

Annexe délibération N° 2025-9



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

PREFECTURE DU VAL-DE-MARNE

- 1 AVR. 2025

EHPAD Joseph Guittard 2025-2029

Département du Val-de-Marne



ENTRE

L'AGENCE REGIONALE DE SANTE ILE-DE-FRANCE

Représentée par Denis ROBIN, Directeur général

Située à 13 rue du Landy

93200 SAINT-DENIS

Ci-après dénommée « l'ARS »

ET

LE CONSEIL DEPARTEMENTAL DU VAL DE MARNE

Représenté par Olivier CAPITANIO,

Situé à Hôtel du département - 94054 Créteil

Ci-après dénommé « le Conseil départemental » ou « le Département »,

ET

Représenté par Monsieur Laurent Jeanne, Maire et Président du CCAS de la Ville de Champigny-Sur-Marne, dûment habilité à signer le présent CPOM, en vertu d'une délégation de pouvoirs et de responsabilité en date du 25 mars 2025.

Situé au 14 Rue Louis Talamoni, 94500 CHAMPIGNY -SUR-MARNE

Ci-après dénommé « l'organisme gestionnaire » ou « le gestionnaire »

Visas et références juridiques

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12-2 ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale portant création du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

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

Vu la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, notamment son article 158 ;

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 le décret no 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret no 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation ;

Vu l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté du 4 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-174 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global dépendance des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R. 314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des EHPAD ;

Vu l'arrêté du 06 juin 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des EHPAD ;

Vu le projet régional de santé Ile-de-France 2024-2028 ;

Vu les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;

Vu le décret du 10 avril 2024 portant nomination de Monsieur Denis ROBIN, Directeur général de L'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, à compter du 29 avril 2024 ;

Vu l'arrêté conjoint de programmation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour les ESMS relevant de la compétence tarifaire conjointe de l'ARS Ile-de-France et du Conseil Départemental du Val-de-Marne ;

Il a été conclu ce qui suit

Préambule

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est conclu pour une durée **de 5 ans** entre le Président du Conseil départemental, la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France (ARS) et le gestionnaire d'Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS).

Ce contrat est le support du dialogue entre les autorités de tarification et l'organisme gestionnaire et doit permettre de mieux répondre aux **enjeux d'accompagnement des usagers** en introduisant une logique décloisonnée d'activités multiples et complémentaires, de parcours et de partenariats renforcés, qui sont **les conditions de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'un accès à la santé et à l'autonomie facilité**.

Il est un outil à la disposition tant du gestionnaire que des autorités de tarification pour structurer l'offre médico-sociale sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins identifiés et priorités dans le Projet Régional de Santé (PRS) et le schéma départemental.

Ce CPOM s'appuie sur les projets stratégiques des organismes gestionnaires, dans la limite des objectifs et priorités des différents schémas.

Les parties signataires doivent préalablement réaliser un **diagnostic objectif et documenté** de la situation des établissements et services couverts par le contrat. Il s'appuiera notamment sur les résultats des évaluations externes et les données des tableaux de bord de la performance.

Les parties signataires s'entendent dans la **négociation sur des règles en matière d'affectation et de gestion de leurs résultats, déficitaires comme excédentaires**, la liberté de choix du gestionnaire étant la règle sous réserve du respect des engagements pris dans le CPOM et des grands équilibres budgétaires.

Ce CPOM doit permettre d'instaurer plus de transparence dans les échanges et travaux entre les gestionnaires et les autorités de tarification. Il doit favoriser le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats et d'évaluation.

Titre 1. L'objet du contrat

Article 1 – L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Le présent contrat couvre le périmètre suivant : l'organisme gestionnaire est décrit en **annexe 1**.

Habilitation à l'aide sociale départementale pour les EHPAD

Article 2 – Objectifs fixés dans le cadre du CPOM

Les parties ont élaboré un diagnostic partagé, duquel ont été identifiés plusieurs objectifs. Les objectifs sont détaillés dans l'**annexe 4** du présent contrat.

Les objectifs généraux du CPOM sont les suivants :

N°	INTITULE DE LA FICHE-OBJECTIFS
1	<i>Diversifier l'offre et renforcer la coordination avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux.</i>
2	<i>Simplifier le parcours de vie des personnes et faire évoluer l'accompagnement des usagers.</i>
3	<i>Optimiser la gestion des établissements et services.</i>

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

Dans le cadre de la remise de l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD), au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des ESMS et au 31 juillet N+1 pour les établissements publics de santé, il est demandé à l'organisme gestionnaire de joindre la revue des objectifs du CPOM, telle qu'elle est présentée en **annexe 5**.

Ce document comprend pour chaque objectif, son niveau de réalisation retrace par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

Charge en soins et dépendance

Les indicateurs de suivi mentionnés à l'**annexe 4 « Fiche objectifs »** relatifs aux charges en soins et en dépendance par catégorie de personnels font exclusivement office de référence contractuelle entre les autorités de contrôle et les gestionnaires d'établissements et services.

Article 3 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

Conformément au R314-43-1 du CASF, une dotation globale commune (DGC) sera mise en place dans le cadre du CPOM.

Les montants des dotations des établissements et services du CPOM sont précisés à l'**annexe 2** dans le cadre des modalités prévues ci-dessous.

1° Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM

a. Le forfait global relatif aux soins

Le forfait global relatif aux soins des Etablissements d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est égal à la somme des éléments suivants :

- Du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins déterminée en application de l'article R. 314-162 du code de l'action sociale et des familles prenant en compte les valeurs de GMP et PMP validées et précisées en **annexe 2**.

Des financements complémentaires mentionnés à l'article R. 314-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

b. Le forfait global relatif à la dépendance

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

- Du résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées par l'établissement prenant en compte la valeur de GMP validée et précisée en **annexe 2**.
- Des financements complémentaires définis dans le contrat prévu au IV ter de l'article L. 313-12 CASF.

Le forfait global relatif à la dépendance mentionnée au 1° de l'article R. 314-172 du CASF est modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité des places autorisées et financées d'hébergement permanent de l'établissement conformément aux dispositions de l'article R. 314-174 du même code.

c. La tarification hébergement pour les EHPAD habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale

Le président du Conseil Départemental arrête les tarifs hébergement conformément aux articles R. 314-40, R. 314-42 et R. 314-185 du code précité.

La base de calcul du tarif théorique hébergement devrait tenir compte des éléments suivants :

- ✓ L'impact financier en termes d'augmentation des charges d'exploitation au vue du Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI) dès sa réception,
- ✓ Les directives de l'OAED voté notamment la revalorisation de la tarification,
- ✓ Le taux d'occupation défini par le Département dans les fiches-objectifs du présent CPOM.

2° Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du CPOM

La libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe qui prévaut pour les établissements et services médico-sociaux qui intègrent le présent contrat.

Cependant, les autorités de tarification et de contrôle se réservent la possibilité d'échanger avec le gestionnaire sur l'affectation d'un excédent de plus de 5%. Il convient de rappeler que la constitution de dotations aux provisions pour risques et charges doit rester sincère afin de ne pas obérer le résultat.

Les résultats comptables des établissements et services sont affectés conformément aux objectifs mentionnés dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et selon les modalités suivantes :

- **L'excédent d'exploitation** est affecté en priorité à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat. Il est ensuite affecté soit à un compte de **report à nouveau**, soit au financement de mesures d'investissement, soit à un compte de réserve de compensation, soit à un compte de réserve de trésorerie, dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R.314-48 du CASF.
- Le **déficit** de chacun des comptes de résultat est en priorité **couvert par le compte de report à nouveau excédentaire** de ce compte de résultat. Puis, le cas échéant, il est couvert par la **reprise de la réserve de compensation** de ce compte de résultat. Pour le surplus éventuel, il est affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

Conformément à l'article R. 314-235 du code de l'action sociale et des familles et par dérogation à l'article R. 314-234 du même code, les résultats d'un établissement ou service pourront être affectés sur le compte de résultat d'un autre établissement ou service couvert par le présent contrat. Il s'agit d'une forme de fongibilité entre les établissements entrant dans le périmètre du CPOM. Cependant, ces affectations devront faire l'objet d'un suivi chaque année dans l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et l'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD).

3° Modulation des financements en fonction de l'activité réalisée

Hébergement permanent

La part du forfait global de soins mentionnée à l'article R. 314-159 du code de l'action sociale et des familles (CASF) est modulée en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée de l'établissement, dans les conditions fixées par l'article R. 314-160 du même code.

Le taux d'occupation des places d'hébergement permanent est égal au nombre de journées réalisées pour les places autorisées en hébergement permanent (les absences de moins de 72 heures pour cause d'hospitalisation ou pour convenance personnelle étant comptabilisées) du 1er janvier au 31 décembre de l'année, divisé par le nombre de journées théoriques pour les places autorisées en hébergement permanent du 1er janvier au 31 décembre de l'année.

En application des dispositions de l'arrêté du 6 juin 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 du CASF déclenchant le dispositif de modulation du forfait global soins, ce dernier peut être minoré selon les dispositions suivantes :

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

Le taux d'occupation cible pour l'hébergement permanent doit être supérieur ou égal à 95 %.

Accueil de jour et hébergement temporaire

Le taux d'occupation des places est égal au nombre de journées réalisées pour les places autorisées pour un type d'accueil du 1er janvier au 31 décembre de l'année divisé par le nombre de journées théoriques. Le nombre de journées théoriques est fixé à 365 journées théoriques pour les places d'hébergement temporaire et 253 journées théoriques pour les places d'accueil de jour.

Les financements complémentaires décrits au I du R. 314-163 du CASF liés aux activités d'accueil de jour et d'hébergement temporaire seront modulés en fonction des objectifs d'activité ci-après.

Pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire, le taux d'occupation minimal est fixé à 70%.

Le pourcentage d'abattement est égal à la moitié de la différence entre les cibles d'activité fixées dans le contrat et l'activité réalisée sur l'année.

Article 4 – Procédure budgétaire

Le gestionnaire est soumis à une présentation budgétaire et tarifaire sous la forme d'un EPRD dans les conditions définies par la section IV du chapitre IV du titre Ier du livre III du CASF.

En vertu de l'article L. 313-14-2 du CASF, l'autorité compétente peut demander : « la récupération de certains montants dès lors qu'elle constate :

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

Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. »

Si le gestionnaire entend procéder à un transfert pérenne de moyens entre ses établissements ou services, il en présente la nature et les motifs au comité de suivi du présent CPOM et sollicite l'accord préalable de l'ARS avant sa mise en œuvre effective.

Par ailleurs, conformément à l'article R.314-42 du CASF, le présent contrat peut comporter un plan de retour à l'équilibre financier (PREF). Dans le cas où ce plan est déterminé en cours d'exécution du contrat, il est intégré à ce dernier par avenant en application de l'article 7 du présent contrat.

Titre 2 – La mise en œuvre du contrat

Article 5 – Le suivi et l'évaluation du contrat

- La composition du comité de suivi

Le comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé comme suit :

- Un représentant du Conseil départemental ;
- Un représentant de l'Agence régionale de santé Ile-de- France;
- Un représentant 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 comptables, revue des objectifs, tableau de bord de la performance, etc.

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

Dans le cadre de la transmission de l'ERRD au 30 avril de l'année N+1, l'organisme gestionnaire doit obligatoirement joindre une revue des objectifs du CPOM dont le format est joint en **annexe 5** du CPOM.

- 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.
- **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, les autorités de tarification et de contrôle peuvent provoquer 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 des suites à donner à la saisine.

- Contrôle des autorités de tarification

En dehors des autres dispositions prévues, le gestionnaire rendra compte à la demande des autorités compétentes de son action relative aux missions confiées par celles-ci, et s'engage à les tenir informées de toute situation le nécessitant.

Par ailleurs, les autorités compétentes pourront procéder à tout contrôle ou investigation qui relève de leurs prérogatives au titre de la réglementation en vigueur, notamment vérifier l'utilisation de la dotation globalisée commune ou tout autre financement accordé. Le gestionnaire devra, le cas échéant, leur apporter tout élément expliquant les éventuels décalages entre les objectifs définis au présent contrat et les résultats effectivement atteints.

Le gestionnaire s'engage à faciliter à tout moment le contrôle de la réalisation des objectifs définis au présent contrat, notamment par l'accès à toutes les pièces justificatives de la bonne application des textes légaux et réglementaires et des procédures assurant le contrôle et l'évaluation.

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 les tribunaux compétents :

- Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Paris situé 1, place du Palais Royal
Conseil d'Etat 75100 Paris Cedex 1 (recours dirigés contre les décisions tarifaires de l'ARS);

- Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (recours dirigés contre les décisions tarifaires de l'ARS).

Article 7 – 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.

Un avenant peut être conclu pour proroger d'une année au maximum le CPOM.

Le contenu du présent contrat pourra être révisé ou modifié par avenant, dans les cas suivants :

- Modification législative et réglementaire substantielle ;
- Après révision du Plan régional de santé ;
- Du fait de modifications substantielles de l'environnement de la structure ;
- Au regard de l'intégration de nouvelles structures dans le champ du CPOM ;
- Dans le cadre de la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre budgétaire, qui sera annexé au présent contrat ;
- Dans le cadre du dialogue de gestion.

Article 8 – La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM.

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du présent contrat à toute(s) convention(s) tripartite(s) ou CPOM signé(es) par les établissements et services parties au CPOM.

Article 9 – Entrée en vigueur et durée du CPOM

Le CPOM entre en vigueur au **1^{er} janvier 2025** et est conclu pour une durée de cinq ans.

Il peut être prorogé pour une durée maximale d'un an, au cours de laquelle le contrat continue de produire ses effets, dans les conditions de formalités allégées décrites ci-après.

Au plus tard six mois avant l'échéance du contrat :

- Si aucune des parties n'a manifesté le souhait de le proroger, les parties signataires entament une négociation en vue de la signature d'un nouveau contrat ;
- Si l'une des parties signataires souhaite la prorogation simple du contrat, elle le notifie aux autres parties signataires par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen permettant d'attester de la remise du document aux destinataires. Celles-ci ont un mois pour notifier leur accord ou leur désaccord par les mêmes moyens. A défaut de réponse dans

ce délai, l'accord est réputé acquis. En cas de désaccord, les parties signataires entament des négociations en vue de la signature d'un nouveau contrat.

Titre 3 : La liste des annexes au CPOM

Les annexes suivantes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires :

ANNEXE 1 : Description et périmètre du contrat ;

ANNEXE 2 : Financements des ESMS ;

ANNEXE 3 : Trame de diagnostic complétée par le gestionnaire et les autorités compétentes ;

ANNEXE 4 : Fiches-objectifs ;

ANNEXE 5 : Trame de suivi des objectifs à annexer chaque année à l'ERRD-PGFP

Fait à ...

Le Représentant de l'organisme gestionnaire
Monsieur Laurent Jeanne, Maire et Président du
CCAS de la Ville de Champigny sur Marne

Le Président du Département du Val de Marne
Olivier CAPITANIO



Pour la Directrice Générale de l'Agence régionale
de santé Ile-de-France et par délégation,
Le directeur de la délégation départementale Du Val de Marne

Eric VECHARD

PREFECTURE DU VAL-DE-MARNE

- 1 AVR. 2025