalisées communes des établissements et services financées respectivement par :

- l'Assurance Maladie, d'une part,
- le Département, d'autre part,

sont arrêtées en fonction du périmètre actuel des autorisations et agréments des établissements et services mentionnés à l'article 1 du contrat.

Chaque DGC octroyée au Gestionnaire fait l'objet d'une décision tarifaire qui mentionne :

- le montant de la dotation annuelle globalisée de fonctionnement,
- la quote-part de cette dotation annuelle globalisée commune pour chacun des établissements et services.

➤ Pour la DGC propre aux établissements et services financés ou en tout partie par l'Assurance Maladie, la décision tarifaire précitée est versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF.

➤ Pour la DGC propre aux établissements et services financés ou en tout partie par le Conseil départemental, la dotation est versée par douzième conformément aux dispositions de l'article 2 du décret 2016-1815 du 21 décembre 2016.

4.3- Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée Commune de Référence

Le montant de la quote-part de DGC résulte notamment du périmètre des autorisations et des modalités d'application de la tarification à la ressource.

Si l'établissement bénéficie d'exonérations liées au dispositif ZRR ET/OU au CITS, quelles que soient les modalités d'application existantes du dispositif, elles ne donnent pas lieu à modification de la DGC de référence fixée dans le cadre du présent CPOM.

➤ Conformément à l'article 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.

➤ Concernant les affectations de résultats antérieures au CPOM :

S'agissant des CPOM signés à compter de 2019, les autorités de tarification pourront s'opposer à la proposition d'affectation des résultats antérieurs N-1 et N-2 prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R314-234 du CASF sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

➤ La DGC des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 01/01/2023 se répartit comme suit :

Les quote-parts de DGC s'entendent par les bases reconductibles de chaque établissement arrêtées par l'ARS au moment de la négociation du CPOM (avant actualisation 2023, hors CNR et résultats).

Finess	Etablissements	Base reductible dotations soins au 01/01/2023 (en €)	Dont forfait global de soins HP	Dont financement complémentaires (AJ, HT, UHR, PFR, PASA)
230000069	EHPAD Las Mélaies	1 277 464,00	1 029 379,00	248 085,00
230000200	EHPAD Laulade	1 227 786,00	944 066,00	283 720,00
	TOTAL GENERAL	2 505 250,00	1 973 445,00	531 805,00

➤ La DGC des établissements et services financés par le Département se répartit comme suit :

Un financement complémentaire est accordé pour la création de 0.5 ETP de psychologue nécessaire au projet validé de mise en place d'un PASA de nuit commun aux deux établissements. Le montant annuel est fixé à 27 000 € réparti au prorata des capacités de chaque établissement. Cette dotation complémentaire sera versée à compter de la signature de l'arrêté d'autorisation et de la visite de conformité.

Finess	Etablissements	Forfait global dépendance au 01/01/2023 (en €)	Dotation dépendance 2023 versée par le Département	Financement complémentaire (0,5 ETP Psychologue PASA de nuit)
230000069	EHPAD Las Mélaies	560 135,37 €	251 973,72 €	14 594,00 €
230000200	EHPAD Laulade	527 504,43 €	82 886,04 €	12 406,00 €
	TOTAL GENERAL	1 087 639,80 €	334 859,76 €	27 000,00 €

Le versement est effectué par douzième à chaque établissement.

Eléments de calcul pris en compte :

Répartition des résidents et GMP

Groupes ISO ressources	EHPAD Las Mélaie GMP 652 validé le 06/05/2019	Hors département	EHPAD Laulade GMP 747 validé le 17/03/2022	Hors département
GIR 1	6	0	10	8
GIR 2	26	10	33	26
GIR 3	19	14	13	9
GIR 4	27	0	10	7
GIR 5	2	1	1	1
GIR 6	0		1	1
Total	80	25	68	52

Pour les EHPAD dont le tarif « hébergement » est administré par le conseil départemental :

Les établissements ne sont pas habilités ou habilités partiellement à l'aide sociale.

Le tarif hébergement fixé par le Conseil départemental est applicable aux résidents relevant de l'aide sociale. Pour les autres résidents, le tarif hébergement est fixé librement par l'organisme gestionnaire.

Le taux directeur appliqué par le Conseil Départemental de la Creuse fait l'objet d'une délibération. La commission Permanente du Conseil départemental, dans sa délibération n°CP2022-10/8/33 du 28 octobre 2022 relative aux orientations budgétaires 2023, a fixé le taux d'évolution des EHPAD soumis à un CPOM à 1% sur le tarif hébergement. Ce taux d'évolution peut être revu annuellement.

Base de tarification hébergement au 1^{er} janvier 2023 pour les bénéficiaires de l'aide sociale :

Finess	Etablissements	Base des tarifs hébergement au 01/01/2023 (en €)
230000069	EHPAD Las Mélaies	58,12 €
230000200	EHPAD Laulade	58,12 €

4.4- Engagements du Gestionnaire Développement des Foyers de Province

La gestion des produits financiers issus de la gestion centralisée de trésorerie des établissements et services du CPOM est réalisée conformément à l'article R314-95 du CASF.

Le gestionnaire s'engage à :

- atteindre ou maintenir un taux de réalisation de l'activité/ un taux d'occupation des places financées :
 - ✓ à un taux minimum de 97 %
- respecter l'équilibre budgétaire et financier sur la période du contrat ;
- Compléter le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ANAP).

4.5 -Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

S'agissant des résultats, le principe retenu est celui de la non reprise des résultats par la ou les autorités de tarification.

Le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs (R.314-43 du CASF) et dans le respect des dispositions des articles R.314-234 à 237 du CASF.

A ce titre, le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service. Cela signifie, pour les établissements cofinancés, que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais globalement au sein du compte de résultat.

La réglementation prévoit, cependant, des dérogations au principe général d'affectation des résultats, selon le statut des établissements et services :

- pour les établissements privés, l'article R314-235 du CASF permet une libre affectation des résultats entre les comptes de résultat mentionnés au 1° du II de l'article R. 314-222.

Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD.

Une Exception au principe : les EHPAD commerciaux relevant de l'article L342-1 du CASF, les excédents dégagés par les tarifs soins et dépendance ne peuvent être affectés en réserve d'investissement, de trésorerie ou de compensation de charges d'amortissement (R314-234 et R314-244 du CASF).

L'ARS et le Département conservent, par ailleurs, la possibilité de réformer le résultat si l'un et/ou l'autre constate(nt) des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou leur importance aux nécessités normales de gestion des établissements et services. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit (R314-52 ou 236 du CASF).

Ainsi il est convenu une fongibilité totale des résultats et de leurs affectations.

Le (les) résultat (s) excédentaire (s) est (sont) affecté(s) par ordre de priorité :

- 1) A la couverture des déficits antérieurs,
- 2) Puis à la réserve de compensation des déficits jusqu'à atteindre un niveau égal à 10 % de la dotation globalisée commune reconductible du CPOM, sous contrôle des Autorités de Tarification,
- 3) Enfin sur les volets suivants :
 - Volet investissement :
 - Affectation à la réserve de compensation des charges d'amortissement en vue de financer le surcoût lié au PPI validé dans le cadre de la négociation du contrat,
 - Affectation à la réserve d'investissement selon le diagnostic financier et les nécessités apparaissant dans le futur PGFP et/ou les PPI
 - Volet Qualité
Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM en priorité vers le renforcement de la prise en charge (ex. *secteur PA* : action de prévention, dispositif innovant, IDE de nuit, prendre soin, formation..)
 - Volet Ressources humaines
Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM, (indemnités de départ à la retraite...)

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et sont couverts, en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat, avant reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat et pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat (R 314-234 du CASF).

4.6- Les frais de siège

Sans objet

4.7- Modalités financières : Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et le Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Sans objet

4.8- Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM

L'article L 313-12-2 du CASF indique que sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige.

En particulier :

- Pour ceux gérés par un établissement public de santé : l'EPCP intègre, en application, de l'article D 6145-31 du CSP, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités concernées,
- Pour ceux relevant du I de l'article L. 312-1 et gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif (sauf ceux mentionnés au 10° et 16°), l'article L. 313-14-1 du CASF précise, en cas de situation financière faisant apparaître :
 - un déséquilibre financier significatif et prolongé,
 - ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services,que l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au présent contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

4.9..Dotation globalisée versée par l'Assurance Maladie : désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement et de la personne qui la perçoit

Lorsque la dotation globalisée est financée par l'Assurance Maladie, une caisse pivot est désignée dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale.

Au regard des articles R174-9, R174-16-1 et 16-2 du CSS, le présent contrat désigne :

- l'organisme d'assurance maladie, comme unique caisse pivot, chargée du versement de la dotation globalisée commune,
- l'établissement, le service ou la personne morale signataire du contrat pour percevoir cette dotation.

Sont ainsi désignés à ce titre :

- la CPAM de la Creuse
- les établissements signataires du contrat.

L'établissement ou le service dresse au premier jour de chaque trimestre civil un tableau indiquant le nombre de personnes hébergées ou prises en charge au titre de chaque régime.

Ce tableau est transmis à la caisse pivot désignée supra.

TITRE 2 - LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT

5) ARTICLE 5 – LE SUIVI ET L’EVALUATION DU CONTRAT

- La composition du comité de suivi

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

- conseil départemental ;
- agence régionale de santé ;
- organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant, autres partenaires.

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

- Documents à produire :

Dans le cadre du dialogue de gestion, la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 pour les établissements relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.

❖ Le gestionnaire dispose, ainsi, chaque année, de 30 jours après la notification de la ressource par l’autorité de tarification (le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune des deux autorités) et au plus tard le 30 juin de l’exercice pour transmettre :

- un EPRD conforme à l'article R 314-213 du CASF ;
- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au plus tard le 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, un tableau relatif à l'activité prévisionnelle qui permet notamment de déterminer les tarifs journaliers applicables.

Le tableau d'activité prévisionnelle peut être différencié en fonction de la catégorie d'établissements ou de services concernée. Les modèles de tableaux d'activité et les modalités de leur transmission, y compris par voie électronique, sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales (Art. R. 314-219)

Le gestionnaire dépose au plus tard le 30 avril (ERRD) ou le 8 juillet (ERCP) de chaque année :

- un ERRD conforme à l'article R314-232 du CASF

Ces documents sont attendus au 30 avril de l'année N+1.

Le gestionnaire transmettra à l'ARS une revue des objectifs du CPOM, en annexe de l'ERRD. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

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

- [Les dialogues de gestion](#)

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

- au cours de la troisième année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.
 - au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.
- [Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :](#)

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

- [La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles](#)

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

6) ARTICLE 6 – LE TRAITEMENT DES LITIGES

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

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

➤ LISTE DES ANNEXES

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

- ANNEXE 1 : La synthèse du diagnostic partagé

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

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

- ANNEXE 2 : Les fiches actions

Tableau + projet commun PASA de nuit

- ANNEXE 3 : Tableau de synthèse des fiches actions et indicateurs (cf. tableau infra)

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe devra être actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

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

- ANNEXE 4 : L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Cette annexe est obligatoire pour ceux des établissements concernés. Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

➡ Les documents suivants sont obligatoirement annexés au contrat car ils permettent d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services. Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM :

- **ANNEXE 5** : L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

PROJET