

**CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)
2021-2025**

**SECTEUR PERSONNES HANDICAPÉES
ENTRE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ,
LE DÉPARTEMENT DE LA CHARENTE-MARITIME
ET LE CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC**

PÔLE SOLIDARITÉ SOCIALE

**COMMISSION PERMANENTE
du 26 mars 2021**

Direction de l'Autonomie

**DELIBERATION
N° 2021-03-26-78**

La Commission Permanente du Département réunie à la Maison de la Charente-Maritime de La Rochelle, le 26 mars 2021 à 12h10, sous la présidence de M. Dominique BUSSEREAU, Président du Département,

Agissant par délégation de l'Assemblée Départementale (délibération du 2 avril 2015),

Considérant le Code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L.313-11 et L.313-12-2 relatifs aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM),

Considérant que le Schéma Départemental de l'Autonomie 2018-2022, adopté par l'Assemblée Départementale le 30 mars 2018 a défini un ensemble de priorités, notamment l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes handicapées,

Considérant que les modifications d'autorisations et les redéploiements préconisés dans les orientations futures des équipements peuvent faire l'objet de CPOM et que la Commission Permanente a approuvé le contrat-type par délibération du 20 décembre 2019,

Considérant qu'à l'issue d'un diagnostic partagé entre l'Agence Régionale de Santé, le Département et le Centre Hospitalier de Saintonge, ont été proposés des objectifs relatifs au développement de réponses nouvelles aux besoins d'accompagnement et à la mise en œuvre d'une gestion et d'un pilotage performant, garants de l'efficacité des fonctionnements et d'une pérennité des structures,

DECIDE :

1°) de valider les moyens nécessaires à la mise en œuvre des objectifs déterminés conjointement par l'Agence Régionale de Santé, le Département et le Centre Hospitalier de Saintonge pour une période de cinq ans, soit du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2025,

En ce qui concerne l'offre médico-sociale du gestionnaire, la capacité des structures est maintenue, soit 22 lits d'hébergement permanent et 5 lits d'hébergement temporaire pour le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) Les Tourterelles Handicap psychique, 45 places pour le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et 15 places pour le service en charge du Suivi de l'Accueil Familial des Personnes Handicapées (SAFPH).

Une réflexion sera menée afin d'identifier en lien avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées, les personnes en liste d'attente sur d'autres SAMSAH et qui pourraient être prises en charge par le SAMSAH du Centre hospitalier de Jonzac.

La base budgétaire tient compte des objectifs fixés au présent contrat. Les dépenses nettes (base de calcul des tarifs) hors taux d'évolution des dépenses pour le gestionnaire sont réparties selon les modalités suivantes :

CH Jonzac	Commune	HP+HT	BP 20	BP 21	BP22	BP 23	BP 24	BP 25	couts BP25
FAM	Jonzac	27	1 520 943,93 €	1 513 755,00 €	1 506 566,00 €	1 499 378,00 €	1 492 189,00 €	1 485 000,00 €	55 000,00 €
SAFPH	Jonzac	15	67 600,33 €	67 280,00 €	66 960,00 €	66 640,00 €	66 320,00 €	66 000 €	4 400,00 €
SAMSAH	Jonzac	45	230 445,10 €	251 856,00 €	273 267,00 €	294 678,00 €	316 090,00 €	337 500,00 €	7 500,00 €
TOTAL		87	1 818 989,36 €	1 832 891,00 €	1 846 793,00 €	1 860 696,00 €	1 874 599,00 €	1 888 500,00 €	

2°) d'approuver le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2021-2025 entre l'Agence Régionale de Santé, le Département de la Charente-Maritime et le Centre Hospitalier de Jonzac ainsi que les annexes tels que joints,

3°) d'autoriser son Président à signer ces documents.

Adopté à l'unanimité

Pour extrait conforme,
Pour le Président du Département,
Le Premier Vice-Président,
Lionel QUILLET



CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

- *Secteur Personnes Handicapées*

2021-2025

ENTRE

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine

ET

Le Département de la Charente-Maritime

ET

Le Centre Hospitalier de JONZAC

Contenu

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT	6
1.1. L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat	6
1.1.1. Présentation du gestionnaire	6
1.1.2. Renseignements concernant les établissements dans le ressort du gestionnaire	7
1.1.3. Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM 8	
1.1.4. Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)	9
1.1.5. Partenariat(s) existant(s) et formalisé(s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services.....	9
– L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire	9
Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé	9
Moyens dédiés à la réalisation du CPOM	10
1.1.6. Les modalités de détermination des bases budgétaires du CPOM	10
1.1.7. Les modalités de versement des financements des établissements et services du CPOM 12	
1.1.8. Les Modalités de calcul des financements	13
1.1.9. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM	15
1.1.10. Les modalités financières des établissements et services du CPOM : Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP).....	17
1.1.11. Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM	17
1.1.12. Dotation Globalisée versée par l'Assurance-Maladie : Désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement de la dotation globalisée et de la personne qui la perçoit.....	17
TITRE 2 – LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT	19
2.1. Le suivi et l'évaluation du contrat	19
2.2. Le traitement des litiges	21
2.3. La révision du contrat	21
2.4. La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans.....	21
TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM	22

Le présent Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens est conclu

Entre,

D'une part, **L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine**,
représentée par son Directeur Général, Monsieur Benoît ELLEBOODE,

Le Département de la Charente- Maritime

Représenté par le Président du Département, Monsieur Dominique BUSSEREAU

D'autre part

Le gestionnaire Centre Hospitalier de JONZAC

Représenté par le Directeur, Monsieur Eric MARTINEZ

Visas et références juridiques :

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

- L 313-11 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, le cas échéant ;

Vu la délibération n° 811 du 30 mars 2018 adoptant le schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 ;

Vu l'arrêté du 18 juillet 2018 du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, portant adoption du projet régional de santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine ;

Vu le schéma régional de santé du projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine ;

Vu la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

Vu la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 ;

Vu l'arrêté conjoint de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine et du Département de la Charente-Maritime n° 2017-141 du 28 décembre 2017 relatif à la programmation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements sociaux et médico-sociaux du département de la Charente-Maritime ;

Vu la délibération n° 2019-12-80 du 20 décembre 2019 de la Commission Permanente approuvant le contrat type –secteur personnes handicapées ;

Vu la délibération du XXXX de la Commission Permanente du Conseil Départemental approuvant le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) secteur Personnes Handicapées pour la période 2021-2025 entre le Département de La Charente-Maritime et le Centre Hospitalier de Jonzac ;

Vu la délibération du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire ou du conseil de surveillance de l'établissement public XXX du XX/XX/XXXX ;

Considérant que le présent CPOM annule et remplace le précédent contrat signé avec le Département le 18 décembre 2015 pour la période 2016-2020.

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule :

Le Département de la Charente-Maritime et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine mènent une politique en faveur des personnes âgées et handicapées dans un large partenariat.

Le schéma départemental de l'autonomie de la Charente-Maritime portant sur la période 2018-2022, adopté le 30 mars 2018 a défini un ensemble de priorités. Ces dernières s'articulent notamment autour des objectifs suivants :

Axe 1 : Bien vivre à domicile

- Développer et soutenir des actions spécifiques d'aide aux aidants
- Structurer le repérage des fragilités des personnes âgées et handicapées
- Mettre en œuvre la nouvelle stratégie départementale relative à l'aide à domicile portée par les Services prestataires d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) autorisés,
- Encourager le maintien et l'intégration des personnes âgées et handicapées dans la société.

Axe 2 : Apporter des réponses nouvelles aux besoins d'accompagnement

- Encourager des solutions d'accueil en habitat inclusif
- Développer et soutenir l'accueil familial
- Favoriser la fluidité des parcours, les transitions et répondre aux situations complexes
- Poursuivre l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes handicapées
- Poursuivre l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes âgées.

Axe 3 : Développer des synergies autour de l'information et de la coordination propices à l'installation d'une culture de l'autonomie

- Améliorer la lisibilité des dispositifs et repréciser le rôle de chaque acteur en matière d'accueil et d'information sur les territoires (PA-PH),
- Améliorer l'articulation entre les dispositifs de coordination pour les personnes âgées et les personnes handicapées et travailler la notion de référent de parcours pour les personnes âgées
- Partager l'information sur les situations et les outils d'évaluation entre professionnels
- Développer la culture de l'accompagnement à l'autonomie.

Les orientations stratégiques de l'Agence Régionale de Santé s'inscrivent dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 arrêté le 17 juillet 2018 et du Schéma Régional de Santé (SRS).

Par ses diverses actions développées auprès du public âgé et handicapé, le Centre Hospitalier de Jonzac est l'un des acteurs de la politique en faveur de l'accueil en structure médico-sociale des personnes âgées et handicapées dans le Département.

La présente contractualisation vise à garantir la pertinence et la qualité des prises en charge des personnes âgées et handicapées accueillies, de leurs familles ou de leur représentant, par les structures FAM, SAMSAH, SAFPH gérées par le Centre Hospitalier de Jonzac.

Cette démarche permet d'une part de garantir au gestionnaire une base de financement introduisant une plus grande souplesse dans la mise en œuvre des missions confiées et, d'autre part, au regard des moyens alloués, de fixer des objectifs tant qualitatifs que quantitatifs, conformes aux politiques en faveur des personnes âgées et handicapées impulsées par le Département de la Charente-Maritime et l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

1.1. L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat

1.1.1. Présentation du gestionnaire

Identification de la personne morale gestionnaire	
Dénomination ou raison sociale	Centre Hospitalier de JONZAC
Forme juridique	Etablissement Public Communal d'Hospitalisation EPCH
Numéro FINESS EJ	17 078 005 0
Adresse siège	Avenue Winston Churchill 17503 JONZAC
Modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire	
Liste des activités de l'entité juridique gestionnaire	Activités sanitaires : Médecine, Urgences, Chirurgie, Psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation, Addictologie Activités médico-sociales : EHPAD, FAM, SAMSAH, SAFPH, CSAPA
Organigramme	A insérer

1.1.2. Renseignements concernant les établissements dans le ressort du gestionnaire

Etablissement A	
Dénomination ou raison sociale (si différent de la personne morale)	<i>FAM « les tourterelles »</i>
Forme juridique (le cas échéant)	
Enseigne	
N° FINESS	<i>17 002 378 2</i>
Adresse de la structure	<i>Domaine des Fossés 17500 St Martial de Vitaterne</i>

Etablissement B	
Dénomination ou raison sociale (si différent de la personne morale)	<i>SAMSAH</i>
Forme juridique (le cas échéant)	
Enseigne	
N° FINESS	<i>17 002 288 3</i>
Adresse de la structure	<i>Domaine des Fossés 17500 St Martial de Vitaterne</i>

Etablissement C	
Dénomination ou raison sociale (si différent de la personne morale)	<i>SAFPH</i>
Forme juridique (le cas échéant)	
Enseigne	
Adresse de la structure	<i>Centre hospitalier de Jonzac Avenue Winston Churchill 17503 Jonzac Cedex</i>

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

	CAPACITE AUTORISEE		TOTAL LITS	ACCUEIL DE JOUR	PLACES
	Hébergement permanent	Hébergement temporaire			
Etablissements et services					
A : FAM "les tourterelles"	22	5	27		
B : SAMSAH			0		45
C : SAFPH			0		15
D			0		
Total	22	5	27	0	60
	CAPACITE INSTALLEE		TOTAL LITS	ACCUEIL DE JOUR	PLACES
	Hébergement permanent	Hébergement temporaire			
Etablissements et services					
A : FAM "les tourterelles"	22	5	27		
B : SAMSAH			0		45
C : SAFPH			0		15
D			0		
Total	22	5	27	0	60

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

Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale selon les modalités prévues dans le règlement départemental d'aide sociale.

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

Le gestionnaire adhère au groupement de coopération sociale et médico-sociale XXXX.

Il a conclu une convention avec le groupement hospitalier de territoire XXXXX.

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

- **Il est décidé de conserver les CPOM distincts.** Chaque CPOM poursuit ses effets juridiques indépendamment des autres CPOM de l'organisme gestionnaire. Une articulation entre les différents CPOM doit toutefois être opérée afin de permettre à l'autorité de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire.
- Le CH de Jonzac est un établissement de santé signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique (« CPOM sanitaire »). Les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est ajouté en annexe du présent contrat les éléments du CPOM sanitaire susceptibles d'éclairer la situation des établissements ou services signataires du celui-ci.

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

Le CH de Jonzac s'engage à respecter les objectifs et actions suivants tels que décrits dans les fiches-action jointes en annexe :

Objectif 1 – Apporter des réponses nouvelles aux besoins d'accompagnement

Action 1-1 : Adapter les structures aux besoins des personnes handicapées

Action 1-2 – Favoriser la fluidité des parcours, les transitions et répondre aux situations complexes

Action 1-3 : Ouvrir les structures à leur environnement en développant des modalités d'accompagnement alternatives, contribuer à l'inclusion et au bien vivre à domicile

Objectif 2– Mettre en œuvre une gestion et un pilotage performant, garants de l'efficacité des fonctionnements et d'une pérennité des structures

Action 2-1 : Poursuivre et renforcer la démarche-qualité continue

Action 2-2 : Promouvoir et accompagner les bonnes pratiques professionnelles pour garantir la qualité et la sécurité des prestations proposées

Action 2-3 - Poursuivre la structuration de l'organisation et rechercher l'efficacité dans la gestion des ressources humaines et des compétences,

Action 2-4 –Rechercher l'efficacité dans la gestion budgétaire et financière.

Les actions attendues en vue de remplir ces engagements sont décrites en annexe 1. Elles sont assorties d'indicateurs que le gestionnaire s'engage à renseigner selon la périodicité indiquée. Les actions attendues ainsi que les indicateurs retenus feront l'objet d'une évaluation pluriannuelle.

En fonction des années de réalisation définies conjointement, le gestionnaire s'engage à informer le Département de l'avancée des actions attendues.

Outre ces objectifs, le gestionnaire s'engage à :

1°) recouvrer les financements liés aux journées facturées aux autres Départements :

Il est convenu que le gestionnaire fera les démarches auprès des Départements extérieurs qui lui auront confié des personnes handicapées durant l'année, afin de recouvrer les produits liés à la facturation selon le tarif fixé annuellement par arrêté.

2°) procéder au reversement des ressources des personnes handicapées dans les conditions prévues par le règlement départemental d'aide sociale

Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

1.1.6. 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 de la mise en œuvre des objectifs fixés par le schéma départemental de l'autonomie 2018-2022, de l'application de l'objectif d'évolution des dépenses relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées défini chaque année par l'Assemblée départementale.

Le financement des établissements et services du CH de Jonzac : SAMSAH – FAM - SAFPH entrant dans le champ d'application du contrat, est mis en œuvre conformément aux dispositions légales et réglementaires prévues, notamment aux articles L.313-12-2 et R.314-39-1 à R.314-43-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Le contrat repose sur le principe d'un financement pluriannuel permettant une simplification de la procédure budgétaire. Il est dérogé à la procédure budgétaire annuelle prévue au II de l'article L.314-7 du CASF.

Dispositions communes aux financeurs

Les enveloppes par financeur sont étanches et non fongibles entre elles.

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

Le Centre Hospitalier de Jonzac peut dans le respect des enveloppes spécifiques relevant de la même autorité de tarification et des mêmes financeurs, des articles R314-45 et R314-46 (avant EPRD) puis R314-227 et 228 (sous EPRD), 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 ESAT, à compter l'année N+1 du CPOM et sur sa durée, correspondra à celui résultant de l'application des modalités tarifaires précitées.~~

Il appartient au gestionnaire de procéder, si besoin et pendant l'année, à toutes les réaffectations et redéploiements rendus possibles par la souplesse de gestion qu'offre la dotation globalisée dans la limite de son montant et dans le respect des enveloppes spécifiques de chacun des financeurs, à l'exception des CAMSP, pour lesquels ces opérations devront avoir fait l'objet d'une concertation avec le département. En effet, les CAMSP étant financés à hauteur de 20% par le département et 80% par l'Assurance Maladie, une variation de la dotation Assurance Maladie générerait automatiquement une variation de la participation du Département.

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

Pour l'Agence Régionale de Santé, la tarification annuelle prend la forme d'une dotation globalisée commune (DGC), propre aux établissements et services, financés en tout ou partie par l'Assurance Maladie.

La DGC 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.

Concernant spécifiquement les ESAT, l'actualisation des moyens résultera :

- de la politique tarifaire régionale déclinée dans le ROB
- du respect du dispositif de plafonnement des tarifs institué en 2009, dont les modalités sont définies chaque année par arrêté ministériel. L'ARS analysera globalement le positionnement des ESAT en rapportant le coût moyen net global à la place au tarif plafond (dotations reconductibles validées/ capacités autorisées et installées).

L'article L313-12-2 CASF indique que le CPOM peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces dispositions seront, le cas échéant, déclinées dans le ROB précité.

Le Département quant à lui fixe :

- un prix de journée pour le financement de l'accueil en foyer d'hébergement d'ESAT, en foyer occupationnel, en foyer d'accueil médicalisé et en maison de retraite spécialisée,
- un prix de journée et une dotation globale pour l'accompagnement par un SAVS, un SAMSAH et un service chargé de l'Accueil Familial pour Personnes Handicapées.

Chaque prix de journée et chaque dotation globale évolueront en application du taux adopté par l'Assemblée Départementale et en fonction du degré d'atteinte des objectifs fixés au présent contrat.

1.1.7. Les modalités de versement des financements des établissements et services du CPOM

Les DGC des établissements et services, financées par l'Assurance Maladie, font 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.
- les tarifs journaliers, pour les établissements et services qui y sont soumis, opposables aux régimes d'Assurance Maladie en application de l'article L.242-4 du CASF.

La dotation annuelle globalisée commune est versée par douzième dans les conditions prévues par l'article R.314-43-1 du CASF.

Elle est actualisée dans les conditions prévues à l'article 1.4.1 du présent contrat.

En ce qui concerne le Département, l'arrêté de tarification fixera l'allocation des moyens respectivement par établissements et services.

Le financement et le versement de celui-ci s'effectuent selon les règles précisées dans le règlement départemental d'aide sociale (RDAS), les modalités précisées dans les arrêtés de tarification. Le financement versé par le Département de la Charente-Maritime ne concerne que les personnes handicapées, bénéficiaires de l'aide sociale relevant de la compétence du Département de la Charente-Maritime. Il exclut les frais d'hébergement ou d'accompagnement dus par des bénéficiaires d'autres Départements ou des Charentais-Maritimes non-bénéficiaires de l'aide sociale.

Pour les structures payées sur facture : Le Département règle mensuellement au gestionnaire le montant des frais de séjour découlant des prises en charge et conformément au prix de journée arrêté, sur production d'un état mensuel nominatif et détaillé, conforme aux modèles fournis par les services départementaux.

Pour les structures payées en dotation globalisée nette : La dotation globalisée est versée par acompte mensuel dont le montant est égal au douzième de la dotation annuelle, avant le 20ème jour du mois, ou le dernier jour ouvré précédant cette date. Elle exclut le montant du reversement des ressources des résidents. Elle fait l'objet d'une régularisation selon les modalités prévues par l'arrêté de tarification.

Pour les structures payées en dotation globale brute : la dotation globale est versée par acompte mensuel dont le montant est égal au douzième de la dotation annuelle, avant le 20ème jour du mois, ou le dernier jour ouvré précédant cette date.

Les prix de journée seront communiqués pour facturation des départements extérieurs.

1.1.8. Les Modalités de calcul des financements

Dispositions communes aux financeurs

Conformément à l'article L. 313-14-2 du CASF, l'ARS et le Département 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.

1.4.3.1 Les modalités de calcul de la Dotation Globalisée commune de référence

L'ARS détermine le montant de la ou des DGC de référence après examen conjugué de la situation budgétaire et financière, du niveau d'activité, ainsi que des objectifs inscrits au CPOM. Les moyens en fonctionnement pérennes des structures, disponibles au moment de la négociation du contrat, constituent le référentiel budgétaire de départ.

➤ S'agissant du calcul de la DGC :

1) Pour les primo CPOM :

Les résultats N-1 et N-2 seront arrêtés et affectés, à compter de la signature du CPOM en N, au regard de l'application de l'article R 314-51 du CASF [hors ESMS rattachés à un Etablissement de santé public].

Amendements CRETON :

L'article L.242-4 du CASF permet le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissement ou en service d'éducation spécialisé (IME, IEM etc...) dans l'attente d'une place disponible dans un établissement pour adultes. La CDAPH prononce alors le maintien dans l'établissement ou le service d'éducation spécialisé dans lequel les jeunes étaient accueillis avant l'âge de 20 ans faute de disposer de places pour adulte.

L'accueil de jeunes adultes en amendement Creton ne s'effectue pas au-delà de la capacité autorisée des ESMS assurant l'accueil effectif de ces jeunes et la tarification se fait en fonction de l'établissement vers lequel la CDAPH oriente le jeune adulte, et en fonction du mode d'accueil du jeune dans l'établissement.

A ce titre, c'est à l'établissement de se retourner vers le financeur responsable afin de facturer l'ensemble des recettes dans les délais réglementaires. Aucune compensation d'une non-facturation auprès des Conseils départementaux, sur des crédits relevant de l'Assurance maladie ne pourra être réclamée. Il vous est donc demandé la plus grande vigilance sur ce point dans le suivi des situations des jeunes en amendement Creton, avec, si besoin, accompagnement des familles dans leurs démarches de demandes d'admission en structure adulte.

Concernant les structures tarifées en PJG avant le CPOM

Dans le cadre du CPOM, la DGC N sera calculée en prenant en compte la facturation des journées réalisées, au titre de l'amendement Creton, auprès du conseil départemental et constatés sur l'exercice précédent (montant à transmettre à l'ARS chaque 31 janvier de l'année suivante). Ces crédits viendront en déduction du montant de la DGC de l'année concernée (article R314-105 du CASF)

Concernant les structures tarifées en PJ avant le CPOM

Dans le cadre du CPOM, la DGC, à compter de l'année N+1, sera calculée en prenant en compte la facturation des journées réalisées, au titre de l'amendement Creton, auprès du conseil départemental et constatés sur l'exercice précédent (montant à transmettre à l'ARS chaque 31 janvier de l'année suivante). Ces crédits viendront en déduction du montant de la DGC de l'année concernée (article R314-105 du CASF).

2) Pour les CPOM faisant l'objet d'un renouvellement (2 cas possibles)

- Dans le cadre du CPOM, la DGC N sera calculée en prenant en compte la facturation des journées réalisées, au titre de l'amendement Creton, auprès du conseil départemental et constatés au CA/ERRD N-2. Ces crédits viendront en déduction du montant de la DGC de l'année concernée (**concernent les CPOM « ancienne génération » dont les modalités de régularisation de la DGC N s'effectuent sur la base du CA/ERRD N-2 ; il s'agit de maintenir le dispositif actuel**).
- Dans le cadre du CPOM, la DGC N sera calculée en prenant en compte la facturation des journées réalisées, au titre de l'amendement Creton, auprès du conseil départemental et constatés sur l'exercice précédent (montant à transmettre à l'ARS chaque 31 janvier de l'année suivante). Ces crédits viendront en déduction du montant de la DGC de l'année concernée (article R314-105 du CASF) (**concernent les CPOM « ancienne génération » n'intégrant aucune modalité de régularisation de la DGC**).

➤ La DGC des établissements et services financés par l'Assurance Maladie au 1/01/N se répartit comme suit :

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

Finess	Etablissements	Dotations (en €)
	TOTAL GENERAL	

1.4.3.2 Les modalités de calcul des financements départementaux

Le Département détermine les prix de journée après examen conjugué de la situation budgétaire et financière, du niveau d'activité, ainsi que des objectifs inscrits au CPOM. Les moyens en fonctionnement pérennes des structures, disponibles au moment de la négociation du contrat, constituent le référentiel budgétaire de départ.

La base budgétaire retenue de 1 832 891 €, hors taux, tient compte des objectifs fixés au présent contrat. Il est déterminé à partir des dépenses nettes du BP N-1

Les dépenses nettes du BP 2021 à 2025 pour le gestionnaire CH de Jonzac sont réparties de la façon suivante :

CH Jonzac	Commune	HP+HT	BP 20	BP 21	BP22	BP 23	BP 24	BP 25	couts BP25
FAM	Jonzac	27	1 520 943,93 €	1 513 755,00 €	1 506 566,00 €	1 499 378,00 €	1 492 189,00 €	1 485 000,00 €	55 000,00 €
SAFPH	Jonzac	15	67 600,33 €	67 280,00 €	66 960,00 €	66 640,00 €	66 320,00 €	66 000 €	4 400,00 €
SAMSAH	Jonzac	45	230 445,10 €	251 856,00 €	273 267,00 €	294 678,00 €	316 090,00 €	337 500,00 €	7 500,00 €
	TOTAL	87	1 818 989,36 €	1 832 891,00 €	1 846 793,00 €	1 860 696,00 €	1 874 599,00 €	1 888 500,00 €	

Il n'y a pas de reprise de résultat pour le BP 2021.

Ce budget sert de base à la détermination de la tarification pour la durée du présent contrat, le Département de la Charente-Maritime s'engageant à appliquer, sans minoration, le taux fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux voté par l'Assemblée départementale chaque année.

Le prix de journée est actualisé au regard de l'évolution de l'objectif annuel d'évolution des dépenses des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux voté par l'Assemblée départementale chaque année.

Il tient compte de la variation d'activité.

La variation d'activité sera appréciée et évaluée selon des critères de calcul qui intègrent notamment :

- l'activité de la structure, dans le cadre de l'autorisation ;
- le nombre de journées réalisées et facturées pour les bénéficiaires de l'aide sociale relevant de la compétence du Département de la Charente-Maritime.

L'activité retenue (en journées) pour le gestionnaire est détaillée de la manière suivante :

	Hébergement permanent	Hébergement temporaire	TOTAL	PLACES
Etablissements et services				
A FAM "les tourterelles"	7870	1277	9147	
B SAMSAH			0	16425
C SAFPH			0	5475
Total	7870	1277	9147	21900

1.1.9. 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.

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).

Le(s) résultat(s) excédentaire(s) a (ont) notamment pour objet de contribuer autant que de besoin (en complément de la gestion annuelle), à l'accompagnement de situations individuelles, situations sensibles, notamment dans le cadre de la mise en place d'un PAG (Plan d'Accompagnement Global).

Il(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 base des produits de tarification reconductibles
- 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

○ Volet Ressources humaines

Affectation en report à nouveau en lien avec les actions inscrites au CPOM,

Cette priorisation pourra être revue sur la durée du CPOM.

En ce qui concerne les établissements habilités à l'aide sociale, dans l'hypothèse d'un résultat excédentaire correspondant à plus de 5 % des charges brutes afférentes aux établissements entrant dans le champ du C.P.O.M., ce résultat fera l'objet d'une proposition d'affectation présentée par le gestionnaire pour accord préalable du Département et de l'Agence régionale de santé.

Il en ira de même si les objectifs définis au paragraphe 1.3 du présent contrat ne sont pas atteints.

La gestion des déficits reste de la responsabilité du gestionnaire et est couvert, 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).

1.1.10. Les modalités financières des établissements et services du CPOM : Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) et Plan Global de Financement Prévisionnel (PGFP)

Les programmes d'investissement et leurs plans de financement, ainsi que les emprunts dont la durée est supérieure à un an, doivent être approuvés par l'autorité de tarification en vertu des dispositions des articles L 314-7 et R. 314-20 du CASF.

Le gestionnaire dispose d'un PPI en cours pour le FAM.

L'élaboration des programmes pluriannuels d'investissement repose sur les principes suivants :

➤ Le gestionnaire s'engage à ce que les investissements réalisés sur la période du présent contrat ne génèrent pas de surcoût par rapport à la dotation allouée.

Un bilan au 31 décembre 2019 des réserves et des provisions est joint au présent contrat.

Toute révision importante du PPI, de son plan de financement ou des emprunts, lorsque ces modifications sont susceptibles d'entraîner une augmentation des charges de la section d'exploitation, font l'objet d'une approbation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine ou du Département, selon l'autorité compétente en la matière, dans les conditions fixées à l'article R314-20 du CASF.

L'EPRD, validé par les autorités de tarification, comprend un PGFP qui définit notamment les orientations pluriannuelles de financement des établissements et services concernés.

1.1.11. 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.

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

1.1.12. Dotation Globalisée versée par l'Assurance-Maladie : Désignation d'une Caisse Pivot chargée du versement de la dotation globalisée 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 :

- 1) la CPAM de Charente-Maritime
- 2) Le Centre hospitalier de Jonzac signataire 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 désigné supra.

TITRE 2 - LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT

2.1. Le suivi et l'évaluation du contrat

- La composition du comité de suivi

Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé des membres suivants :

- Département : Représentants de la Direction de l'Autonomie
- Agence Régionale de santé
- Organisme gestionnaire : Directeur et Représentants du Conseil d'administration ou de l'organisme gestionnaire

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

- Documents à produire :

Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et financiers, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc.

Le gestionnaire transmettra pour le dialogue de gestion à mi-parcours et en cinquième année du contrat une synthèse de la réalisation des objectifs et des engagements fixés par le contrat au regard notamment des indicateurs fixés.

- Sur la base de ces documents, et en complément des tableaux de bord et indicateurs de performance, une analyse sera effectuée à mi-parcours ou avant le 31 décembre si besoin, par le comité de suivi, notamment sur les écarts entre les objectifs fixés et le degré de réalisation et sur les motifs de ces écarts.
- Une concertation sera engagée entre les parties afin de procéder, le cas échéant, à des ajustements.

Par ailleurs, le gestionnaire transmettra à l'ARS Nouvelle Aquitaine ainsi qu'au Département pour les structures intéressées les documents suivants :

- ❖ Concernant l'année budgétaire 2020 de négociation du CPOM (hors EPCP) :
 - au 31/10/N : une annexe activité
 - au 30/04/N+1 : un compte administratif relatif à l'année budgétaire, conforme aux articles R314-49 et 50 du CASF
- ❖ A compter de l'année N+1 de signature (entrée sous EPCP) et sur la durée du CPOM :
 - au 31 janvier de chaque année : mise à jour de l'activité prévisionnelle « CRETON » par l'envoi de l'annexe activité- Annexe 4 C « annexe prévisionnelle des plus de 20 ans au titre de l'article L242-4 du CASF permettant de déterminer le montant prévisionnel du tarif à la charge des conseils départementaux.
 - le gestionnaire dispose, chaque année, de 30 jours après la notification des ressources par les autorités 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 EPCP lorsque l'établissement ou le service est géré par un établissement public de santé, conforme à l'article R314-242 du CASF

- des annexes listées à l'article R314-223 du CASF
- au 31 octobre de l'année qui précède l'exercice concerné, une annexe activité.

❖ A compter de l'année N+2 de signature et sur la durée du CPOM

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

- un ERCP lorsque l'établissement ou le service est géré par un établissement public de santé, conforme à l'article R314-233 du CASF

- Les dialogues de gestion

En lieu et place de la procédure budgétaire contradictoire, un dialogue de gestion permettra de s'assurer de l'atteinte des objectifs contractualisés qui s'appuieront notamment sur le tableau de bord et les indicateurs de la performance et qui feront l'objet d'une annexe.

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, il pourra être demandé d'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.

2.2. Le traitement des litiges

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

2.3. La révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

2.4. La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans

Le présent CPOM est conclu pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2021 et met fin à compter de sa date d'entrée en vigueur au(x) contrats précédents des structures concernées par le présent contrat.

Des avenants au présent CPOM peuvent être conclus chaque année par accord entre les parties signataires. Ils prendront en compte les ajustements nécessaires quant aux objectifs définis ou aux moyens mis en œuvre par les autorités tarifaires.

La Rochelle, le

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé,

Le Président du Département
de la Charente-Maritime,

Le Président (*Association ou Société gestionnaire*),

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.

- **Les annexes suivantes sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM.**
- **ANNEXE 1 : Les fiches actions comprenant la synthèse de l'état des lieux partagé**
- **ANNEXE 2 : 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 3 : le cas échéant Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)**
- **ANNEXE 4 : le cas échéant L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM**
- **ANNEXE 5 : Le cas échéant, une annexe traitant du siège social ainsi que l'arrêté fixant les frais de siège**

ANNEXE N° 2 : TABLEAU DE SYNTHÈSE DES FICHES ACTIONS ET INDICATEURS

ANNEXE N° XX : REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Années	Places au début du CPOM	Variation N	Variation N+1	Variation N+2	Variation N+3	Variation N+4	Places à la fin du CPOM
Etablissements /services							
ESMS XX							
ESMS XX							
ESMS XX							
...							
Total							
Poids des services au regard de l'offre global							