

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

**20xx-20xx**

**« NOM ORGANISME GESTIONNAIRE»**

SOMMAIRE

[Titre 1 – OBJET DU CONTRAT 6](#_Toc521934689)

[Article 1 – Identification du gestionnaire et périmètre du contrat 6](#_Toc521934690)

[Article 2 – Diagnostic partagé 6](#_Toc521934691)

[Article 3 – Objectifs opérationnels fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé 6](#_Toc521934692)

[Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du contrat 7](#_Toc521934693)

[Article 5 – Procédure budgétaire (EPRD) 10](#_Toc521934694)

[Article 6 – Investissements 10](#_Toc521934695)

[Article 7 – Frais de siège ou services communs *(A SUPPRIMER LE CAS ECHEANT)* 11](#_Toc521934696)

[Titre 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT 12](#_Toc521934697)

[Article 1 – Le suivi et l’évaluation du contrat 12](#_Toc521934698)

[Article 2 – Le traitement des litiges 13](#_Toc521934699)

[Article 3 – La révision du contrat 14](#_Toc521934700)

[Article 4 –La durée du CPOM et les conditions de résiliation 14](#_Toc521934701)

[Titre 3 – LISTE DES ANNEXES AU CPOM 15](#_Toc521934702)



Socle contractuel

**ENTRE LES SOUSSIGNES :**

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

L’Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, représentée par M. COIPLET, son Directeur général ;

Le Conseil départemental de ..., représenté par M. …, son Président ;

Et d’autre part,

La personne morale gestionnaire, représentée par M./Mme …, titre de M./Mme, dûment habilité à cet effet.

**VU** le code de l’action sociale et des familles et notamment les articles L.313-12-2 et R 314-39 à R 314-43-1 ;

**VU** le code de la sécurité sociale ;

**VU** le code général des collectivités territoriales ;

**VU** la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de sécurité sociale pour 2016, notamment les articles 74 et 75 ;

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

**VU** le Projet Régional de Santé des Pays de la Loire ;

**VU** le schéma départemental du/de XXX ;

**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 ARS-CDXX du XXX 2018 fixant la programmation prévisionnelle pour la période de 2019 à 2023 des Contrats Pluriannuels d’Objectifs et de Moyens des Etablissements et Services Médico-Sociaux accueillant des Personnes en situation de Handicap sur le département XX ;

**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’instruction n°DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l’arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d’objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles et à l’articulation avec le CPOM prévu à l’article L. 313-12-2 du même code ;

**VU** la délibération du conseil d’administration du gestionnaire (Nom de l’association, de l’entreprise, de l’établissement public XXX) en date du XX/XX/XXXX relative au CPOM XXX ;

**VU** les orientations budgétaires relatives à l’exercice de signature du présent CPOM de l’ARS et du Département ;

**VU** les différentes réunions de négociation entre les signataires ;

POUR LES RENOUVELLEMENTS DE CPOM UNIQUEMENT :

**VU** le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens de [nom de l’organisme gestionnaire] [dates] ;

**VU** l’avenant de prorogation en date du XXX(le cas échéant) ;

**VU** le dossier de renouvellement de contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens déposé le [date] ;

**CONSIDERANT** le bilan du contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens réalisé le [date] et les actions prioritaires issus du dialogue de fin de gestion ;

**Il a été convenu ce qui suit :**

**Préambule**

En application de l’article 75 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et relevant de la compétence tarifaire du directeur de l’Agence Régionale de Santé, que celle-ci soit exclusive ou conjointe avec le président du Conseil Départemental (excepté les UEROS), font désormais l’objet d’un Contrat Pluriannuel d’Objectifs et de Moyens (CPOM).

Il s’agit d’un support de dialogue entre les parties prenantes et sa conclusion entraîne une plus grande responsabilité du gestionnaire dans l’utilisation de ses ressources par le passage à un financement en dotation globale. Les parties au contrat conviennent d’établir leurs relations dans le cadre d’une démarche conjointe de transparence et d’engagements réciproques.

Les enjeux actuels de l’accompagnement des personnes en situation de handicap concernent en priorité la fluidité du parcours de l’usager, la promotion d’une société plus inclusive et la qualité de l’accompagnement ce qui nécessite l’inscription dans des partenariats renforcés. L’adoption de la logique de parcours a été préfigurée par le rapport Piveteau et la mission Desaulle et s’articule désormais avec la démarche Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT). Le CPOM doit permettre de mieux répondre à ces enjeux et offre également l’occasion d’entamer la réflexion pour une approche de l’offre et de l’accompagnement en termes de besoins et de prestations selon les nomenclatures Serafin-PH. Le CPOM favorise ainsi la recomposition et l’adaptation de l’offre médico-sociale sur le territoire et une meilleure visibilité de celle-ci afin de mieux répondre aux enjeux d’adéquation entre offre et réponse aux besoins des personnes en situation de handicap. Il est un outil de promotion de la qualité de service de l’usager s’appuyant sur l’innovation et la prévention.

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

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

La procédure de l’État des Prévisions de Recettes et de Dépenses dont relève l’organisme gestionnaire l’année suivant la signature du CPOM implique la mise en œuvre d’une gestion financière et budgétaire équilibrée sur toute la durée du CPOM dans un objectif d’équité entre les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

# Titre 1 – OBJET DU CONTRAT

## Article 1 – Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Le gestionnaire présente et détaille les caractéristiques des ESMS couverts par le contrat en annexe 1.

## Article 2 – Diagnostic partagé

Les réponses aux besoins de la personne en situation de handicap s’inscrivent dans une logique de parcours. Les ESMS doivent pouvoir proposer une offre d’accompagnement et des prestations souples et adaptées aux besoins des personnes dans une logique de proximité.

Le diagnostic partagé repose sur les éléments suivants :

* l’analyse des indicateurs FLASH (annexe 2-b) ;
* l’analyse des indicateurs du tableau de bord ANAP (annexe 2-c) ;
* le cas échéant, le suivi des indicateurs départementaux ;
* le diagnostic budgétaire et financier (annexe 2-d) ;
* le suivi des inspections des établissements ou services ;
* les préconisations des évaluations internes et externes ;
* les résultats de l’enquête patrimoine ;
* les documents fournis par le gestionnaire (projet associatif, rapports d’activité, etc.) ;
* dans le cadre d’un renouvellement CPOM, le bilan du précédent CPOM.

Ce diagnostic fait l’objet d’une synthèse partagée (annexe 2-a) entre les parties au contrat.

## Article 3 – Objectifs opérationnels fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé

Le CPOM constitue un outil essentiel pour faire évoluer l’offre et les pratiques nécessaires à la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » afin de :

* promouvoir les capacités et la participation des personnes accompagnées et de leurs aidants ;
* de favoriser la vie en milieu ordinaire lorsque que cela est possible et conforme aux souhaits de la personne ;
* transformer l’offre au service de l’inclusion des personnes dans la société et du développement des dispositifs de droit commun, en milieu scolaire, professionnel et en matière de logement ;
* répondre à la logique du parcours global, à des besoins spécifiques et parfois complexes en fonction du handicap ;
* anticiper, prévenir et gérer les ruptures de parcours.

Le CPOM fixe les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat. Le gestionnaire s’engage à réaliser les objectifs présentés, conformément au calendrier de réalisation déterminé conjointement.

Les objectifs opérationnels négociés sont précisés en annexe 4. Ils résultent du diagnostic partagé et reposent sur les priorités définies dans le PRS et le ou les schémas départementaux.

Les objectifs du gestionnaire sont regroupés selon 3 axes stratégiques :

* **Réponse aux besoins territoriaux et adaptation des parcours :** mise en place de la démarche RAPT, adéquation des prestations proposées en fonction des besoins et des souhaits des personnes handicapées, adaptation de l’offre, accès aux lieux d’activités de droit commun, accès aux soins et accès aux droits, organisation de l’accès aux soins courants et spécialisés, coopérations et partenariats avec les acteurs des secteurs sanitaire, social, médico-social, psychiatrie, etc. sur le territoire, positionnement stratégique sur le/les secteurs géographiques d’implantation…
* **Bientraitance, démarche qualité et maîtrise des risques :** amélioration continue de la qualité, continuité de l’accompagnement et des soins, personnalisation de l’accompagnement, effectivité des droits des usagers, gestion des risques, mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques, actions de prévention et d’éducation à la santé y compris environnementale…
* **Efficience et innovation des organisations :** pilotage de l’activité médico-sociale et contrôle de gestion, optimisation de l’activité des structures et des fonctions supports, organisation d’un système d’information, politique de gestion des ressources humaines et gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, équilibre financier et budgétaire, optimisation des transports, organisation du siège…

## Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du contrat

* 1. Modification et transformation de capacité

Toute modification ou transformation de l’offre agréée en nature ou en volume est soumise à l’autorisation du Département et/ou de l'ARS selon les structures concernées. Au regard des besoins sur le territoire et en lien avec les objectifs fixés au contrat, le gestionnaire peut proposer des réponses adaptées, modulaires et innovantes.

Néanmoins, une extension de places n’est possible que dans le cadre d’un dialogue avec l’autorité compétente et en conformité avec la réglementation.

* 1. Modalités de détermination des dotations des établissements et services parties au CPOM

Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM sont précisées en annexe 5.

* + 1. Modalités de calcul de la Dotation Globale Commune (DGC
* ***Pour les ESMS financés par l’Assurance Maladie***

La dotation globale commune de référence applicable au présent contrat tient compte :

- du diagnostic partagé (cf. article 2 du titre I) ;

- de l’incidence des objectifs d’efficience des établissements et services médico-sociaux (cf. article 3 du titre I et annexes 3 et 4).

La fixation du montant global des dépenses nettes autorisées (égal au groupe I (hors forfait journalier) de la classe 7) est commune aux établissements et services financés par l’Assurance Maladie, tarifés par l’Agence Régionale de Santé et gérés par l’organisme gestionnaire.

L’actualisation annuelle de la DGC sera attribuée sur la base du taux retenu dans le Rapport d’Orientations Budgétaires arrêté annuellement par le directeur général de l’Agence Régionale de Santé.

Dans l’attente de la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans le secteur handicap, l’objectif de convergence tarifaire prévue aux articles L.314-4 et R.314-22, R.314-23 (alinéa 6) et suivants du CASF est poursuivi, pour permettre la réduction des écarts de coûts entre structures proposant des prestations comparables, au regard des coûts moyens régionaux et nationaux.

* ***Pour les ESMS financés par le Département***

Les modalités de détermination de la dotation globale commune sont précisées dans l’annexe 5.

La DGC est fixée pour la 1ère année du CPOM. Durant la période de 5 ans, elle sera actualisée selon le taux directeur voté par l’Assemblée Départementale.

La dotation globale offre la possibilité au gestionnaire d’une fongibilité financière entre établissements et services de son périmètre.  Le principe étant la souplesse avec possibilité de virement d’un groupe à un autre et d’une structure à une autre en restant toutefois dans le montant de l’enveloppe de la dotation globale commune.

La DGC étant une évaluation des charges nettes, la dotation sera versée en intégrant la déduction de l’estimation :

* des ressources des résidents (participation forfaitaire et aides au logement)
* des recettes liées aux départements extérieurs
* des participations des résidents  non bénéficiaires de l’aide sociale.

Cette évaluation sera fournie par le gestionnaire dans le cadre de la procédure budgétaire annuelle.

La dotation globale commune est versée par douzième mensuellement.

Les modalités de versement (et de régularisation de dotation pour les départements concernés) sont précisées en annexe 5).

Un prix de journée sera déterminé par catégorie d’établissements et services et par type d’accueil, afin de procéder à la facturation à destination des conseils départementaux extérieurs et des résidents à titre payant.

* + 1. Dispositions spécifiques aux jeunes en situation d’amendement Creton

Conformément au décret 2016-1815 du 21 décembre 2016, (articles R 314-105 et R 314-115 du CASF), la part de dotation globalisée à la charge de l'assurance maladie sera déterminée annuellement déduction faite de la part des financements pris en charge par les conseils départementaux.

Cette part est égale au montant des produits à la charge de ces collectivités constatées sur le dernier exercice. Ce montant est transmis par l’organisme gestionnaire au plus tard le 31 janvier de l’année en cours par le dépôt de l’annexe activité sur la plate-forme IMPORT EPRD de la CNSA). La part à la charge des conseils départementaux est facturée par l’établissement ou le service sous la forme de prix de journée. La répartition entre financeurs peut être modifiée en cours d’année sur demande motivée de l’organisme gestionnaire.

L’équation tarifaire permettant de calculer la dotation sera donc :

DGC = (dotation globale au 31/12 de l’année N-1 \*taux directeur régional retenu et inscrit dans le Rapport d’Orientations budgétaires de l’année n (sauf condition particulière, négociée avec l’organisme gestionnaire))- (les recettes de prix de journée des jeunes en situation d’amendement Creton disposant d’orientation vers des établissements d’hébergement médicalisés ou non (de type foyer-R.314-223 du CASF) sur la base des produits de l’année N-1).

Ce montant est transmis par l’organisme gestionnaire à l’Agence Régionale de Santé au plus tard le 31 janvier de l’année n (annexe activité sur plate-forme EPRD).

* + 1. Adéquation des moyens au regard de l’activité

Au regard des enjeux liés à l’évolution des besoins et à la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous », l’analyse de l’activité sera un outil majeur de suivi des CPOM.

Les modalités de fixation du budget de reconduction sont corrélées à la fixation d’une activité prévisionnelle indexée sur la moyenne d'activité constatée lors des 3 derniers comptes administratifs/ERRD, sauf mesures de transformation de l’offre ou situations de sous-activité à corriger. En cas de circonstances particulières, l’activité sera appréciée en fonction d’un taux-cible d’occupation défini en annexe 3.

Dans la mesure où les objectifs cibles d’activité précités ne seraient pas atteints, et non justifiés, la dotation globalisée commune pourra être réduite.

* 1. Equilibre financier et plan de retour à l’équilibre si nécessaire

Le diagnostic financier présenté par le gestionnaire sera partagé dans le cadre de l’ERRD. Si un retour à l’équilibre est à prévoir, un plan de retour à l’équilibre (PRE) sera intégré dans le contrat et mis en œuvre, conformément à l’article L.313-12.2 du CASF.

* 1. Affectation des résultats

Conformément à la règlementation, le CPOM fixe les modalités d’affectation des résultats en lien avec ses objectifs, modalités mentionnées dans l’annexe 5.

Ces résultats tiennent compte :

* pour l’ARS, de la reprise des recettes provenant des facturations pour les jeunes en situation d’amendement Creton aux départements des années antérieures à l’EPRD.
* de l’analyse des réserves et provisions constituées.

L’ARS et le Département conservent la possibilité de réformer le résultat, conformément à l'article R.314-52 du CASF, si elle constate des dépenses manifestement étrangères par leur nature ou par leur importance aux nécessités de gestion des établissements.

## Article 5 – Procédure budgétaire (EPRD)

Conformément au décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l’article L 312-1 du CASF, la signature du présent CPOM entraine l’application d’un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) à compter de l’exercice suivant la signature du CPOM.

Cependant, pour les structures financées par l’aide sociale départementale, il conviendra de transmettre au CD, annuellement, les informations nécessaires à la fixation des prix de journée, synthétisées dans un tableau détaillant **par catégorie** d’établissements et services, les montants par groupes fonctionnels, ainsi que les estimations des participations des résidents y compris les résidents payants, des départements extérieurs et des APL.

## Article 6 – Investissements

* 1. Schéma directeur immobilier

Dès lors qu’il est gestionnaire de plusieurs sites ou de plusieurs bâtiments, l’organisme gestionnaire s’engage dans la période du CPOM à élaborer un schéma directeur immobilier portant sur l’ensemble des sites, s’appuyant sur un diagnostic technique et fonctionnel du patrimoine et apportant une vision prospective de l’adéquation des locaux au regard des besoins, de leurs évolutions et adaptations nécessaires, des besoins d’investissement correspondants et des opportunités de cession ou de valorisation. Ce schéma a vocation à être décliné au niveau d’un PPI. Il s’agit d’un prérequis pour la validation de tout projet d’investissement stratégique.

* 1. Projet d’investissement stratégique

Toute réalisation de projet stratégique[[1]](#footnote-2) doit faire l’objet, en amont, d’une formalisation avec l’ARS et le Département (expression des besoins, lancement de l’étude de faisabilité) portant sur la cohérence avec le schéma directeur immobilier, le cadrage des prérequis, les étapes à mettre en œuvre dans la démarche, les outils et référentiels à mobiliser, le calendrier et le pilotage du projet. Il s’agit des conditions préalables nécessaires pour une instruction future du projet d’investissement.

Tout projet sera accompagné d’un rapport d’évaluation socio-économique comprenant tout élément justificatif sur les opérations immobilières envisagées (note descriptive des opérations de travaux projetées, plans et tableaux des surfaces, détail du chiffrage des coûts d’opération). Cette étude sera complétée par les aspects budgétaires et financiers présentés sous la forme d’un PPI actualisé (format outil de la MARS pour les ESSMS sous compétence ARS et format outil en application de l’article R314-20 du CASF pour les ESSMS sous compétence CD).

* 1. Investissements concernant le matériel et les petits équipements

Les investissements liés au renouvellement de matériel et de petits équipements se feront dans la limite de la dotation globale commune. Les surcoûts seront financés par redéploiement budgétaire et/ou baisse des amortissements et/ou charges financières des anciens emprunts. Dans ce cadre, la présentation d’un PPI ne sera pas systématiquement obligatoire. Cependant tout nouvel emprunt fera l’objet d’une autorisation de l’autorité de tarification.

* 1. PPI

Les modalités de dépôt des PPI sont précisées en annexe 5.

## Article 7 – Frais de siège ou services communs *(A SUPPRIMER LE CAS ECHEANT)*

La mise en place d'un siège ou de services communs constitue un mode d’organisation interne de l’organisme gestionnaire. La nature des services rendus par le siège doit être la résultante de prestations optimisées, d'efficience des organisations et de rationalisation des moyens. Elle ne doit pas conduire à un accroissement des charges de structure des établissements et services au détriment des prestations d'accompagnement dispensées par ces mêmes structures.

Les frais de siège social ou des services communs appréciés comme partie intégrante du CPOM se trouvent validés à travers l’acceptation des prestations comptabilisées dans les comptes 655 ou 628 dans le cadre de l’EPRD des établissements et services gérés par l’organisme gestionnaire, pour ce qui concerne le périmètre de chaque financeur.

Aux fins de comparaison des effectifs entre les ESMS gérés par des organismes gestionnaires disposant d’un siège ou de services communs et ceux n’en disposant pas, les fonctions-support d’administration, de gestion et de logistique sont évaluées en ETP à titre indicatif (Tableau de bord de la performance).

Un tableau de ventilation des quotes-parts de frais de siège ou de répartition des charges communes devra être produit à l’appui de l’ERRD.

Concernant les autorisations de frais de siège, l’autorité compétente, après avis des autres autorités concernées, a la possibilité d’apporter une révision ou une abrogation de l’autorisation de frais de siège si les conditions de son octroi ne sont pas remplies ou en cas de modification du périmètre.

Les frais de siège autorisés dans le cadre du CPOM seront précisés en annexe 5. La décision ou l’arrêté portant autorisation des frais de siège est joint(e) au présent contrat.

# Titre 2 – LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

## Article 1 – Le suivi et l’évaluation du contrat

Il appartient au gestionnaire de mettre en place la gouvernance et les outils internes requis à ce suivi.

Annuellement, le gestionnaire s’engage à :

* renseigner les indicateurs du tableau de bord de la performance ANAP pour toutes les structures (ARS et CD) ;
* renseigner les indicateurs FLASH relatifs à la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements des structures concernées ;
* Renseigner les indicateurs départementaux, le cas échéant ;
* Transmettre l’activité réalisée relevant des départements extérieurs et des personnes non bénéficiaires de l’aide sociale.
	1. Composition du comité de suivi

Un comité restreint de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Il est composé de représentants des signataires qui peuvent s’adjoindre, au besoin, la collaboration de partenaires impliqués (Education Nationale, DIRECCTE…) par les objectifs opérationnels du CPOM.

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

* 1. Les dialogues de gestion

Le comité de suivi se réunit :

* Annuellement, pour les structures relevant du champ de compétence départemental sur la base du rapport d’activité que doit communiquer le gestionnaire, par type de structures, et d’un rapport de synthèse retraçant l’avancement des fiches objectifs. Ces rapports doivent être communiqués au Département pour le 30 avril de chaque année ;
* lors du dialogue de gestion de mi-parcours qui intervient au cours de la troisième année pour un bilan d’étape. Il permet à l’ensemble des cocontractants d’examiner la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, de valoriser les résultats obtenus et les efforts engagés et de déterminer des mesures correctrices le cas échéant. À la suite de cette rencontre, un compte-rendu revenant sur les faits marquants et les priorités d’action à venir est validé par l’ensemble des parties prenantes. Il a valeur d’avenant au CPOM ;
* lors du dialogue de gestion de fin de parcours qui intervient au cours de la dernière année du contrat pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat. Compte tenu du bilan établi, le comité de suivi formule des propositions de priorités et d’objectifs pour le CPOM suivant. Ce bilan viendra alimenter le diagnostic du renouvellement du CPOM.

En dehors des dialogues de gestion, chaque partie signataire doit saisir le comité de suivi lorsque des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles (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.

* 1. Documents à produire

Dans le cadre des dialogues de gestion, le gestionnaire produit :

* un mémoire de situation synthétique qui permet d’apprécier l’état d’avancement des objectifs du CPOM ;
* un tableau de suivi des indicateurs du contrat qui permet d’apprécier la qualité et la pertinence des actions entreprises.

À ces documents peuvent être ajoutées toute autre analyse, synthèse, etc. qui pourraient être demandées par l’ARS ou le CD ou jugées pertinentes par le gestionnaire.

## Article 2 – Le traitement des litiges

Les parties s’engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l’exécution ou l’interprétation du présent contrat. A défaut d’un tel accord, le différend pourra être porté devant le Tribunal Administratif compétent.

## Article 3 – La révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d’une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l’issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d’un avenant au CPOM qui précise les éléments modifiés du contrat.

Un avenant peut notamment intervenir à titre d’exemple lors :

* d’une modification législative ou réglementaire importante ;
* de l’adoption de nouvelles orientations politiques nationales, régionales ou départementales ;
* d’une modification du périmètre du CPOM ;
* d’une mise en place de plan de retour à l’équilibre financier.

## Article 4 –La durée du CPOM et les conditions de résiliation

Le CPOM entre en vigueur le 1er jour du mois suivant sa date de signature. Il est conclu pour une durée de 5 ans.

La durée initiale de cinq ans du contrat peut être prorogée sans avenant pour une durée maximale d’un an, au cours de laquelle le contrat continue de produire ses effets, dans les conditions de formalités allégées décrites ci-après. Au plus tard six mois avant l’échéance prévue au contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens, une partie signataire souhaitant la prorogation simple du contrat le notifie aux autres parties signataires par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen permettant d’attester de la remise du document aux destinataires. Celles-ci ont un mois pour signaler leur accord ou leur désaccord par les mêmes moyens. A défaut de réponse dans ce délai, l’accord est réputé acquis. En cas de désaccord sur la prorogation entre les parties à l’issue de la période d’un mois, une négociation en vue de la conclusion d’un nouveau contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens est ouverte sans délai.

A l’échéance de la prorogation d’un an, un avenant prolongeant d’un an le contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens peut être conclu entre les parties. Cet avenant n’est pas renouvelable.

En cas de non-respect par l’une ou l’autre des parties, d’un ou des engagements contenus dans le présent contrat, ce dernier pourra être dénoncé par l’une d’elles. Dans ce cas, cette décision devra être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception et respecter un préavis de 6 mois.

# Titre 3 – LISTE DES ANNEXES AU CPOM

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

**ANNEXE 1 : Périmètre du CPOM**

**ANNEXE 2 : Synthèse du diagnostic partagé**

Annexe 2-a : tableau de synthèse et des indicateurs mobilisables

Annexe 2-a.bis : outil d’appui à l’évolution de l’offre TSA - synthèse consolidée

Annexe 2-b : indicateurs FLASH

Annexe 2-c : indicateurs Tableau de bord de la performance (ANAP)

Annexe 2-d : indicateurs complémentaires

Annexe 2-e : diagnostic budgétaire et financier

Annexe 2-f : activités des plus de 20 ans en situation d'amendement Creton

**ANNEXE 3 : Fiche activité**

**ANNEXE 4 : Fiches-objectifs**

4.1. Réponse aux besoins territoriaux et adaptation des parcours

4.2. Bientraitance, démarche qualité et maîtrise des risques

4.3. Efficience et innovation des organisations

**ANNEXE 5 : Eléments financiers**

Fait à

Le,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le représentant légal de l’organisme gestionnaire | Le présidentdu Département […] | Le directeur général de l’Agence Régionale de Santé Pays de la Loire |

1. Est considéré comme un projet d’investissement stratégique tout projet avec enjeu de rééquilibrage de l’offre, tout projet structurant (restructuration lourde, reconstruction de structures) ou identifié comme stratégique dans le schéma directeur immobilier. [↑](#footnote-ref-2)