

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat d'État chargé des personnes âgées
et de l'autonomie

Secrétariat d'État aux personnes handicapées
et à la lutte contre l'exclusion

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières
et de la modernisation

Bureau de la gouvernance du secteur social
et médico-social

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

NOR : AFSA1709099J

Date d'application : 1^{er} janvier 2017.

Validée par le CNP le 2 décembre 2016. – Visa CNP 2016-180.

Résumé : la présente instruction a pour objet d'explicitier l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu (CPOM) au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui propose le nouveau cadre contractuel des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) à compter du 1^{er} janvier 2017.

Une nouvelle étape pour la contractualisation dans le champ médico-social s'ouvre puisque pour relancer la dynamique de la contractualisation, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) pour le secteur des personnes âgées et les lois n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 et n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 dans le secteur des personnes en situation de handicap ainsi que pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ont prévu diverses mesures en faveur d'une généralisation de la contractualisation.

Ainsi, l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a substitué le CPOM à la convention pluriannuelle, dite tripartite, des EHPAD. Ce CPOM relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF et relevant du président du conseil départemental ou du directeur général de l'ARS, lorsque ces derniers sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. La possibilité de signer des CPOM pluri-établissements ou services encourage la logique de mutualisation sur des fonctions telles que la restauration, la blanchisserie, le nettoyage, l'informatique, ainsi que la mutualisation des professionnels, notamment les personnels paramédicaux.

Cette réforme de la contractualisation s'accompagne d'une réforme de l'allocation de ressources des EHPAD et d'une refonte des règles budgétaires et comptables, mises en œuvre dès 2017.

De même, l'article L. 313-12-2 du CASF prévoit que les établissements et services du secteur des personnes en situation de handicap sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Les établissements

d'accueil de jour autonomes (AJA) sont également inclus dans le périmètre de cet article. Pour les ESMS concernés s'appliqueront à l'exercice suivant la signature du CPOM les nouvelles règles budgétaires et comptables, et notamment l'utilisation d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Cette instruction a pour objectif de faire le lien entre les deux dispositions législatives et encourage à la conclusion d'un seul et unique CPOM par gestionnaire sur le territoire départemental, voire régional, avec l'accord des autorités de tarification.

Il convient de souligner que d'autres types de CPOM existent : le CPOM de droit commun relevant de l'article L. 313-11 du CASF, le CPOM des services d'aide à domicile (SAAD) relevant de l'article L. 313-12-1 du CASF, le CPOM des résidences-autonomie relevant du III de l'article L. 313-12 du CASF ou encore le CPOM de l'expérimentation des SPASAD intégrés. La présente instruction a donc également pour objectif de clarifier le corpus juridique des différents types de CPOM existants.

Rappelons enfin que pour un établissement médico-social rattaché à un établissement de santé et bien que l'établissement de santé doive conclure son propre CPOM, l'obligation de signer un CPOM médico-social demeure.

Mots clés : CPOM – EHPAD – PUV – ESMS – AGGIR – GMP – dépendance – coupes PATHOS – PMP – EPRD – ERRD – handicap.

Références :

Articles L. 313-6, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-1, L. 313-12-2, L. 314-2 et L. 342-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ;

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 ;

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 L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

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 CASF.

Textes modifiés : arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Annexes :

Annexe 1. – Mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges des contrats d'objectifs et de moyens.

Annexe 2. – Les différents CPOM du secteur social et médico-social (tableau).

Annexe 3. – La mise en œuvre du décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux ESMS pour personnes âgées – Volet CPOM.

Annexe 4. – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Annexe 5. – CPOM et réponse accompagnée pour tous.

Annexe 6. – La mise en œuvre des mesures du comité interministériel du handicap (CIH).

Annexe 7. – L'articulation du cahier des charges des CPOM et du décret relatif aux conditions techniques minimales des EHPAD (schéma).

La ministre des affaires sociales et de la santé et la secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les présidents des conseils départementaux ; Mesdames et Messieurs les présidents des métropoles (pour information).

Les lois relatives à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) et de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 et 2017 inaugurent une nouvelle ère de la contractualisation du secteur médico-social par la consécration de l'outil « contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens » (CPOM) qui permet de moderniser le dialogue entre les pouvoirs publics et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) en fixant des objectifs de qualité et d'efficience, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements, et en déclinaison notamment du schéma régional de santé prévu par l'article 58 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le CPOM constitue ainsi un véritable outil de gestion budgétaire au service de la stratégie négociée d'un gestionnaire.

La présente instruction a pour objet de proposer une doctrine pour la mise en œuvre de la réforme de la contractualisation du secteur médico-social, de rappeler les différents enjeux qu'elle recouvre et d'en expliciter les modalités techniques d'application.

Sept annexes complètent le corps de l'instruction. L'annexe 1 propose le cadre explicatif pour la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV^{ter} de l'article L. 313-12 du CASF. La deuxième annexe récapitule sous forme de tableau des différents types de CPOM existants sur le secteur social et médico-social dans le but de vous permettre de mieux appréhender l'hétérogénéité du corpus juridique des CPOM ainsi que leurs possibles interactions. De plus, les annexes 3 et 4 concernent plus spécifiquement les CPOM conclus par les résidences autonomie, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). L'annexe suivante concerne la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous dans le cadre de la généralisation des CPOM. L'annexe 6 rappelle les mesures du CIH de décembre 2016 dont le CPOM apparaît comme un outil pertinent de mise en œuvre. Enfin, l'annexe 7 est un schéma permettant de mettre en perspective les travaux ayant conduit à la rédaction de l'arrêté CPOM.

1. La réforme de la contractualisation relevant de l'article L. 313-12 (IV^{ter}) du CASF (CPOM « EHPAD »)

La réforme de la contractualisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des petites unités de vie (PUV) va s'opérer sur une durée de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2017. En effet, l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) rénove cette contractualisation en substituant un CPOM à l'ancienne convention tripartite pluriannuelle (CTP) qui prévalait jusqu'alors par EHPAD. Ce CPOM dépasse le strict cadre de la CTP puisqu'il est prévu qu'il concerne l'ensemble des EHPAD du même gestionnaire dans un département, mais aussi, le cas échéant, des établissements et services médico-sociaux relevant d'autres activités et accueillant d'autres publics, du même ressort territorial, dès lors qu'il relève de ce gestionnaire. Ainsi, le CPOM peut englober des établissements et services relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF et de la compétence du DGARS ou du PCD (personnes en situation de handicap et personnes en difficultés spécifiques...).

Les établissements de soins de longue durée (ESLD) ne sont pas concernés par cette réforme et restent, pour l'instant, soumis à l'obligation de conclure une convention tripartite pluriannuelle avec le président du conseil départemental (PCD) et le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS). C'est pour cette raison que l'arrêté du 26 avril 1999 n'a pas été abrogé : il demeure en vigueur pour ces établissements en attente d'une réforme de leur tarification.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2022, l'ensemble des EHPAD et des PUV devront obligatoirement avoir conclu un CPOM avec les autorités ayant délivré leur autorisation. La signature de ce CPOM est obligatoire et en cas de refus de le signer ou de le renouveler de la part de l'organisme gestionnaire, la loi prévoit des sanctions pour ce dernier qui risque une minoration du forfait global de soins, à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, conformément aux dispositions prévues à l'article D. 314-167-1 du CASF.

À noter : une mesure de la LFSS pour 2017 rend possible la signature de CPOM pluri EHPAD au niveau départemental par la société commerciale qui contrôle les sociétés détenant les autorisations des EHPAD [CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV^{ter})].

2. La réforme de la contractualisation prévue à l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM « ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA »)

L'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 prévoit que les établissements et services du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Une période transitoire de 6 ans est prévue pour la mise en œuvre de ces dispositions (du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021). Ainsi, au niveau du territoire départemental devra être signé un CPOM par organisme gestionnaire avec les ESMS relevant des catégories mentionnées à l'article L. 313-12-2 du CASF.

La liste des établissements concernée par l'obligation de contractualisation a été complétée par la LFSS pour 2017. Aussi, sont concernés par cette contractualisation obligatoire les ESMS suivants : les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques (ITEP), les établissements et services pour enfants déficients moteurs (IEM), les établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP), les établissements et services pour enfants atteints de déficience sensorielle, les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres d'accueil familiaux spécialisés (CAFS) créés et gérés par ces établissements, les services types services, d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les jardins d'accueil spécialisés, les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation (CPO), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisé (FAM), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les établissements et s*ervices d'aide par le travail (ESAT). Les établissements d'hébergement temporaire du secteur des personnes en situation de handicap sont également concernés, ainsi que les SSIAD, qu'ils interviennent auprès de personnes âgées ou de personnes handicapées. À noter que les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont également inclus dans le périmètre de la contractualisation obligatoire. Enfin, dans le cadre de l'instruction du 10 octobre 2016, les établissements d'accueil de jour autonomes (AJA) ont été intégrés à ce périmètre¹.

À noter : quelques structures d'accompagnement des personnes handicapées ne sont pas concernées par l'obligation de signer un CPOM notamment les centres de ressources et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS).

Cette contractualisation s'inscrit, dans une réforme plus générale qui comprend la mise en place de l'EPRD et les travaux SERAFIN-PH.

La LFSS pour 2017, outre l'extension du périmètre des ESMS relevant de la contractualisation obligatoire, a introduit d'autres modifications par rapport au dispositif initial et notamment :

- l'obligation de signer ces CPOM pour les conseils départementaux pour les ESMS de compétence partagée avec l'ARS. En revanche, les ESMS relevant de la compétence exclusive du PCD (foyers de vie, champ ASE...) sont exclus du périmètre de l'obligation de signer un CPOM ;
- la possibilité de moduler le tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans des conditions qui seront précisées par décret en Conseil d'État (publication envisagée au cours du 1^{er} semestre 2017).

3. La réforme de la tarification des EHPAD et la réforme budgétaire et comptable commune à l'ensemble du secteur médico-social

À compter de l'exercice 2017 et sur une période de 7 ans, une nouvelle tarification des EHPAD et des PUV entrera en vigueur. Dans un objectif de simplification et d'objectivation de l'allocation de ressources, est mis en place un financement automatique des prestations en soins reposant sur une équation tarifaire qui prend en compte à la fois le niveau de dépendance et les besoins en soins requis des résidents. Au résultat de cette équation tarifaire versée pour les places d'hébergement permanent, s'ajouteront éventuellement des financements complémentaires. Il s'agit par exemple du financement des places d'accueil temporaire et des dispositifs issus du plan Alzheimer 208-2012 : pôles d'accompagnement et de soins adaptés (PASA), unités d'hébergement renforcé (UHR) ou encore plateformes d'accompagnement et de répit des aidants (PFR).

¹ Cf. Instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire « EPRD », en application des dispositions législatives de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application.

La loi prévoit, sur la même période transitoire de 7 ans, la mise en place d'un forfait global relatif à la dépendance dans des conditions définies par décret².

Dans le cadre du CPOM prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF (c'est-à-dire le CPOM « EHPAD »), le principe de libre affectation des résultats au sein du périmètre du CPOM découle du modèle de tarification des EHPAD. Toutefois, la loi dispose que le contrat prévoit les modalités d'affectation du résultat. Il convient, en effet, d'aménager lors de la négociation du CPOM un temps d'échange sur cette question afin de projeter un résultat prévisionnel et de s'assurer que l'affectation de ce résultat réponde aux objectifs du CPOM. Ainsi, les modalités d'affectation du résultat doivent faire l'objet d'une disposition contractuelle.

Cette réforme de la tarification s'accompagne de la refonte des règles et des cadres budgétaires et comptables des établissements et services, notamment par la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Sur le secteur des EHPAD, ce document entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 pour l'exercice 2017. *A contrario*, les ESMS - non EHPAD qui intègrent un CPOM « EHPAD » relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF, seront soumis à l'EPRD l'exercice suivant la signature du CPOM.

En revanche, pour les établissements et services relevant de l'article L. 313-12-2 (c'est-à-dire le « CPOM des ESMS du secteur des personnes en situation de handicap, des établissements d'accueil de jour autonomes (AJA), des SSIAD et des SPASAD »), l'entrée en vigueur de l'EPRD est subordonnée à la conclusion de ce CPOM et il s'appliquera à compter de l'exercice suivant sa signature.

Pour les CPOM conclus antérieurement (avant le 1^{er} janvier 2016 et donc au titre de l'article L. 313-11 du CASF – « CPOM de droit commun »), l'entrée en vigueur de l'EPRD est possible en cas d'accord entre les autorités de tarification et l'organisme gestionnaire sous réserve de la conclusion d'un avenant au CPOM. En l'absence d'avenant, l'EPRD sera mis en place lors du renouvellement du CPOM, qui sera alors pris en application de l'article L. 313-12-2 du CASF.

Enfin, la réforme de la tarification s'inscrit dans un cadre plus global de mutation du secteur médico-social, dont l'objectif est in fine, l'adaptation de l'offre aux besoins évolutifs des personnes accueillies et une allocation de la ressource la plus équitable possible s'appuyant sur des bases objectivées.

Concernant les EHPAD, cette objectivation s'appuie sur les besoins en soins requis et le niveau de dépendance des résidents déterminés sur la base des outils tels que le pathos moyen pondéré (PMP) et la grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR).

Dans le champ de l'accompagnement des personnes handicapées, la mise en place des conditions d'une allocation de ressources équitable est l'objectif des travaux menés dans le cadre de SERAFIN-PH, qui visent à apporter ces bases objectivées grâce à une connaissance des besoins et des prestations. Cependant, l'inadéquation des modes de financement actuels aux activités des établissements et services est aussi prégnante qu'elle l'était dans le secteur des personnes âgées. C'est pourquoi une forme de tarification à la ressource est introduite également pour les établissements et services d'accompagnement des personnes handicapées. Elle est négociée dans le cadre du CPOM et élaborée sur des bases historiques dans l'attente d'une tarification fondée sur les bases objectivées dans le cadre des travaux SERAFIN-PH.

Ces travaux participent donc in fine d'une même réforme, avec la mise en place des EPRD en tant que cadre budgétaire le plus adapté à une forme de tarification à la ressource, et la généralisation de la contractualisation, outil de structuration du projet global de l'organisme gestionnaire.

4. La programmation de la contractualisation

Il vous appartient de programmer de manière pluriannuelle le passage au CPOM, dans le cadre de chacun des deux dispositifs contractuels, par le biais d'un arrêté conjoint avec le Président du conseil départemental. Je vous invite à réaliser deux arrêtés distincts. Certains organismes gestionnaires peuvent relever des deux dispositifs. Il convient d'organiser l'information des gestionnaires en amont, de concerter sur la stratégie de programmation que vous définissez localement et de les associer pleinement à l'élaboration de ces arrêtés. S'agissant des SSIAD exclusivement, il vous est également loisible de les inscrire dans une programmation séparée puisque ces services relèvent de votre seule compétence (dans ce cas, une troisième programmation est réalisée). Enfin, il est souhaitable que la commission spécialisée en matière médico-sociale de la CRSA soit consultée sur les critères de programmation au titre de sa compétence sur la politique contractuelle. La 3^e partie de l'annexe 1 revient en détail sur cette programmation conjointe et les questions que sa mise en œuvre suscite.

² Cf. les dispositions des articles R. 314-172 à R. 314-178 du CASF.

5. Les enjeux des réformes

Le CPOM participe à une meilleure structuration de l'offre sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins des personnes selon des modalités identifiées et priorisées dans le cadre des PRS et leurs cibles quantitatives et qualitatives opposables et des schémas élaborés localement. C'est également un levier de performance pour les ESMS.

Sur les deux secteurs, la généralisation des CPOM, dans la lignée des conventions triparties ou des CPOM préexistants, a vocation à poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes hébergées ou accueillies. En effet, des objectifs de qualité et d'efficience sont fixés, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des structures. Le CPOM constitue un véritable outil de gestion budgétaire au service de la stratégie d'un gestionnaire.

Pour le secteur des EHPAD, il est aussi source de simplification administrative en se substituant aux conventions d'habilitation à l'aide sociale départementale quand elles existaient et aux conventions tripartites pluriannuelles. Le CPOM devient ainsi le document unique de contractualisation pour le gestionnaire d'un ou plusieurs EHPAD.

Pour le secteur des personnes handicapées, la contractualisation est l'un des leviers identifiés pour :

- pallier le cloisonnement entre les catégories d'établissements et services et la fragmentation des réponses apportées aux personnes en situation de handicap. Le CPOM précisera notamment les modalités d'accueil et le niveau d'activité négocié. Lorsque le projet de décret en cours modifiant la nomenclature des autorisations aura été publié, le CPOM pourra constituer un outil pertinent pour préciser l'activité et les modes d'intervention des établissements et services ;
- favoriser et organiser la complémentarité des prestations offertes par un gestionnaire ;
- inscrire les ESMS dans l'élaboration des plans d'accompagnement globaux, leur mise en œuvre.

Le rapport « zéro sans solution³ » de 2014 et la mission « Réponse accompagnée pour tous » recommandent ainsi la généralisation des CPOM comme outils permettant de mieux accompagner la résolution des situations complexes. Ainsi, le CPOM permet d'adapter les réponses apportées aux besoins des personnes en situation de handicap dans une double démarche : développer des formes d'accompagnement qui favorisent l'accès au droit commun (virage inclusif) et accueillir, éventuellement avec des modalités renouvelées, les personnes nécessitant un accompagnement permanent.

Enfin, le contrat est le support de la définition de la dotation globale pour les établissements encore tarifés en prix de journée.

La partie 1.2 de l'annexe 1 est consacrée aux enjeux des réformes.

6. L'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre du dispositif CPOM

Pour toute question relative à la mise en œuvre de la présente instruction ou de l'arrêté fixant le contenu du CPOM, je vous invite à envoyer un courriel à l'adresse suivante : DGCS-5C-TARIF@social.gouv.fr. Pour que cette réforme de grande ampleur puisse se mettre en place, des sessions de deux jours de formation ont été organisées par l'EHESP, la CNSA et la DGCS à destination des personnels des ARS et des conseils départementaux. Une foire aux questions (FAQ) a été ouverte sur la plateforme REAL hébergée par l'EHESP. Elle couvre l'ensemble du chantier relatif à la réforme de la tarification et de la contractualisation du secteur médico-social. Cette FAQ sera, par la suite, mise en ligne sur le site internet du ministère afin d'être accessible au plus grand nombre.

Enfin, je vous informe que le suivi de la mise en œuvre de la généralisation des CPOM pourra être réalisé à terme par le système d'informations Ecars qui sera déployé à compter de 2018.

Pour les ministres et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

³ « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Document accessible par le lien suivant : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

ANNEXE 1

MISE EN ŒUVRE DE L'ARRÊTÉ DU 3 MARS 2017 FIXANT LE CONTENU DU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM) PRÉVU AU IV *TER* DE L'ARTICLE L. 313-12 DU CASF ET SON ARTICULATION AVEC LE CPOM PRÉVU À L'ARTICLE L. 313-12-2 DU MÊME CODE

Cette annexe a pour but d'explicitier le contenu de 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 CASF (CPOM « EHPAD »). Elle se compose de deux parties. La première partie rappelle les principes qui ont prévalu à la rédaction de ce texte, les principaux enjeux qu'il recouvre mais a aussi pour but de répondre aux questions relatives à la mise en œuvre immédiate de la réforme. La seconde partie a vocation à expliciter les éléments relatifs à la mise en œuvre et au suivi des CPOM puis, elle précise les différents outils et systèmes d'informations qui vont être développés pour accompagner l'ensemble des acteurs : agences régionales de santé (ARS), conseils départementaux (CD) et organismes gestionnaires (OG).

PREMIÈRE PARTIE

LES PRINCIPES DE L'ARRÊTÉ DU 3 MARS 2017 FIXANT LE CONTENU DU CAHIER DES CHARGES DU CPOM PRÉVU AU IV *TER* DE L'ARTICLE L. 313-12 DU CASF, LA CONSTRUCTION DU MODÈLE-TYPE DE CPOM « EHPAD » ET LES ENJEUX DE LA NOUVELLE CONTRACTUALISATION

Cet arrêté a été pris en substitution de l'arrêté du 26 avril 1999 sur le secteur des EHPAD, mais ce dernier reste applicable dans sa version d'origine aux établissements de soins de longue durée (ESLD) en l'attente d'une réforme plus globale de ces établissements.

Pour illustrer le contexte dans lequel l'arrêté CPOM « EHPAD » a été élaboré, je vous invite à vous référer au schéma présenté dans l'annexe 7 (« articulation du cahier des charges des CPOM et du décret relatif aux conditions techniques minimales des EHPAD ») de la présente instruction.

Ce schéma a pour but de rappeler que l'arrêté du 26 avril 1999 comprenait des éléments de nature différentes telles que des recommandations ou des normes qui ont été étendues depuis à l'ensemble des ESMS avec la publication de la loi de n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la mise en œuvre d'un certain nombre d'outils visant à garantir les droits des usagers (projets d'établissements, relations avec les familles et les résidents...).

De même, s'agissant de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de nombreux acteurs ont depuis formalisé des outils et travaux. En 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux (ANESM) créée dans le but d'aider à la mise en œuvre des évaluations interne et externe, a formalisé un corpus de bonnes pratiques¹. La Haute Autorité de santé édicte également des recommandations de bonnes pratiques ainsi que des guides et outils qui peuvent intéresser les parties prenantes. Enfin, en juillet 2016 a été installé le haut conseil du travail social qui a notamment pour mission « de formuler des recommandations et des avis concernant les évolutions à apporter aux pratiques professionnelles »².

Depuis 2008, le plan national Alzheimer puis le plan maladies neurodégénératives (PMND) ont impulsé plusieurs mesures clés comprenant un certain nombre de mesures médico-sociales (comme la création au sein des EHPAD des pôles d'accompagnement et de soins adaptés – PASA ou encore des unités d'hébergement renforcés – UHR).

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui renove la tarification des EHPAD distingue le résultat de l'équation tarifaire pour l'hébergement permanent, des financements complémentaires comprenant notamment les dispositifs spécifiques, issus du plan Alzheimer et dont l'évolution et le développement s'inscrivent dans le cadre du PMND (mesures 26 à 29).

Ainsi, l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF a vocation à se substituer à celui de 1999 sur le volet EHPAD et il s'accompagne également de la publication d'un décret relatif aux conditions techniques minimales

¹ Les recommandations relatives aux EHPAD sont accessibles sur le lien suivant : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=589

² Cf. le décret n° 2016-905 du 1^{er} juillet 2016 portant création du Haut Conseil du travail social, accessible sur le lien suivant : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/1/AFSA1616922D/jo>

d'organisation et de fonctionnement des EHPAD. Ainsi, le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2016. Il définit :

- les missions des EHPAD ;
- la composition de l'équipe pluridisciplinaire ;
- les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD des PASA et UHR médico-sociales : publics, projet spécifique, personnels.

Ainsi, le décret récapitule le socle des obligations incontournables des EHPAD et des PUV alors que l'arrêté CPOM « EHPAD » décline les objectifs négociés entre les parties prenantes.

1.1. L'arrêté du 3 mars 2017, son modèle de contrat et les annexes

a) L'élaboration du modèle de contrat-type

Afin de mettre en œuvre l'ensemble de la réforme de la tarification et de la contractualisation des EHPAD, un groupe de travail a été constitué sur chacun des chantiers (CPOM, définition du forfait global de soins et du forfait global dépendance, réforme budgétaire et comptable). Les travaux des quatre groupes ont été menés au cours du 1^{er} semestre 2016 et se sont tenus, dans un premier temps avec les seules ARS et conseils départementaux, avant d'être élargis dans un deuxième temps aux fédérations représentatives du secteur personnes âgées (FHF, FEHAP, SYNERPA, FNAQPA, FNADEPA, mutualité, AD-PA, ANCHL, SYNEAS) puis aux fédérations du secteur personnes handicapées (FEGAPEI, APF...).

Pour définir le contenu de l'arrêté, le groupe de travail³ s'est réuni à 5 reprises. Le contrat-type a été conçu comme un outil utile aux autorités ayant délivré l'autorisation pour faire évoluer l'offre en tenant compte des problématiques rencontrées localement. Il est donc conçu de manière assez souple pour permettre aux acteurs de l'adapter et de définir des objectifs spécifiques propres aux caractéristiques de chacun des territoires. Les visas du CPOM renvoient au PRS et aux différents schémas arrêtés localement. De même, le préambule du contrat – type du CPOM est laissé à la main des acteurs afin qu'ils puissent le personnaliser.

Les principes qui ont guidé sa rédaction sont les suivants :

- un document resserré avec un socle contractuel commun à l'ensemble de l'activité de l'organisme gestionnaire concerné par le CPOM et des annexes déclinant des objectifs qui peuvent être transversaux ou ne concerner qu'une seule activité ; seul un article déclinant l'ensemble des objectifs stratégiques du CPOM est prévu dans le socle contractuel. Il s'agit de pouvoir plus facilement faire évoluer le CPOM en ne modifiant que les annexes ;
- une marge de manœuvre locale permettant aux acteurs de s'approprier la démarche et d'adapter le contrat tant sur les objectifs que sur les indicateurs permettant d'apprécier leur degré d'atteinte.

b) Les annexes du modèle de contrat-type

La liste des annexes au CPOM est limitée afin de ne pas alourdir le contrat. Pour chacune d'entre elles, est explicité, de manière synthétique, le contenu qui est attendu. Ces annexes sont de trois natures.

1. Tout d'abord, des annexes obligatoires et communes à l'ensemble des CPOM qui sont produites spécifiquement dans le cadre du CPOM

La synthèse du diagnostic partagé

Le diagnostic partagé est l'élément fondateur du CPOM, à partir duquel découle l'ensemble des objectifs. Ses principales orientations sous la forme d'une synthèse, doivent être annexées au contrat afin de servir de document de référence.

Une annexe détaillant la réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Le modèle-type de CPOM renvoie à des visas et des références juridiques (notamment aux différentes dispositions du CASF afférentes aux CPOM) avant de viser le ou les différents schémas de référence :

- projet régional de santé (PRS) et son schéma régional de santé (SRS) qui seront définis courant 2017 pour une mise en œuvre en 2018 ;

³ ARS île-de-France, Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Bretagne et des représentants de l'ANDASS (départements de Paris, de la Gironde, de Vaucluse et de l'Eure).

- ainsi que les schémas départementaux (gérontologique ou concernant le secteur des personnes en situation de handicap).

Il convient de rappeler que le gestionnaire a vocation à s'inscrire dans une offre territorialisée dans le but de décliner ou de faciliter une logique de parcours, tout en répondant aux objectifs des schémas. À cette fin, il conclut et rend effectif les partenariats indispensables. Un partenariat avec au moins un Établissement de santé assurant de l'hospitalisation complète et un établissement d'hospitalisation à domicile est préconisé. De manière générale, le développement de partenariat dépendra aussi des ressources existantes sur les territoires et les gestionnaires devront adapter leur stratégie en conséquence. Il n'apparaît pas nécessaire de les multiplier, il convient au contraire de privilégier et de renforcer les partenariats existants qui apparaissent comme nécessaires au bon fonctionnement de l'accompagnement des usagers notamment.

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe fera l'objet d'un point d'avancement 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).

La négociation du CPOM doit permettre aux acteurs de s'accorder sur un certain nombre d'objectifs à mettre en œuvre au cours de l'exécution du CPOM. Il convient pour chacun d'entre eux de bien préciser le périmètre des structures concernées (objectif propre/objectif partagé) et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Il s'agira ensuite annuellement d'actualiser le contenu eu égard à l'atteinte des objectifs. Ce document permettra aux autorités de tarification de suivre l'atteinte des objectifs du CPOM mais aussi de disposer des éléments permettant d'explicitier les écarts. En effet, dans le cadre de la transmission des documents de clôture d'un exercice, le gestionnaire doit explicitier la mise en œuvre des objectifs qui ont été négociés avec les autorités de tarification.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) au sein duquel figure notamment le plan pluriannuel d'investissement (PPI)⁴

En parallèle, l'article R. 314-212 CASF prévoit que l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) comprend un plan global de financement pluriannuel, simulant la trajectoire financière des établissements et services⁵ sur une période glissante de 6 ans. Ce dernier a pour objet de définir les orientations pluriannuelles de financement des établissements et services qui relèvent de l'EPRD. Il retrace l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles d'exploitation et d'investissement, ainsi que l'évolution du résultat prévisionnel, de la capacité d'autofinancement, du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie. Le PGFP fait partie intégrante de l'EPRD et n'a pas vocation à être approuvé en tant que tel⁶. Il éclaire seulement l'analyse de l'EPRD et de l'évolution de la situation financière des ESMS⁷.

2. Ensuite, une annexe obligatoire pour les seuls établissements concernés est produite spécifiquement pour le CPOM

Il s'agit de l'annexe relative à l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Les pratiques des départements sont très variables en la matière. Certains disposent d'une convention relative à l'aide sociale départementale alors que d'autres prévoient les modalités de mise en œuvre au niveau du règlement départemental d'aide sociale. Ainsi, la signature du CPOM ne remet pas en cause l'habilitation à l'aide sociale ni les conventions en cours et cette annexe doit également être produite dans le cas d'une convention d'aide sociale relevant de l'article L. 342-3-1. Aussi, le modèle de cahier des charges prévoit les deux cas de figure à la main des conseils départementaux.

3. Enfin, des documents sont annexés, le cas échéant, au contrat permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et des services. Ils ne sont pas produits spécifiquement pour le CPOM

Il peut s'agir, par exemple :

De documents relatifs à l'évaluation externe (synthèse ou abrégé)

Il peut être intéressant de joindre au CPOM les éléments préexistants utiles ou concourants à l'élaboration du diagnostic partagé. Les éléments relatifs à l'évaluation externe apparaissent comme incontournables.

⁴ Conformément à l'article L. 314-7 du CASF, les PPI et leur plan pluriannuel de financement doivent être approuvés par l'autorité de tarification compétente, comme par le passé, à l'exception des ESMS relevant des dispositions des articles L. 342-1 à 342-6 du CASF.

⁵ Compris dans le périmètre de l'EPRD.

⁶ Cf. instruction ministérielle n° DGCS/SD5C relative à la mise en œuvre des dispositions du décret modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF.

⁷ L'instruction relative à la mise en œuvre des dispositions du décret modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF précisera l'articulation entre les PPI et le PGFP.

Dans le cadre de l'évaluation interne, sont remontés tous les cinq ans un certain nombre d'indicateurs (hospitalisation en urgence, qualité de l'accompagnement...). Ces indicateurs ont vocation à alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)⁸. Dans ce cadre l'ANESM a élaboré un guide publié fin 2016, intitulé : « ESSMS : Valorisez les résultats de vos évaluations⁹ » qui a pour objet de vous permettre de faire le lien entre le suivi des indicateurs du PACQ et le CPOM.

Enfin, l'article D. 312-205 du CASF rappelle que, lorsqu'un contrat pluriannuel a été conclu par les établissements et services concernés, le calendrier des évaluations peut être prévu par le contrat. Ainsi, je vous invite à prévoir dans les CPOM, le calendrier des évaluations internes et externes notamment afin de poursuivre deux objectifs :

- la réalisation selon un même calendrier des évaluations internes/externes des ESMS du CPOM ;
- l'obtention de supports utiles dans le cadre de l'évaluation du CPOM et de son renouvellement.

Le cas échéant, de l'arrêté fixant les frais de siège ainsi qu'une fiche précisant les missions du siège social

Si le périmètre du CPOM et le périmètre des frais de siège coïncident, il est obligatoire de regrouper la réalisation des deux procédures. En effet, je vous informe que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit que l'autorisation de frais de siège social soit effectuée dans le cadre du CPOM lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. À cet égard, il est prévu dans le décret modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF que lorsque le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens comprend l'ensemble des établissements et services gérés par l'organisme privé non lucratif, le renouvellement de l'autorisation de frais de siège mentionnée à l'article R. 314-87 du CASF peut être accordé sur le fondement d'une demande simplifiée dont le formalisme sera défini ultérieurement. Je vous rappelle enfin que les dispositions relatives aux frais de siège sont codifiées aux articles R. 314-87 à R. 314-94-2 du CASF.

Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat. L'appartenance à un GHT (groupement hospitalier de territoire) doit aussi être signalée.

Cette annexe a pour objet de permettre à l'ensemble des parties au CPOM d'avoir connaissance de l'ensemble des obligations contractuelles auxquelles est soumis l'organisme gestionnaire. Ce peut être, un CPOM sanitaire, l'appartenance ou la participation à un GHT (groupement hospitalier de territoire), l'appartenance à un GCSMS ou GCS... Il convient enfin de souligner que toute convention de partenariat doit être précisée dans le cadre du CPOM.

1.2. Les enjeux de la nouvelle contractualisation

- a) Un CPOM EHPAD intersectoriel et l'articulation des différents CPOM que peut être amené à négocier un même organisme gestionnaire

La dynamique CPOM est relancée sur l'ensemble du secteur médico-social. À ce titre, l'annexe 2 recense l'ensemble des CPOM existants. Ainsi, l'article L. 313-12 du CASF¹⁰ prévoit que le gestionnaire d'un EHPAD doit conclure un CPOM avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés. Lorsqu'un organisme gère plusieurs EHPAD situés dans le même département, ce CPOM est conclu pour l'ensemble de ses établissements. Il peut être étendu aux autres activités du gestionnaire du département. Sous réserve de l'accord des autorités compétentes, ce CPOM peut aussi inclure les établissements et services situés dans d'autres départements de la même région. Le périmètre du CPOM peut donc être à géométrie variable.

De même, l'article D. 312-159-5 du CASF impose la conclusion d'un CPOM pour la perception du forfait autonomie pour les résidences autonomie (ex-logements-foyers). L'annexe 3 (mise en œuvre du décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux ESMS pour personnes âgées – Volet CPOM) en précise les différentes modalités. Sur le secteur du domicile, l'article 47 de la loi ASV dispose que les services d'aide à domicile peuvent conclure un CPOM dans le but de favoriser la structuration territoriale de l'offre

⁸ Ce plan d'actions est un outil qui permet aux ESSMS de préparer la réponse à leur obligation réglementaire prévue à l'article D. 312-203 du CASF selon laquelle la démarche continue d'évaluation interne doit être retracée chaque année dans leur rapport d'activité.

⁹ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/GUIDE_EVALUATIONS_081216.pdf

¹⁰ Cf. l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions au service du public (ces dispositions sont codifiées à l'article L. 313-11-1 du CASF). De même, l'article 49 impose la conclusion d'un CPOM par les SPASAD s'inscrivant dans un modèle intégré d'organisation, dans le cadre d'une expérimentation¹¹.

Dans le champ du handicap, l'article L. 313-12-2 du CASF¹² prévoit que les établissements et services du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les SSIAD¹³ doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental¹⁴.

Enfin, l'article 58 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, modifie l'article L. 313-9 du CASF en introduisant la possibilité pour les autorités ayant délivré l'autorisation de conclure un CPOM avec un ESMS dans le but d'adapter l'offre suite à une modification ou à la publication d'un nouveau schéma. Ce CPOM a pour objet d'accompagner l'établissement ou le service lors de la modification ou de la transformation de son activité. L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale ou celle de dispenser des soins aux assurés sociaux peut être retirée en cas de non atteinte des objectifs de reconversion ou de transformation après un délai préalablement établi et qui ne peut être inférieur à un an.

Ainsi, il convient d'articuler l'ensemble des CPOM existants que vont être amenés à conclure les organismes gestionnaires, *a minima*, sur le territoire départemental afin de vous permettre de vous adapter à l'ensemble des cas de figure que vous pourrez rencontrer localement :

- CPOM mono EHPAD/CPOM multi-EHPAD/CPOM pluriactivités ;
- CPOM EHPAD et CPOM résidence-autonomie¹⁵ ;
- CPOM EHPAD et CPOM « ESMS-PH, SSIAD/SPASAD, AJA » ;
- CPOM EHPAD et CPOM SSIAD/SPASAD ;
- CPOM EHPAD avec un angle restructuration.

Pour tenir compte du nombre élevé de CPOM attendu dans les années futures, il est ainsi proposé dans l'arrêté que le CPOM EHPAD puisse s'articuler avec les autres CPOM existants ou à venir de l'organisme gestionnaire. Deux solutions sont ainsi proposées.

La première consiste au regroupement simple de l'ensemble des différents CPOM qui continuent à poursuivre leurs effets propres. Il s'agit simplement de vous permettre de disposer d'une vision d'ensemble de l'état de la contractualisation de l'organisme gestionnaire et des objectifs sur lesquels il s'est engagé. Je vous invite, dans ce cadre, autant que faire se peut à tenter de faire coïncider les dates d'effet des différents CPOM ainsi que, le cas échéant, l'arrêté d'autorisation de frais de siège.

La seconde option proposée consiste en l'intégration de l'ensemble des contrats existants dans un CPOM unique. Dans de cas, on propose de rassembler l'ensemble des CPOM dans un seul et unique contrat. Le modèle-type de CPOM étant construit sur un socle contractuel resserré, il est proposé que les autorités de contrôle ne signent et ne s'engagent que pour les objectifs transversaux et les objectifs des structures relevant de leur seule compétence. Le CPOM EHPAD peut donc être un vecteur de simplification et vous permettre de regrouper les obligations contractuelles auxquelles sont tenus les organismes gestionnaires. Il vous sera néanmoins demandé de reprendre les éléments spécifiques aux CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA (CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF), notamment relatifs aux moyens financiers (*cf. infra* : seconde partie de l'annexe). La programmation attendue sur les deux secteurs découlera des choix que vous opérerez en la matière

Afin de faciliter votre exercice et de ne pas multiplier le nombre de CPOM qu'un même organisme gestionnaire pourrait être amené à signer en fonction du panel d'établissements et services dont il dispose, je vous encourage, dans la mesure du possible, à ne conclure qu'un seul CPOM par organisme gestionnaire sur le territoire départemental. Il vous est également possible de conclure un CPOM à l'échelle pluri-départementale voire régionale sous réserve de l'accord des conseils départementaux concernés.

¹¹ Cf. annexe 4 : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

¹² Cf. l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

¹³ Cf. sont visés explicitement par la mesure les ESMS des 2°, 3°, 5° et 7° ainsi que les services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF (modifié dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017).

¹⁴ Cf. l'article L. 313-12-1 a été modifié et le cas échéant a été supprimé de la rédaction initiale de l'article L. 313-12-2 du CASF.

¹⁵ Cf. décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

b) Un outil de restructuration de l'offre au service de l'amélioration de la qualité

Le CPOM est un outil permettant aux autorités de tarification de mettre en œuvre d'une part, les objectifs du projet régional de santé (PRS) et de son schéma régional de santé (SRS) et d'autre part, les objectifs des schémas départementaux. Ainsi, il constitue l'instrument privilégié de déclinaison de la priorité nationale et territoriale dans le domaine d'intervention de la personne morale gestionnaire. Il est l'occasion de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec les priorités de politiques publiques établies notamment dans les documents de programmation régionaux et/ou départementaux.

Le CPOM peut constituer un levier privilégié pour insérer l'établissement ou le service au sein du territoire, dans une logique de construction de parcours d'accompagnement des publics avec l'établissement de partenariats formalisés avec institutions et professionnels sociaux, médico-sociaux ou sanitaires, le recours à des réseaux d'intervention spécialisés, l'adhésion à des groupes de coopération, etc.

La généralisation de la contractualisation dans le champ des personnes handicapées doit favoriser la fluidité des parcours d'une part, mais également servir à la transformation de l'offre et à la mise en œuvre d'objectifs qualitatifs qui seront intégrés dans le contrat. En ce sens, des travaux sont actuellement menés par la DGCS dans le but d'améliorer le contenu des autorisations des ESMS du secteur des personnes en situation de handicap, *via* une nomenclature simplifiée et opposable aux autorisations de création ou modificatives à venir, ce qui renverrait au CPOM notamment les éléments relatifs aux modalités d'organisation¹⁶. Cette nomenclature, qui été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail composé de fédérations d'établissements et d'usagers et d'organismes publics, pourrait être publiée courant 2017.

Parallèlement à cette évolution des autorisations, la validation par le comité stratégique du 26 janvier 2016 des nomenclatures de besoins et de prestations développées dans le cadre du projet SERAFIN-PH conduit à encourager l'utilisation d'un vocabulaire commun partagé par tous. La nomenclature des prestations permet notamment de décrire les prestations servies par une structure, par un organisme gestionnaire, par un dispositif ou sur un territoire, indépendamment des différentes catégories de structures pour personnes handicapées. L'utilisation de cette nomenclature des prestations peut, en ce sens, appuyer la démarche de restructuration de l'offre.

Le CPOM constitue également un outil volontaire de redéploiement ou de transformation de l'offre. Il permet à ce titre de prévoir et d'accompagner des opérations de transformation et de restructuration de l'offre d'un ou plusieurs établissements et services dépendant d'une même personne morale gestionnaire.

J'attire aussi votre attention sur la réforme de l'appel à projet (et notamment le décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 311-1-1 du CASF) qui poursuit trois objectifs :

- faciliter l'évolution et l'adaptation de l'offre existante du secteur social et médico-social afin de répondre aux besoins des usagers, avec le souci de transparence et d'accompagnement des ESSMS ;
- simplifier les modalités de conduite de la procédure d'appel à projets ;
- aménager l'obligation de visite de conformité en cas de renouvellement de l'autorisation et d'extension non importante.

Aux termes du III de l'article L. 313-1-1 du CASF, issu de la loi ASV, les projets de transformation d'ESSMS avec modification de la catégorie de bénéficiaires au sens du I de l'article L. 312-1 du CASF et les projets de transformations d'établissements de santé en ESSMS (conversions sanitaires) relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF sont exonérés d'appel à projet dès lors qu'ils donnent lieu à la conclusion d'un CPOM et qu'ils n'entraînent pas une extension de capacité supérieure aux seuils prévus à l'article D. 313-2 du CASF.

L'article L. 313-1-1 du CASF confie à la commission d'information et de sélection d'appel à projets, un nouveau rôle de consultation pour ces projets.

Les articles R. 313-7-4 à R. 313-7-8 du CASF précisent les modalités de consultation de la commission d'information et de sélection d'AAP pour les projets de transformations négociés dans le cadre de CPOM.

¹⁶ Cf. annexe 6 : CPOM et réponse accompagnée pour tous.

c) Un outil de simplification : le CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV *ter*) vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Le CPOM vaut dorénavant habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Jusqu'à présent, les conseils départementaux avaient des pratiques très variées : certains disposaient d'une convention relative à l'aide sociale départementale alors que d'autres prévoyaient les modalités de mise en œuvre au niveau du règlement départemental d'aide sociale. Aussi, le modèle de cahier des charges prévoit les deux cas de figure à la main des conseils départementaux.

Les principes de l'habilitation à l'aide sociale départementale sont prévus à l'article L. 313-8-1 du CASF. Le retrait de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale est du ressort du président du conseil départemental. Il est déjà prévu à la demande de l'établissement et après accord du conseil départemental lorsque l'établissement a accueilli moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L. 342-3-1 du CASF).

d) L'amélioration de l'efficacité

La démarche contractuelle présente un apport majeur de modernisation du dialogue entre pouvoirs publics et ESMS. Elle a vocation à mettre en place une nouvelle culture du secteur en instaurant plus de transparence dans les échanges et travaux entre les gestionnaires et les autorités de tarification. Elle favorise le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats et d'évaluation.

En règle générale, dans le cadre d'un CPOM, l'organisme gestionnaire, sur la période de validité du contrat, passe d'un régime de contrôle annuel à un régime contractuel défini sur la base d'engagements contractualisés et dispose d'une vision pluriannuelle ayant pour objectif un équilibre financier structurel. Si le gestionnaire, dans le cadre d'un CPOM, est plus autonome, il est également responsabilisé. Il peut se recentrer sur la définition d'objectifs stratégiques. Le CPOM lui permet de mettre en œuvre des objectifs managériaux à court ou moyen terme.

Le modèle de CPOM « EHPAD » (relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF) ne prévoit pas de reprise de résultats par les autorités de tarification et revoit au CPOM les conditions de leur affectation. Il s'agit d'un des points importants du CPOM et un élément important de la négociation. Vous pourrez vous référer à l'instruction relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF, dont la publication est attendue prochainement, pour connaître l'ensemble des règles relatives à l'affectation des résultats qui sont différentes selon le statut juridique de l'entité gestionnaire. Un paragraphe de la seconde partie est consacré à l'affectation des résultats (cf. 2.1b).

Le mode de gouvernance permis par le CPOM doit encourager la réalisation d'économies d'échelle induites notamment par une gestion plus efficace et la possibilité d'opérer des redéploiements inter établissements au sein d'une même dotation globalisée.

1.3. Calendrier et programmation des CPOM

La politique et les orientations de la contractualisation au sein de vos territoires, définiront la programmation et le contenu des CPOM. Les établissements doivent être informés de leur programmation afin qu'ils puissent anticiper la consultation de leurs instances (délibération du conseil d'administration etc.) ainsi que la mise en œuvre de l'EPRD pour les structures hors EHPAD/PUV.

a) Vie des CTP en attendant la conclusion du CPOM

L'ensemble des EHPAD et les PUV tarifées au GMPS ont conclu une convention tripartite. Pour l'exercice 2016, la circulaire de campagne mentionnée précédemment vous a incité à solder vos engagements financiers et à conclure des CTP en ne prenant aucun nouvel engagement portant sur la période postérieure au 31 décembre 2016 et en portant une attention particulière aux EHPAD présentant une tarification fondée sur les anciennes modalités de tarification dites « dotations minimales de convergence » (DOMINIC).

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en dehors de la situation particulière des ESLD, vous ne pouvez plus conclure de CTP. Vous disposez d'un délai de 5 ans (2017-2022) pour couvrir l'ensemble des EHPAD et des PUV par un CPOM.

b) Calendrier/programmation des CPOM

Dans la majorité des cas, la substitution CPOM/CTP pourra être réalisée à échéance de la convention tripartite. Si le gestionnaire gère plusieurs EHPAD dont les dates d'échéances varient, il conviendra alors de privilégier la plus brève échéance et d'emporter l'ensemble des établissements concernés.

Il convient aussi d'attirer votre attention sur la durée moyenne de négociation d'un CPOM (entre 6 mois et 1 an) et des difficultés à recueillir un consensus de l'ensemble des parties prenantes. Compte tenu des temporalités qui peuvent être différentes d'un EHPAD à un autre et de la durée de négociation, l'article 8 du modèle de contrat prévoit que le CPOM mette un terme aux CTP préexistantes à compter de son entrée en vigueur.

Tant dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement que dans la loi de financement pour la sécurité sociale au titre de 2016, une programmation pluriannuelle (pouvant être revue annuellement) doit être fixée par arrêté, conjointement avec le président du conseil départemental.

Pour le secteur des personnes âgées, eu égard au caractère tripartite de la contractualisation, l'établissement d'une programmation conjointe existe déjà. Elle n'est pas toujours aisée. Pour établir ces listes et définir des priorités, il faut vous rapprocher des conseils départementaux pour définir les établissements et services qui pourraient entrer dans la logique de CPOM à court terme (gestionnaires prêts à entrer dans la réforme, établissement dont la CTP est échue en 2017...). Il vous appartient également de ne pas omettre les SSIAD ainsi que les SPASAD de votre programmation. En effet, bien que l'obligation de CPOM découle des mesures de la LFSS pour 2016/2017 et concerne principalement le secteur des personnes en situation de handicap, il n'en demeure pas moins que la majorité des places des SSIAD et leurs financements relèvent de l'OGD « personnes âgées » (110 000 places PA contre environ 5 000 places PH).

Pour la programmation des SSIAD, différentes solutions sont possibles :

- intégration dans la programmation conjointe PA et/ou PH (intégration des SPASAD qui relèvent d'une compétence partagée dans l'une ou l'autre) ;
- programmation unique du DGARS des seuls SSIAD.

Il convient d'attirer votre attention sur la prise en compte s'agissant de la section « soins » des variables AGGIR et pathos. En effet, les articles R. 314-170-2 (GMP) et R. 314-170-4 (PMP) disposent que pour être pris en compte pour l'exercice $N + 1$, les variables GIR et Pathos doivent être validées au plus tard, le 30 juin de l'année N . À défaut, elles ne seront pas prises en compte. C'est un élément à prendre en compte dans la programmation des CPOM. En revanche, les variables GIR et Pathos validées au plus tard le 30 juin seront automatiquement prises en compte dans l'allocation de ressources aux EHPAD même si le CPOM n'a pas été conclu.

La loi dispose que l'ensemble des petites unités de vie doivent conclure un CPOM. Cette obligation s'applique également aux PUV dont le financement des soins est assuré par un forfait soins ou lorsqu'un SSIAD intervient dans l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du CASF. Il convient donc d'inscrire l'ensemble des PUV dans votre démarche de programmation.

Par ailleurs, s'agissant des LFSS pour 2016/2017, il vous appartient de réaliser le même exercice sur le secteur du handicap. Cependant, à la différence du secteur « personnes âgées » où seuls 2 % des dotations régionales limitatives (DRL) étaient tarifés en CPOM en 2015, vous avez tarifé près de 44 % de la DRL du secteur « personnes des personnes en situation de handicap ». Au total, ce sont 2 620 établissements et services du secteur qui sont déjà couverts par un CPOM pour un montant total de plus de 4 milliards d'euros. La programmation attendue s'appuiera sur une double base :

Les gestionnaires qui devront renouveler leur CPOM

Pour ces établissements, il convient de souligner qu'un avenant au CPOM prévoyant notamment l'entrée en vigueur de l'EPRD permet avant son renouvellement de répondre à l'obligation légale.

Dans le cas contraire, la satisfaction de l'obligation légale sera acquise lors du renouvellement du CPOM (passage d'un CPOM de droit commun du L. 313-11 du CASF au CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du CASF).

Les établissements et services soumis à obligation qui ne sont pas déjà inclus dans le périmètre d'un CPOM

Il conviendra de programmer l'entrée dans la contractualisation de ces ESMS dont les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

À noter : l'article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé, publiée le 26 janvier 2016, prévoit la mise en œuvre progressive du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD. Cette mesure vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par ces structures, sous certaines conditions. Le CPOM permettant un fonctionnement avec une dotation globalisée commune, le fonctionnement en dispositif intégré n'a alors aucune incidence sur la tarification et la facturation. La priorisation de la signature des CPOM avec les gestionnaires des ITEP et des SESSAD volontaires à s'inscrire dans le dispositif intégré constituerait une opportunité afin de faciliter le déploiement du dispositif.

*
* *
*

SECONDE PARTIE

LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DE LA CONTRACTUALISATION ET SON SUIVI

Dans le cadre de son programme de travail, l'ANAP a publié un « kit méthodologique »¹⁷ relatif à la contractualisation à destination de l'ensemble des acteurs (agences régionales de santé, conseils départementaux, organismes gestionnaires, établissements et services...) portant sur les secteurs personnes âgées et personnes en situation de handicap. Pour alimenter son contenu, l'ANAP a tout d'abord réalisé un état des lieux des CPOM. Elle a lancé, en février 2015, en lien avec la DGCS, le secrétariat général chargé des affaires sociales et la CNSA, une enquête visant à recenser les CPOM signés par les ARS et à en connaître leurs caractéristiques. Par ailleurs, l'ANAP a rencontré des acteurs du secteur afin d'identifier les freins et les leviers à la signature des CPOM ainsi que leurs attentes en termes d'appui méthodologique. L'ANAP a réalisé fin 2015/début 2016, une dizaine de visites sur site afin de connaître les pratiques du terrain et de réaliser différents entretiens avec des organismes gestionnaires impliqués dans un CPOM.

À partir de ces retours d'expérience, un groupe de travail restreint réunissant quelques ARS et un conseil départemental s'est rencontré à 3 reprises en 2016 (avril, mai et juin) afin de valider des enseignements relatifs à la méthodologie de contractualisation. Dans le cadre de la mission relative à la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous, un atelier de travail spécifique a été organisé le 17 juin en lien avec la CNSA et le SGMAS autour des spécificités du CPOM dans le champ du handicap. Les éléments recueillis dans ce cadre ont aussi servi à alimenter la réflexion et le guide. Les fédérations ont été associées à la démarche et un groupe de travail en juillet 2016 leur a été consacré. Enfin, un séminaire a été organisé en septembre 2016 avec l'ensemble des parties prenantes, dont le principal objet était de partager le contenu du guide, de l'alimenter grâce aux réflexions des différents ateliers et de valider et les grandes orientations qui y sont faites.

Le kit est composé des documents suivants :

- un guide méthodologique d'appui à la contractualisation apportant des éléments concrets sur les enjeux de la contractualisation et sur ses différentes étapes afin d'accompagner les parties prenantes du CPOM dans cette démarche ;
- une annexe relative à l'état des lieux de la contractualisation dans le secteur médico-social au 31 décembre 2014 afin de proposer un état d'avancement de la démarche de contractualisation ;
- une annexe relative aux retours d'expériences de CPOM signés par des organismes gestionnaires afin de valoriser les méthodes utilisées ;
- des outils pratiques permettant de mettre en œuvre la démarche.

Le kit méthodologique et la présente instruction ont fait l'objet d'un travail conjoint entre l'ANAP et la DGCS afin de s'assurer de leur articulation. La partie suivante détaille ainsi les modalités de mise en œuvre de l'arrêté fixant le cahier des charges CPOM. Le guide de l'ANAP précise de nombreux points de cette partie sur l'aspect méthodologique. Je vous invite donc à vous y référer pour conduire les travaux en région.

Il convient de formaliser une procédure de négociation, de suivi et de renouvellement des CPOM avec les conseils départementaux de vos territoires de compétences afin de fluidifier les échanges et faciliter la mise en œuvre des CPOM : organisation en mode projet, calendrier global de signature et renouvellement des CPOM, formalisation des circuits de validation et des circuits de signature des différents documents.

¹⁷ Le kit méthodologique est accessible au lien suivant : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/negocier-et-mettre-en-oeuvre-les-cpom-dans-le-secteur-medico-social-guide-methodologique-dappui-a-la-contractualisation/>

2.1. L'élaboration du CPOM

Les situations et les cas de figure peuvent varier d'un CPOM à l'autre (caractère mono ou pluri-établissements, mono ou pluriactivités, situations financières des ESMS...). Compte tenu du nombre très important de CPOM qu'il vous incombe de signer les prochaines années, il est essentiel de vous appuyer sur les différents outils existants et vos propres expériences en la matière. Il importe pour chaque négociation d'établir un rétro planning et de s'y tenir pour la réalisation des différentes étapes.

a) Le bilan partagé : un préalable à réaliser avec soin

La première étape consiste en la réalisation d'un diagnostic préalable partagé entre les acteurs, de l'ensemble des structures de l'organisme gestionnaire susceptibles d'être intégrées au périmètre du CPOM. Il convient, eu égard au temps de réalisation des diagnostics des CPOM existants, de définir au préalable, quels sont les attendus de ce diagnostic et de déterminer des priorités.

Pour vous aider à le réaliser, vous pouvez notamment vous appuyer sur la synthèse et/ou l'abrégé réalisés dans le cadre de la procédure d'évaluation externe. Je propose d'annexer au CPOM l'abrégé de l'évaluation externe. Il est aussi loisible d'ajouter une synthèse, lorsqu'elle a été réalisée, si elle n'est pas trop volumineuse et présente un intérêt particulier.

Vous êtes invités à consulter au sein du kit méthodologique de l'ANAP, l'outil de recensement de l'ensemble des données mobilisables à la réalisation d'un diagnostic. En effet, beaucoup d'éléments sont déjà disponibles et il convient de les compiler, plutôt que de demander de nouveaux éléments aux établissements et services.

b) Les moyens engagés : forfaits, financements complémentaires prévus par l'article 58, affectation des résultats dans le cadre du CPOM EHPAD – financements et affectation des résultats pour le CPOM prévu au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA)

La publication de l'arrêté CPOM s'accompagne de la publication de deux décrets¹⁸ et de plusieurs arrêtés relatifs à la tarification des établissements soumis à la contractualisation obligatoire.

L'obligation pour les établissements et services relevant des articles IV *ter* du L. 313-12 et L. 313-12-2 du CASF de signer un CPOM s'accompagne d'une rénovation du cadre budgétaire et comptable, désormais présenté sous forme d'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Le gestionnaire doit adapter ses dépenses aux recettes qui lui seront notifiées dans le cadre du CPOM et il doit en optimiser la gestion.

Concernant les EHPAD/PUV

Il est instauré une tarification à la ressource pour l'ensemble des EHPAD et des petites unités vie tarifées au GMPS et à compter du 1^{er} janvier 2017, les structures concernées verront leur dotation soins portée à leur valeur de référence, selon un rythme étalé sur sept ans.

Ainsi, à terme, les EHPAD/PUV tarifées au GMPS percevront :

- un forfait global relatif aux soins comprenant un forfait résultant d'une équation tarifaire qui restitue le niveau de dépendance et le besoin en soins requis des résidents et des financements complémentaires ;
- un forfait dépendance, également automatique et opposable, qui repose sur le niveau de dépendance des résidents ;
- des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement.

Le CPOM devra cependant intégrer certains éléments pluriannuels budgétaires notamment le montant prévisionnel des financements complémentaires et préciser les modalités d'affectation des résultats.

S'agissant des petites unités de vie (PUV), leurs modalités de tarification doivent être précisées dans le CPOM. Pour les soins, soit elles sont tarifées au GMPS, soit elles dérogent à cette tarification, conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du CASF en bénéficiant d'un forfait soins ou en ayant recours à un SSIAD. Cette modalité de tarification est valable durant la durée du CPOM mais est révisable lors de son renouvellement sous réserve de l'accord des autorités de tarification (ARS et/ou PCD).

¹⁸ 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 L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ; Décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, le périmètre du CPOM « EHPAD » pouvant être pluriactivités, il vous appartient de préciser les éléments pluriannuels du budget relevant des autres activités financées dans le cadre du CPOM. L'affectation des financements en cours d'exécution doit respecter l'absence de fongibilité entre les enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

Concernant le CPOM visé au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF (ESMS-PH, SSIAD et AJA)

Les établissements inclus par le CPOM visé à l'article L. 313-12-2 du CASF perçoivent au titre de l'article R. 314-105 du même code, une dotation globale calculée dans les conditions prévues à l'article R. 314-40.

Vous opterez pour une méthodologie de construction des dotations globales initiales qui garantit le respect de votre dotation régionale limitative. Le CPOM prévoit le mode d'évolution de la dotation, dont les possibilités sont énumérées à l'article R. 314-40 du CASF (application directe aux ESMS concernés du taux d'évolution des DRL, formule fixe d'actualisation ou revalorisation ou encore conclusion d'avenants annuels précisant l'actualisation ou la revalorisation).

Concernant les établissements et services tarifés en prix de journée avant l'établissement du contrat, vous veillerez à calibrer la dotation globale initiale en prenant pour base le niveau de charges reconductibles avec neutralisation des recettes en atténuation (jusqu'à là divisé par le nombre de journées prévisionnelles pour obtenir le prix de journée). Vous prendrez également en compte le niveau de charges réelles et le montant effectivement facturé à l'assurance maladie sur les trois années précédentes comme critère de majoration ou de minoration de cette base, dans la limite des marges de manœuvre permises par votre dotation régionale limitative.

Lorsque l'établissement ou le service relève du 2° du I de l'article L. 312-1 du présent code et qu'il accueille régulièrement des jeunes adultes handicapés bénéficiant des dispositions de l'article L. 242-4 du CASF, la dotation globale initiale est modulée tous les ans en fonction des produits à la charge des conseils départementaux sur l'exercice précédent (XVI de l'article R. 314-105 du CASF).

À noter : l'article 89 de la LFSS pour 2017 introduit la possibilité de prévoir dans le CPOM un mécanisme de modulation de la dotation globale en fonction d'objectifs d'activité, dont les modalités feront l'objet d'un décret.

Dispositions communes au CPOM « EHPAD » et au CPOM de l'article L 313-12-2 du CASF concernant l'affectation des résultats

Affectation des résultats par l'organisme gestionnaire

Dans le cadre des CPOM prévus aux articles L. 313-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2, le principe retenu est celui de la définition des modalités d'affectation du résultat dans le CPOM par la ou les autorités de tarification. Ainsi, le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs.

L'article R. 314-43 du CASF dispose que le CPOM peut prévoir le maintien de reprise de résultat sous la forme d'un report à nouveau excédentaire en diminution du tarif sur lequel cet excédent est constaté ou de l'exercice qui suit. Si cette exception est mise en œuvre vous devez tenir compte de l'activité et des perspectives financières des établissements et services dans votre politique de résultat notamment au regard d'un projet d'investissement qui justifierait la constitution d'une capacité d'autofinancement importante par l'établissement ou le service.

Dans l'hypothèse où le maintien des résultats serait prévu dans le CPOM désigné à l'article L. 313-12-2, vous veillerez à préciser que ces modalités sont applicables sous réserve du respect des dispositions de l'article L314-5 du CASF.

En revanche, les modalités de financement du forfait global de soins définies à l'article L. 314-2 interdisent de prévoir une reprise de résultat sur les structures financées par l'équation GMPS. En conséquence, cette disposition n'est pas applicable aux EHPAD/PUV tarifées au GMPS qui bénéficient désormais d'une allocation de ressources objectivée, les éventuels déficits ou excédents ne seront donc plus repris, à l'exception des exercices 2017 et 2018.

Périmètre de l'affectation des résultats

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. Cependant, ensuite les résultats sont affectés de manière globale puisque le bilan est commun au périmètre des structures du CPOM et donc de l'EPRD en règle générale (R. 314-234 du CASF). Cela signifie cependant pour les établissements cofinancés (et les EHPAD notamment) que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais sur le résultat du compte de résultat de l'établissement qui n'est plus subdivisé en section. À ce titre, pour

les établissements privés, le CPOM peut prévoir que l'affectation des résultats se fasse entre les différents compte de résultats de l'EPRD c'est-à-dire entre les différents établissements et services compris dans le périmètre du CPOM (d'après les dispositions de l'article R. 314-235). Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD. Pour les établissements publics cette dérogation n'est pas prévue car elle n'est pas nécessaire. Un seul bilan comptable est établi au niveau de l'entité juridique. Il n'y a pas de bilan pour le budget principal et le budget annexe, il ne peut donc pas y avoir de transfert entre ces bilans qui forment déjà un seul et même bilan.

Enfin, les EHPAD relevant des dispositions de l'article L. 342-1 du CASF, demeurent l'impossibilité d'affecter des excédents dégagés sur les tarifs soins et dépendance en réserve d'investissement ou de trésorerie, ainsi qu'à la compensation de charges d'amortissement.

c) Le périmètre du CPOM et de l'EPRD¹⁹

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), en tant que cadre budgétaire le plus adapté à un mode de tarification à la ressource, est mis en place, selon des modalités différenciées selon les types d'établissements et services. Le périmètre de l'EPRD est variable selon le statut des organismes gestionnaires ainsi que selon les catégories d'établissements et services gérés. En complément, je vous invite à vous référer à l'instruction relative à la mise en œuvre du décret modifiant dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF.

Pour l'établissement public, entité juridique, un EPRD est produit comprenant l'ensemble de ses activités, qu'elles soient concernées par l'EPRD obligatoire ou pas, qu'elles entrent dans le champ de l'article L. 312-1 ou pas et quels que soient les établissements et services inclus dans son CPOM (ou ses CPOM si du fait de ses activités, il peut s'inscrire dans plusieurs dispositifs contractuels).

S'agissant des ESMS relevant d'un établissement public de santé les documents prévus ne sont qu'à visée tarifaire (pas d'EPRD, mais un état prévisionnel des charges et des produits – EPCP). Le périmètre de cet EPCP est nécessairement celui du CPOM puisqu'un EPRD sanitaire incluant déjà tous les budgets annexes est produit par ailleurs.

Pour les établissements et services publics rattachés à une collectivité : le centre communal d'action sociale (CCAS) doit produire un CRPP pour chacun des établissements et services qu'il gère, sous la forme de l'onglet CRPP ou CRPA non soumis à l'équilibre du cadre EPRD de droit commun, et ne devra pas produire pour chacun d'entre eux tous les onglets financiers.

A contrario, dans le secteur privé, commercial ou non lucratif, le périmètre de l'EPRD est a minima celui du CPOM. Mais il peut couvrir l'ensemble des établissements et services gérés par l'entité gestionnaire relevant du même périmètre géographique que celui du CPOM (au maximum régional), dans le cadre d'un CPOM « EHPAD » multi-activités relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12. Vous noterez que dans le cas où un tel CPOM a été signé par un organisme gestionnaire en 2016, les établissements et services inclus dans ce CPOM devront tous figurer dans l'EPRD dès l'exercice 2017. De ce fait, il est possible que des ESMS-PH, des AJA ou des SSIAD/SPASAD soient concernés par l'EPRD dès l'exercice 2017.

Plus spécifiquement concernant les EHPAD et les PUV, en attente de la signature du CPOM prévu par le IV *ter* de l'article L. 313-12, l'EPRD à présenter dès l'exercice 2017, regroupe les EHPAD et les PUV d'un même organisme gestionnaire du même périmètre géographique (au maximum départemental). Cette disposition transitoire s'applique quel que soit le statut de l'entité gestionnaire ainsi qu'aux entités qui contrôlent les sociétés détenant les autorisations des EHPAD.

d) La définition d'objectifs en nombre resserré et assortis d'indicateurs d'ores et déjà disponibles

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement dispose que le CPOM « définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs ».

Dans le cadre de l'arrêté du 3 mars 2017 parti a été pris de ne pas lister des objectifs spécifiques mais plutôt des thématiques qui pourraient faire l'objet d'objectifs contractualisés²⁰, parmi

¹⁹ Cf. instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire « EPRD », en application des dispositions législatives de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application, consultable au lien suivant : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41410>

²⁰ Les objectifs sont précisés à l'article 3 du modèle de CPOM. Citons, par exemple, l'expression et la participation individuelle et collective des résidents, le développement de la qualité de prise en charge etc.

lesquels figurent ceux imposés par la loi afin de permettre aux acteurs de personnaliser le CPOM pour qu'il réponde aux besoins identifiés localement. En effet, selon le périmètre du CPOM, il appartient aux autorités ayant délivré l'autorisation de définir en concertation avec le gestionnaire des objectifs qui sont propres aux établissements et services liés au CPOM. Ces objectifs peuvent d'une part revêtir différents axes autour de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement et d'autre part, comporter des objectifs en termes de restructuration, de mutualisation ou de réorganisation de l'offre sur le territoire. Ceux-ci ont vocation à s'appuyer notamment sur les résultats des évaluations externes. Le CPOM doit également prévoir des objectifs en termes d'activité réalisée, notamment en ce qui concerne le champ du handicap, le passage du prix de journée à la dotation globale pouvant entraîner un ralentissement de l'activité.

En termes de méthodologie, je vous invite à définir un nombre limité d'objectifs afin de permettre aux gestionnaires d'y répondre pleinement. Une annexe devra synthétiser l'ensemble des objectifs et indicateurs retenus. Le modèle de contrat type proposé vous invite à vous appuyer prioritairement sur les indicateurs du tableau de bord de la performance (dont la généralisation est prévue à échéance de la fin de l'année 2018), les indicateurs produits par l'ANESM dans le cadre de son enquête bientraitance et tout indicateur construit localement. Je vous invite néanmoins à limiter le nombre d'indicateurs que vous souhaitez suivre et que l'évaluation du CPOM soit conduite à partir d'un nombre d'indicateurs restreint et selon des modalités définies dans le cadre contractuel.

Au sein des évaluations internes réalisées par l'organisme gestionnaire et des évaluations externes réalisées par des organismes habilités par l'ANESM pour chacun des établissements et services de votre territoire, vous disposez d'un ensemble d'informations relatives à la capacité de la structure à répondre à l'ensemble des normes qui s'imposent à elle. Il est indispensable qu'avant toute conclusion de CPOM, vous vous assuriez que les établissements et services relevant du CPOM y répondent (outils de la loi du 2 janvier 2002, décret relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD, annexe relative à la liberté d'aller et venir...). De même, les établissements et services doivent répondre à des normes d'accessibilité et de sécurité incendie (normes ERP de type J ou de type U). Il est vivement conseillé que vous soit transmis le dernier procès-verbal de la commission d'accessibilité et de sécurité. Je recommande de ne pas contractualiser sur ces normes et obligations qui doivent être remplies par les organismes gestionnaires indépendamment de toute contractualisation. Cependant, de manière ponctuelle, le renforcement de la mise en œuvre d'une ou plusieurs normes peut faire l'objet d'un des objectifs du CPOM notamment si le PGFP est impacté.

S'agissant de l'hospitalisation à domicile, je vous informe qu'une évaluation de l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social a été réalisée conformément à l'instruction n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les ESMS avec hébergement. Cette dernière préconise notamment de faire évoluer les restrictions d'indication lorsque l'HAD intervient en EHPAD, d'associer les équipes soignantes (HAD et ESMS) dans l'élaboration de la convention d'intervention, ou encore de développer des actions de communication visant à mieux faire connaître l'HAD aux acteurs des secteurs social et médico-social. De même, un rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale portant sur l'HAD préconise un certain nombre de mesure pour développer l'HAD, y compris dans les ESMS avec hébergement. À ce titre, je vous informe qu'un arrêté du 19 janvier 2017²¹ lève les restrictions encadrant le recours à l'HAD en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à compter du 1^{er} mars 2017.

Enfin, s'agissant de l'accompagnement en fin de vie, le plan soins palliatifs 2015/2018 a pour ambition d'encourager l'appropriation de la démarche palliative notamment dans les ESMS pour permettre une prise en charge de proximité. L'élaboration du CPOM représente une opportunité pour intégrer des objectifs en matière de qualité de prise en charge en soins palliatifs dans les EHPAD.

e) Qui négocie, qui signe le CPOM ? Les cas particuliers

L'esprit de la loi ASV est de passer d'une contractualisation par « établissement » unique (CTP) à une logique plurielle en incluant dans le CPOM l'ensemble des ESMS d'un même gestionnaire.

Mais, dans sa définition initiale, le CPOM est signé avec le titulaire de l'autorisation d'exploitation de l'EHPAD. Or, les groupes privés commerciaux sont souvent organisés en un système pyramidal de

²¹ Arrêté du 19 janvier 2017 portant abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique (*Journal officiel* du 26 janvier 2017).

sociétés, celles situées à la base de la pyramide sont titulaires de l'autorisation qu'elles exploitent et sont contrôlées économiquement par une société mère. Dans ce cadre, elles ne pouvaient signer de CPOM pluri-EHPAD et la souplesse de gestion induite par le CPOM aurait été alors fortement limitée.

Pour aller au bout de la logique de la réforme, l'article 89 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de la LFSS pour 2017 modifie le 1^{er} alinéa du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF pour permettre aux groupes de signer un CPOM pluri EHPAD, *a minima*, au niveau départemental²². Cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Il convient de préciser que cette faculté ne prévaut que pour le CPOM « EHPAD » du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF.

Pour tenir compte de cette évolution, le modèle de contrat annexé à l'arrêté précise que les signataires du CPOM « EHPAD » sont les suivants :

- le directeur général de l'ARS ;
- le président du conseil départemental ;
- la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV *ter* A de l'article L. 313-12 du CASF.

Par ailleurs, quelques situations exceptionnelles peuvent aussi être envisagées :

- la nomination d'un administrateur provisoire, conformément aux dispositions de l'article L. 313-14 du CASF.

À noter : l'article L. 313-14-1 du CASF précise que lorsque la situation financière d'un ESSMS fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté. Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu aux articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2. S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Ce dernier accomplit pour le compte d'un ESSMS les actes d'administration urgents ou nécessaires.

Dans le cadre d'opérations de fusions ou de transferts d'autorisation, quel est le périmètre du CPOM ? La règle de la signature du CPOM par le détenteur de l'autorisation prévaut. Ainsi, il convient que les procédures d'autorisation des ESSMS aient abouti pour que ces derniers soient intégrés de manière effective au périmètre du CPOM, par voie d'avenant si un CPOM est en cours de validité.

À noter : la cession d'une autorisation a des effets sur les contrats en cours liés à l'activité des établissements et services. Toutefois, elle n'emporte pas transfert automatique de ces contrats. Le transfert du CPOM doit en cas de cession d'autorisation faire l'objet d'un traitement particulier de la part du cédant et du cessionnaire. Les CPOM devront donc en cas de cession d'autorisation faire l'objet d'une cession accessoire à la cession de l'autorisation sociale et médico-sociale et à ce titre être intégré d'un commun accord des parties dans le protocole de cession de l'autorisation, au moyen le cas échéant d'une clause de substitution. En effet, la conclusion de contrats se faisant en principe *intuitu personae*, le cessionnaire et le cédant devront prévoir une convention accessoire ou le cas échéant, une clause spécifique ayant pour objet la cession du CPOM.

Il incombera aux autorités compétentes, dans le cadre d'un contrôle préalable de s'assurer des capacités techniques et financières ainsi que de la pertinence du projet de reprise du cessionnaire. Il s'agira en d'autres termes, de vérifier, au moyen d'un dossier de demande de cession, la capacité du cessionnaire à poursuivre l'activité conformément aux conditions posées dans l'autorisation initiale du cédant.

²² Nouvelle rédaction du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF : « La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés. La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, tel que défini au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II. Lorsqu'une personne physique ou morale visée à l'alinéa précédent gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région. »

f) La désignation dans le CPOM de la caisse pivot qui verse la dotation globalisée et de la personne qui la perçoit

Un projet de décret modifiant le code de la sécurité sociale est en cours de rédaction. Il intègre des dispositions de coordination en application des réformes menées sur le champ médico-social et introduites par l'article 58 de la loi ASV, les articles 74 et 75 de LFSS pour 2016 et l'article 45 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Il est prévu ainsi que le CPOM procèdera à la désignation de la personne qui percevra la dotation globalisée en ayant ensuite la charge de la répartir entre les différents établissements et services du CPOM. Il ne peut s'agir que de la personne signataire du CPOM ou le cas échéant, d'une des structures couvertes par le contrat. La caisse pivot sera, dès lors, celle située sur la circonscription d'implantation de la personne perceptrice.

g) La présentation du CPOM aux CVS et aux instances représentatives du personnel

Le CPOM ayant une incidence tant pour les résidents que pour les personnels des ESMS notamment s'agissant de l'organisation du travail, il convient de veiller à ce que l'organisme gestionnaire le présente au conseil de la vie sociale mais aussi aux instances représentatives du personnel.

1. Le conseil de la vie sociale (CVS)

Il convient de rappeler les dispositions de l'article D. 311-15 du CASF qui dispose que : « Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. » Le contenu du CPOM doit donc faire l'objet d'une présentation aux membres du CVS.

Pour faciliter cette mise en œuvre, il convient de souligner les dispositions de l'article D. 311-3 du CASF qui précise que « lorsque plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux sont gérés par une même personne publique ou privée, une instance commune de participation peut être instituée pour une même catégorie d'établissements ou de services, au sens de l'article L. 312-1 ». Ainsi, un seul CVS pourrait être réuni pour une même catégorie de structure au sein du périmètre du CPOM.

2. Les instances représentatives du personnel

Le gestionnaire veillera, selon des modalités qu'il lui appartient de définir, à ce que les instances représentatives du personnel soient consultées conformément aux dispositions existantes et notamment quand le CPOM impacte l'organisation du travail au sein des structures et services concernés.

2.2. Le suivi du CPOM

La négociation comme le suivi du CPOM sont des étapes incontournables. Les changements de personnes chargées de la négociation, du suivi et du renouvellement des CPOM tant du côté des autorités de tarification que des organismes gestionnaires peuvent rendre difficile le suivi des engagements réciproques dans le temps. Je vous invite donc à définir des procédures pour les différents CPOM qui devront assurer la traçabilité des décisions prises.

a) Le suivi du CPOM : articulation avec l'examen annuel de l'EPRD, contenu et périodicité des revues des objectifs et dialogues de gestion

Il convient de distinguer deux processus distincts : le suivi et l'évaluation du CPOM du suivi annuel des objectifs du CPOM et notamment de l'activité, dans le cadre de la procédure de clôture de l'exercice [(examen de l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD))].

- Il a donc été acté que se tiennent deux dialogues de gestion pendant la durée de validité du CPOM :
- un dialogue de gestion à mi échéance du CPOM (dans la même temporalité que les coupes PATHOS et AGGIR) ;
 - un dialogue de gestion lors du renouvellement du CPOM.

Afin de vous permettre cependant de suivre l'évolution de l'activité des structures du CPOM sera joint à la clôture de chaque exercice, un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) comportant notamment le cadre normalisé de l'ERRD mais aussi un rapport financier et d'activité portant d'une part sur l'exécution budgétaire de l'exercice considéré et d'autre part sur l'activité et le fonctionne-

ment des établissements et services, au regard notamment des objectifs du CPOM. Ainsi, annuellement, il vous sera possible de disposer d'éléments vous permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs du CPOM.

Il convient de souligner que faculté est offerte de pouvoir tenir un dialogue de gestion supplémentaire lors de la quatrième année d'exécution ou à tout moment en cas de situation financière dégradée. La remontée des indicateurs dans le cadre de l'ERRD d'une part et dans le cadre du suivi du tableau de bord de la performance, dont la généralisation est prévue pour 2018, d'autre part, peuvent vous permettre d'appréhender la situation de chaque ESMS ou de l'ensemble des structures du périmètre du CPOM.

b) Les modifications du CPOM par voie d'avenants

Une révision du CPOM peut être réalisée en cours d'exécution, compte tenu des conclusions des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Ainsi, diverses situations peuvent entraîner la conclusion d'avenants, comme par exemple :

Changement du périmètre du CPOM en cours d'exécution (ajout/retrait d'ESMS)

Bien que le périmètre du CPOM fasse l'objet d'échanges dès le début de sa négociation, il n'est pas exclu que l'organisme gestionnaire souhaite élargir ou modifier son périmètre, notamment suite à l'obtention d'une nouvelle autorisation. Il convient alors de déterminer les objectifs assignés. (Si des objectifs sont transversaux entre les différents établissements et services, il convient d'y inclure le nouvel entrant mais également de lui assigner quelques objectifs qui pourront être poursuivis à l'aune d'un nouveau contrat).

Comme évoqué plus haut, le gestionnaire peut avoir eu à négocier des CPOM sur plusieurs champs.

Modification du statut du CPOM pour les CPOM relevant des dispositions de l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA) relevant historiquement de l'article L. 313-11 du CASF

Comme évoqué précédemment, les ESMS relevant d'un CPOM au titre de l'article L. 313-11 du CASF, signé avant le 1^{er} janvier 2016, doivent conclure un avenant pour répondre à l'obligation légale prévue à l'article L. 313-12-2 du CASF. Il convient de souligner que cet article dispose que ce contrat définit, d'une part, des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge et d'autre part, entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, c'est-à-dire une tarification à la ressource et la mise en place de l'EPRD. Ainsi l'avenant devra comporter les deux aspects pour satisfaire à l'obligation.

Changement d'option tarifaire pour les EHPAD

Je vous rappelle que le décret n° 2014-652 du 20 juin 2014 relatif aux tarifs global et partiel applicables aux EHPAD précise les conditions de changement d'option tarifaire (cf. article R. 314-167 du CASF). Il s'agit de mieux réguler le changement d'option tarifaire, afin de maîtriser ses conséquences tant sur la dépense d'assurance maladie que sur la qualité et l'efficacité du système de santé. Si l'initiative du changement d'option tarifaire relève toujours de l'établissement, la demande de changement est soumise à l'accord du directeur général de l'ARS. Cet accord est conditionné d'une part, à la disponibilité des crédits dans la dotation régionale limitative ainsi qu'au respect des objectifs régionaux fixés dans le projet régional de santé.

Lors de la négociation des CPOM, il est possible que le gestionnaire gère plusieurs EHPAD aux options tarifaires différentes. Le CPOM peut prévoir le passage au tarif au global d'un ou plusieurs EHPAD en cours d'exécution de celui-ci. Comme l'a indiqué la circulaire budgétaire du 22 avril 2016²³, les établissements au tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur demeurent à privilégier.

Prorogation d'une année supplémentaire du CPOM

La durée initiale du CPOM est fixée à 5 ans. Si le CPOM ne peut être renouvelé après ces 5 ans d'exécution, il est prorogé de fait d'une année supplémentaire. Enfin, si les conditions ne sont toujours pas réunies pour que le CPOM soit renouvelé à l'issue de ces six années, il vous est loisible de conclure un avenant d'un an pour proroger et sécuriser juridiquement le CPOM.

En effet, compte tenu du retour d'expérience sur le renouvellement des CTP, il a été proposé la transposition de la disposition permettant de proroger d'un an la CTP sans conclusion d'un avenant au modèle type de CPOM. Cette disposition est offerte pour sécuriser les CPOM dont le renouvellement peut prendre plus de temps que prévu mais aussi à prendre en compte les circuits de

²³ Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées (accessible sur le lien suivant : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/04/cir_40841.pdf).

signature des CPOM qui peuvent parfois être longs. Enfin, la faculté de proroger le contrat d'un an par avenant doit rester une exception et ne saurait devenir la règle. En effet, c'est une souplesse qui est accordée pour prendre en compte certaines situations rendant difficile le renouvellement du CPOM. Ainsi, il vous appartient de veiller, en routine, à ce que la durée moyenne des contrats soit de 5 ans.

Modification des conditions d'accueil des bénéficiaires de l'aide sociale en cours d'exécution du CPOM

L'organisme gestionnaire dispose de plusieurs alternatives pour modifier les conditions d'accueil des bénéficiaires de l'aide sociale, telles que l'habilitation partielle ou totale conformément aux dispositions de l'article L. 313-8-1 du CASF ou encore le conventionnement d'aide sociale prévu à l'article L. 342-3-1, en accord avec le ou les conseils départementaux dont il relève.

Cette évolution, visant à mieux adapter l'activité des EHPAD au public effectivement accueilli, doit faire l'objet d'un avenant au CPOM, prévoyant initialement des conditions d'habilitation différentes.

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

Conformément aux dispositions de l'article L. 313-14-1 du CASF, lorsqu'un déséquilibre financier significatif persistant ou des dysfonctionnements dans la gestion des ESMS gérés par un organisme gestionnaire privé non lucratif sont constatés, l'autorité de tarification compétente doit adresser à ce dernier une injonction d'y remédier dans un délai qu'elle fixe. Les modalités de retour à l'équilibre font obligatoirement l'objet d'un avenant au CPOM (relevant des articles L. 313-11, IV *ter* du L. 313-12 ou L. 313-12-2 du CASF).

c) Le renouvellement du CPOM

Un dernier dialogue de gestion doit se tenir à échéance du CPOM. Il a vocation à dresser le bilan du CPOM écoulé mais aussi à aider à la formalisation du diagnostic partagé du futur CPOM. L'ensemble de ces étapes pouvant prendre beaucoup de temps, il est recommandé, dans la mesure du possible d'anticiper les délais inhérents au renouvellement lors de la dernière année.

2.3. Les outils pour faciliter la mise en place de la réforme

Il convient de souligner que toutes les régions ont connu des difficultés pour conclure les CTP en temps et en heure : mobilisation insuffisante de certains crédits de médicalisation eu égard à certains projets, difficultés à trouver un compromis entre l'ensemble des parties, retard lié à l'accumulation de CTP à renouveler, etc. Conscient de l'ensemble des blocages identifiés jusqu'alors, il a paru opportun de définir en premier lieu, un modèle de contrat type de CPOM assez souple pour permettre une appropriation rapide tout en disposant de la faculté de l'adapter. Pour faciliter la mise en œuvre de ces différents chantiers (réforme contractualisation, forfaitisation des dotations et passage à l'EPRD) différentes instructions et guide ont vocation à expliciter le nouveau cadre réglementaire, budgétaire et comptable des ESMS soumis à l'EPRD. Ils ont vocation à vous accompagner au cours de la période transitoire. Enfin, un système d'informations sera déployé à compter de 2018 « eCars » pour faciliter la mise en œuvre et le suivi des CPOM.

a) Le tableau de bord de la performance

Afin de vous accompagner dans la mise en œuvre de ces dispositions, le tableau de bord de la performance du secteur médico-social dont le déploiement est assuré par l'ANAP en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) permet notamment de doter les structures d'un outil de pilotage interne et de comparaison avec des structures de mêmes caractéristiques. Il contribue à améliorer la connaissance de l'offre sur le territoire en construisant la première base de données du secteur médico-social. Enfin, en lien avec la généralisation des CPOM, le tableau de bord de la performance du secteur médico-social structure les échanges, objective le dialogue et favorise les démarches de contractualisation (réalisation du diagnostic, suivi des objectifs...).

Cet outil qui comporte des données financières, de ressources humaines et d'activité, est en cours de généralisation auprès des établissements et services du secteur médico-social jusqu'en 2017. Des travaux sont engagés autour de son amélioration et des réflexions seront notamment menées sur la pertinence et la robustesse des indicateurs. Il a vocation à se substituer aux actuels indicateurs réglementaires, ce qui fera l'objet d'une rénovation en 2017 des textes réglementaires applicables.

b) Le système d'informations eCars

Conscient que la généralisation et l'obligation de signer des CPOM pour les ESMS va engendrer une charge de travail importante tant pour les établissements et services que pour les autorités de tarification, le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé souhaitent généraliser un système d'information destiné à faciliter l'échange et le partage d'information entre les parties prenantes sur les différentes phases de la vie d'un CPOM (élaboration initiale, évaluation, modification par voie d'avenants ou par prorogation).

Identifié comme un projet prioritaire du schéma directeur du SI des ARS, eCars a pour objectif de devenir l'outil unique de gestion des contrats et conventions liant l'ARS et les offreurs en santé de son territoire.

Actuellement en cours de déploiement sur les CPOM sanitaires, il a vocation à étendre son périmètre à l'ensemble des natures de contractualisation des ARS et donc aux CPOM du secteur médico-social.

eCars est un outil mutualisé de gestion des contrats qui s'adresse :

- à l'ensemble des ressources internes à l'ARS impliquées dans la démarche de contractualisation ;
- aux correspondants chargés de ces travaux au sein des établissements ou des organismes gestionnaires ;
- il sera également accessible par les conseils départementaux qui pourront l'alimenter.

Cet outil permettra de renforcer et accélérer les échanges dématérialisés entre les acteurs et d'automatiser une partie des processus de contractualisation pour dégager ainsi des gains d'efficacité et de qualité dans la mise en œuvre des processus de gestion des CPOM.

Ainsi, l'outil eCars permettra :

- de faciliter la phase de dialogue et d'élaboration des CPOM : permettant d'avoir une vision consolidée d'un établissement. Pour proposer cette vue, l'outil s'appuiera notamment sur les données issues du tableau de bord de la performance du secteur médico-social (avec lequel des travaux d'interface sont prévus) et sur des solutions de partage de document ;
- d'assurer le suivi de l'ensemble des CPOM grâce à des indicateurs ;
- de favoriser l'harmonisation des pratiques de contractualisation au sein de la région et le partage des meilleures pratiques avec les autres ARS ;
- de disposer de données régionales et nationales, tant quantitatives que qualitatives relatives à la contractualisation.

c) Les nomenclatures SERAFIN-PH

La première étape de la réforme de la tarification SERAFIN-PH a permis la validation de deux nomenclatures : la nomenclature des prestations et la nomenclature des besoins. Ces nomenclatures permettent de décrire avec un vocabulaire partagé, d'une part les besoins des personnes et d'autre part les prestations directes et indirectes que les établissements et services accompagnant les personnes en situation de handicap peuvent mettre en œuvre. Leur structuration en domaines (santé, autonomie, participation sociale) tant pour les besoins que pour les prestations directes peut être utile dans le cadre de vos échanges avec les organismes gestionnaires.

ANNEXE 2

LES DIFFÉRENTS CPOM DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

TYPE d'ESSMS concernés	BASE juridique	PÉRIMÈTRE ESSMS de base du CPOM	PÉRIMÈTRE élargi	SIGNATAIRE(S)	OBJET DU CPOM	DURÉE du CPOM	COMMENTAIRES et articulations entre les différents CPOM
tout ESSMS CPOM facultatif	CPOM de droit commun prévu à l'article L. 313-11 du CASF et issu de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale	un ou plusieurs ESSMS gérés par un même organisme gestionnaire à l'échelle du département	Peut être élargi à d'autres départements en cas d'accord entre l'ensemble des financeurs voire à des départements d'une autre région.	Entité gestionnaire autorisée et le cas échéant les organismes de sécurité sociale	Atteinte d'objectifs retenus dans le cadre des schémas	5 ans	CPOM de droit commun facultatif volonté des différentes parties pluri établissements pluri annualité budgétaire objectifs en relations avec schéma(s) obligations respectives et moyens nécessaires à leur mise en œuvre
EHPAD/ PUV CPOM obligatoire pour les EHPAD et les PUV	CPOM prévu au IV ^{ter} de l'article L. 313-12 du CASF Pluri établissements EHPAD/PUV Disposition issue de l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)	Obligatoire un ou plusieurs EHPAD(s) ou PUV gérés par le même gestionnaire sur un territoire d'implantation départementale	Autres ESSMS du même gestionnaire sur le département voire sur plusieurs en cas d'accord entre les acteurs	PCD/DGARS	fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit les modalités de suivi notamment sous forme d'indicateurs. Définit des objectifs en matière d'activités, de qualité de prise en charge d'accompagnement et d'intervention des établissements de santé y compris en matière de soins palliatifs. Il précise le cas échéant la nature et le montant des financements complémentaires.	5 ans	Montée en charge progressive sur 5 ans du 1 ^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021. Entrée en vigueur de l'EPRD au 1 ^{er} janvier 2017 pour l'ensemble des EHPAD et PUV. CPOM vaut convention à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale. préconisation de l'intervention de l'aide sociale départementale. autorisation de frais de siège dans le CPOM pour n'avoir qu'un seul document contractuel autant que faire se peut
Résidence autonomie CPOM facultatif	Prévu au III de l'article L. 313-12 du CASF Disposition récente de la loi ASV	Résidence autonomie (RA)	Si le gestionnaire gère un EHPAD, possibilité de ne conclure qu'un seul CPOM pour l'EHPAD et la RA en cas d'accord entre les ATC	PCD et ARS si la RA perçoit un forfait « soins ».	Perception du forfait autonomie en contrepartie de leurs missions de prévention	5 ans	L'ensemble des RA ont vocation à percevoir le forfait autonomie. CPOM facultatif mais obligatoire pour percevoir le forfait autonomie.

TYPE d'ESSMS concernés	BASE juridique	PÉRIMÈTRE ESMS base	PÉRIMÈTRE élargi	SIGNATAIRE	OBJET du CPOM	DURÉE du CPOM	COMMENTAIRES et articulations entre les différents CPOM
CPOM Service d'aide et accompagnement à domicile (SAAD) CPOM facultatif	Prévu à l'article L. 313-11-1 du CASF de renvoi au CPOM de droits communs du L. 313-11 du CASF Dispositions récentes (articles 46 et 47 de la loi ASV)	SAAD	NON	PCD	favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leur mission au service du public	5 ans	
CPOM expérimentation SPASAD CPOM facultatif	Prévu par décret et arrêté Disposition récente prévue à l'article 49 de la loi ASV	SPASAD expérimentateur	NON	SPASAD expérimentateur ou les services qui le composent, le PCD et le DGARS	L'expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement d'un SPASAD est subordonnée à la signature d'un CPOM L. 313-11 CASF	2 ans	La signature du CPOM au titre de l'expérimentation peut intervenir jusqu'au 30 juin 2017 pour une durée de 2 ans qui peut être prorogée jusqu'à 5 ans.
CPOM ESMS "personnes handicapées", AJA et SSIAD/ SPASAD prévu par la LFSS pour 2016 (dispositions complétées par la LFSS 2017). CPOM obligatoire	article L. 313-12-2 du CASF IEM, IEP, IEM, EEAP, CMPP, CAMSP et CAFS créés et gérés par ces établissements, SESSAD, les jardins d'accueil spécialisés, BAPU, CRP, CPO, MAS, FAM, SAMSAH et ESAT. Les établissements d'hébergement temporaire du secteur des personnes en situation de handicap sont également concernés, ainsi que les SSIAD/ SPASAD et AJA	2°, 3, 5 et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF, ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du DGARS et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe.	NON	Entité gestionnaire autorisée ayant délivré autorisation (DGARS et le cas échéant PCD)	Amélioration de la qualité de l'accompagnement et des prises en charge. Passage d'une tarification d'un prix de journée à une dotation globale de financement. « ondamisation » des ESAT (article 74 de la LFSS pour 2016).	5 ans	Programmation de la signature de ces CPOM sur 6 ans à compter du 1 ^{er} janvier 2016. Mise en place de l'EPRD l'exercice suivant la signature du CPOM
CPOM de structuration de l'offre CPOM facultatif	CPOM prévu à l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé CPOM qui modifie l'article L. 313-9 du CASF et renvoi au CPOM de droit commun	un seul ESSMS	NON	Autorité ayant délivré l'autorisation	Transformation de l'offre suite à une modification ou à la publication d'un nouveau schéma, l'autorité ayant délivré l'autorisation peut demander la conclusion d'un CPOM pour accompagner l'ESSMS à transformer ou modifier son activité.	5 ans	Ce CPOM a pour objet d'accompagner l'établissement ou le service lors de la modification ou de la transformation de son activité. L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale ou celle de dispenser des soins aux assurés sociaux peut être retirée en cas de non atteinte des objectifs de reconversion ou de transformation après un délai préalablement établi et qui ne peut être inférieur à un an.

ANNEXE 3

LA MISE EN ŒUVRE DU DÉCRET N° 2016-696 DU 27 MAI 2016 RELATIF AUX RÉSIDENCES AUTONOMIE ET PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ESMS POUR PERSONNES ÂGÉES – VOLET CPOM

La présente annexe vise à rappeler brièvement, les enjeux de la modernisation des résidences autonomes opérée par la loi ASV, offre intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD avant d'explicitier les modalités de conclusion du CPOM que les résidences autonomie doivent désormais conclure pour bénéficier du forfait autonomie et, le cas échéant, du forfait soins¹.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) promeut particulièrement le développement de l'offre d'habitats intermédiaires pour apporter une réponse adaptée au besoin d'habitat et de services des personnes âgées et rompre leur isolement. En effet, elles apportent une réponse pertinente aux besoins de diversification des modes d'hébergement pour les personnes âgées et permettent de faire face à l'isolement des personnes âgées valides ou devenues fragiles, à un coût intéressant pour les finances publiques et pour les résidents. Le développement de cette offre constitue donc une perspective plus immédiate pour faire face au choc démographique à venir et les services de l'État doivent être particulièrement mobilisés, en lien avec les collectivités locales, pour assurer le développement des résidences autonomie sur les territoires et la mise en œuvre de la réforme.

La loi a renommé les logements foyers en « résidences autonomie », afin de leur assurer une meilleure visibilité et de les rendre plus attractifs. Tous les logements foyers pour personnes âgées, qui peuvent également accueillir des personnes handicapées, des jeunes travailleurs et des étudiants dans des proportions inférieures à 15 % de leur capacité autorisée, sont devenus des résidences autonomie depuis la publication de la loi.

Pour mémoire, une résidence autonomie est à la fois un établissement social et médico-social relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF et un établissement relevant de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation (CCH) destiné au logement collectif des personnes âgées, à titre de résidence principale, dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective.

Les résidences autonomes représentent une offre de plus de 110 000 places installées, réparties dans plus de 2300 structures, qui accueillent très majoritairement des personnes âgées autonomes à l'admission, l'avancée en âge des résidents nécessitant souvent un accompagnement dans un but de préservation de leur autonomie.

Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux ESMS pour personnes âgées définit les différentes modalités de mise en œuvre de la nouvelle mission de prévention de la perte d'autonomie des résidences autonomie reconnue et réaffirmée par la loi. Cette mission sera soutenue par un forfait autonomie afin de financer des dépenses non médicales permettant de mettre en œuvre des actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie.

Le montant du forfait autonomie est défini, pour chaque résidence autonomie, par le Conseil départemental ou, le cas échéant, par la métropole, dans le cadre d'un CPOM, en lien avec les priorités de financement définies par la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le décret définit également les contours de l'attribution et de l'utilisation de ce forfait autonomie. Ce dernier est financé dans le cadre d'un concours versé annuellement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux conseils départementaux ou, le cas échéant, aux métropoles, en fonction du nombre de places dans les résidences autonomie relevant de leur périmètre au 31 décembre de l'année N-1 inscrit dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Pour les résidences autonomie bénéficiant d'un forfait soins au sens du IV de l'article L. 313-12 du CASF, le périmètre du CPOM sera élargi aux ARS et deviendra tripartite. Plutôt que de conclure deux CPOM différents pour une même structure, parti a été pris de regrouper les signataires pour ne conclure qu'un seul CPOM.

¹ Cf. Foire aux questions accessible au lien suivant (site intranet du ministère et diffusée aux conseils départementaux par le biais du réseau idéal connaissances) https://paco.intranet.social.gouv.fr/sante/drees/FINESS/dossiers_thematiques/H%C3%A9bergement%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es/Documents/14-09-2016%20Foire%20aux%20questions%20RA.pdf#search=foire%20aux%20questions%20r%C3%A9sidence%20autonomie

1. Rappel du fondement juridique du CPOM pour les résidences autonomie

Le CPOM est un outil permettant de moderniser le dialogue entre les pouvoirs publics et les ESSMS en fixant des objectifs de qualité et d'efficacité, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements. Il constitue un véritable outil de gestion budgétaire au service de la stratégie d'un gestionnaire.

Le CPOM que les résidences autonomie signent pour bénéficier du forfait autonomie, et pour certaines, du forfait soins, relève de deux fondements juridiques distincts :

L'article L. 313-11 du CASF

Ce contrat peut être conclu entre des personnes morales gestionnaires d'ESMS et la ou les autorités chargées de leur autorisation. Sa durée est librement fixée par les parties contractantes mais elle ne peut dépasser cinq ans.

Initialement, ce CPOM de droit commun est prévu pour sécuriser les gestionnaires et simplifier leur gestion en contrepartie de leur engagement dans la mise en œuvre des objectifs des schémas territoriaux dont ils relèvent, d'un projet d'établissement ou de service, ou d'actions de coopération sociale et médico-sociale.

Désormais, lorsque ce contrat est conclu sur la base des dispositions des III et IV de l'article L. 313-12 du CASF, il définit *a minima* le montant du forfait autonomie, et le cas échéant du forfait soins, ainsi que les objectifs assignés à la résidence autonomie quant à l'utilisation de ces crédits.

Les autres thématiques mentionnées à l'article L. 313-11 du CASF (objectifs des schémas territoriaux, projet d'établissement, action de coopération) ainsi que les éléments touchant à l'organisation et au fonctionnement de ces structures (notamment concernant la qualité des prestations minimales proposées et de l'accompagnement individualisé) peuvent également être abordées dans le cadre de ce CPOM.

À compter de 2017, il convient d'encourager, autant que faire se peut, la conclusion de CPOM en abordant une palette large de thématiques quant au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement ainsi qu'à son action sur le territoire afin de faire de ce contrat, pour la ou les autorités chargées de l'autorisation des résidences autonomie, un véritable instrument de pilotage et de mise en cohérence des objectifs de ces structures avec les priorités de politique publique, notamment en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Le IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

Ce contrat, de 5 ans, est conclu entre les personnes morales gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de petites unités de vie (PUV) et la ou les autorités chargées de leur tarification. Son périmètre peut être élargi à d'autres activités dans une logique d'amélioration des parcours mais aussi de mutualisation.

Ainsi, lorsqu'un gestionnaire gère plusieurs EHPAD ou PUV et gère, en plus, d'autres établissements et services sociaux et médico sociaux, ces derniers peuvent être inclus dans le périmètre du contrat. Cela permet de limiter le nombre de contrats, de simplifier la gestion, notamment financière et comptable ainsi que de mieux coordonner l'action de ces établissements et services. Lorsque le gestionnaire d'une résidence autonomie, en accord avec les autorités de tarification souhaite utiliser ce type de contrat, une annexe au CPOM est créée afin de préciser le montant du forfait autonomie et les objectifs assignés quant à son utilisation. La même démarche est opérée lorsque la résidence autonomie bénéficie d'un forfait soins.

Le choix de ce type de CPOM par les parties contractantes n'est pas sans emporter certaines conséquences, notamment :

- en termes de normes comptables : lorsque ce CPOM est conclu, le contrat type et le nouveau cadre de l'EPRD sont applicables à la résidence autonomie, dès l'exercice suivant la signature du CPOM. Ce n'est pas le cas lorsque le CPOM conclu relève de l'article L. 313-11 du CASF ;
- en termes de calendrier : la programmation de la signature de ce type de CPOM s'échelonne sur cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2017. Dès lors, il est conseillé, pour le premier CPOM, de s'appuyer sur l'article L. 313-11 du CASF et d'intégrer, lorsque le gestionnaire est unique, la démarche globale du CPOM du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF au fur et à mesure de la montée en charge progressive de la réforme tarifaire des EHPAD en fonction de la programmation conjointe arrêtée par les conseils départementaux et les ARS, afin de faciliter une conclusion rapide des premiers CPOM et de ne pas retarder l'utilisation des crédits alloués.

Scenarii possibles pour les résidences autonomie :

- choix du CPOM relevant du L. 313-11 du CASF => le CPOM peut être négocié et signé dès maintenant ;
- choix du CPOM relevant du L. 313-11 du CASF jusqu'à ce que la résidence autonomie puisse intégrer la démarche du CPOM « EHPAD » => un premier CPOM peut être négocié et signé dès maintenant. Sa durée sera fixée en fonction de la programmation arrêtée par le conseil départemental et l'ARS pour la signature des CPOM « EHPAD » afin que la résidence autonomie puisse rejoindre la démarche le moment venu ;
- dès 2017, choix du CPOM « EHPAD » => attente selon la programmation arrêtée pour signer le CPOM « EHPAD » => risque de décalage dans le versement des forfaits sur un ou plusieurs exercices.

Par ailleurs, les ARS et les conseils départementaux sont vivement incités à organiser une réunion d'information avec tous les responsables des résidences autonomie du département pour présenter la démarche de contractualisation. Les évaluations internes/ externes déjà menées et transmises aux conseils départementaux par les gestionnaires doivent être capitalisées et servir de supports dans les négociations afin de gagner en délai.

1. L'articulation entre le programme coordonné établi par la conférence des financeurs et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des résidences autonomie

Le forfait autonomie est attribué dans le cadre des priorités définies par la conférence des financeurs dans son programme coordonné de financement de la prévention de la perte d'autonomie. Son montant est néanmoins fixé par le département (la conférence des financeurs n'étant pas autorité de tarification) dans le cadre d'un CPOM négocié et signé avec la résidence autonomie, dans le respect des priorités définies par la conférence des financeurs.

De façon concrète, à partir du concours financier global versé par la CNSA au département, et communiqué aux membres de la conférence par les départements, ces derniers définissent des priorités de financement (ex : priorité 1 : actions sur le lien social, priorité 2 : actions sur la prévention des chutes, priorité 3 : actions sur la stimulation de la mémoire). Ces priorités devront être définies conformément aux dispositions de l'article D. 312-159-4 du CASF qui définit le périmètre des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie. Ensuite le conseil départemental traduit de manière opérationnelle ces priorités à travers la fixation d'objectifs et la fixation du montant du forfait autonomie dans le cadre du CPOM. En dernier lieu, pour assurer une bonne utilisation des crédits dès 2016, ces priorités peuvent être prises en compte *a posteriori* de la conclusion du CPOM, dans le cadre d'un avenant.

Il faut préciser qu'une certaine latitude est laissée aux résidences autonomie, dans le respect des dispositions réglementaires, pour conclure le CPOM avec le département, tout en respectant les priorités et les objectifs définis par la conférence des financeurs que préside le conseil départemental. Elles doivent néanmoins justifier de leur utilisation dans le cadre de la remontée d'information annuelle qu'elles doivent effectuer auprès du conseil départemental.

2. La conclusion du CPOM pour les résidences autonomie

Le conseil départemental initie une démarche de contractualisation avec chaque résidence autonomie dans le cadre de laquelle sont négociés des objectifs en matière de mise en œuvre d'actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie qui sont conformes aux priorités définies dans le programme de la conférence. En fonction des objectifs fixés, le département fixe le montant du forfait autonomie pour la résidence autonomie.

En sus de ce processus de négociation et de la tarification à l'objectif, le département peut moduler ce montant en fonction des critères prévus par les textes. Il peut ainsi majorer ce montant si la structure s'engage à mutualiser ses actions, à les ouvrir sur l'extérieur ou si cette dernière est habilitée à l'aide sociale. À l'inverse, il peut minorer ce montant si des actions de prévention de la perte d'autonomie peuvent être financées par le forfait soins de la structure. Dans tous les cas, cette modulation doit être raisonnable et respecter les grands équilibres définis dans le programme coordonné de la conférence des financeurs. Le conseil départemental a toute latitude pour utiliser ce critère de modulation en fonction des réalités du terrain.

Il convient néanmoins de préciser que ces critères de modulation n'empêchent pas la négociation dans le cadre du CPOM qui reste l'outil d'attribution du forfait autonomie. Toutes les résidences autonomie y sont éligibles, sans distinction, les critères de modulation ne pouvant en aucun cas constituer un motif valable pour le conseil départemental pour refuser l'attribution du forfait autonomie. La modulation n'est pas laissée à l'appréciation souveraine des départements puisqu'elle

est limitée par une liste limitative de critères pouvant la justifier. Par ailleurs, le cadre de base de la fixation du montant du forfait autonomie reste celui du CPOM, la modulation ne vient qu'à posteriori et à titre subsidiaire. Les moyens alloués doivent rester proportionnés aux objectifs fixés.

3. L'articulation entre forfait autonomie et forfait soins dans le CPOM

L'attribution du forfait soins et du forfait autonomie obéit à des règles différentes, il n'y a donc pas en principe d'articulation spécifique à prévoir, si ce n'est lorsque le forfait soins participe au financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie au sein de la structure – en finançant du personnel de soins qui réalise ce type d'actions notamment. Un même document contractuel comprend les dispositions relatives à ces deux forfaits par souci d'efficacité et de simplification mais chacun de ces financements bénéficie d'une partie dédiée dans le contrat, conformément aux dispositions du décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux ESMS pour personnes âgées.

4. La structuration-type minimale du CPOM

La structuration du CPOM obéit aux règles de droit commun définies dans la circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du CPOM prévu à l'article L. 313-11 du CASF et dans la présente instruction, en fonction du type de CPOM choisi.

Concernant la partie du cpom spécifique au forfait autonomie et au forfait soins, cette dernière doit comporter, *a minima*, à partir du diagnostic réalisé dans le cadre de la conférence des financeurs et de la partie du programme coordonné de financement consacrée au forfait autonomie :

- la liste des objectifs en nombre resserré assortis d'indicateurs définis d'une part en fonction des informations obligatoires, définis par les textes, pour le rapport d'activité de la conférence des financeurs (forfait autonomie), et d'autre part, en fonction des besoins identifiés ;
- les moyens engagés : le montant du forfait, les éléments ayant permis son calcul ainsi que la justification, pour le forfait autonomie, de l'utilisation éventuelle de certains critères de modulation, et pour le forfait soins, de l'emploi de personnels de soins au sein de la structure.

ANNEXE 4

LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE (SAAD) ET DES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE (SPASAD)

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autorisés relevant des 1^o, 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui interviennent respectivement auprès des familles fragilisées, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou atteintes de pathologies chroniques, disposent d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) spécifique. C'est ce CPOM, introduit par l'article 46 de la loi n° 2016-1776 du 28 décembre 2016 relative à l'adaptation du vieillissement (ASV) et défini par l'article L. 313-1-1 du CASF, qui encadre la contractualisation entre les SAAD et le président du conseil départemental. Quand elle a lieu, cette contractualisation est facultative. Il est d'emblée nécessaire de rappeler que le CPOM est un outil qui permet de traduire les orientations du conseil départemental en matière d'aide à domicile et d'appuyer sa démarche de structuration de l'offre sur le territoire départemental, en application notamment des dispositions des articles 46 à 48 de la loi ASV.

Le développement de la contractualisation pour les services du secteur social et médico-social est favorisé par la mise en œuvre du CPOM pluriactivités prévu au IV *ter* A de l'article L. 313-12 du CASF dans lequel ces services peuvent être inclus. Dans ce cas, il sera prévu un volet de ce CPOM concernant les SAAD tenant compte des mentions obligatoires spécifiques au CPOM prévu à l'article L. 313-11-1 du CASF, de même qu'un volet concernant l'expérimentation sur les SPASAD « intégrés ».

Dans le cadre de ce CPOM pluriactivités, en application de l'instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire, il est prévu l'obligation expresse de production d'un EPRD par l'ensemble des établissements et services inclus dans son périmètre, à compter de l'exercice suivant l'entrée en vigueur de ce CPOM.

1. Un CPOM spécifique valant mandatement au sens du droit européen pour les SAAD

Le CPOM des SAAD est conclu dans les conditions de droit commun mentionnées à l'article L. 313-11 du CASF, avec notamment une durée maximale de 5 ans et la possibilité qu'il concerne plusieurs SAAD.

Cependant, de manière spécifique aux SAAD, l'article L. 313-11-1 du CASF prévoit que ce CPOM comporte 11 mentions minimales obligatoires lui donnant valeur de mandatement au sens du droit européen, conformément à la décision de la Commission européenne du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général :

- « 1^o Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;
- 2^o Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;
- 3^o Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- 4^o Les modalités de calcul de l'allocation et de la participation, mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 232-4, des personnes utilisatrices et bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 ;
- 5^o Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;
- 6^o Les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés aux deux derniers alinéas de l'article L. 312-5 du CASF et par le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;
- 7^o Les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;
- 8^o Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;
- 9^o La nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;

10° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;

11° Les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites ».

Compte tenu de l'activité particulière des SAAD « famille », les mentions aux 4° et 6° de l'article L. 313-11-1 du CASF ne leur sont pas applicables.

Il faut rappeler que ce CPOM peut être conclu avec des services tarifés ou non, dès lors que des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH y recourent.

2. La structuration et la qualité de l'offre appuyée sur le CPOM

Le CPOM est un outil souple qui permet au président du conseil départemental de faire évoluer l'offre de services d'aide et d'accompagnement et de la structurer au regard des besoins du territoire et de l'offre disponible, tout en tenant mieux compte, par exemple, des sujétions liées aux territoires ruraux, ou encore en visant une efficacité accrue contribuant ainsi à renforcer l'équilibre économique des services. Le CPOM permet également de développer les actions de prévention de la perte d'autonomie, conformément aux objectifs de la loi ASV.

Il peut ainsi fixer des contreparties financières aux engagements pris par le SAAD, mais il peut également comporter une dimension uniquement qualitative (missions spécifiques, mise en œuvre du cahier des charges national des SAAD, etc.).

Il peut en outre permettre de préciser le périmètre territorial d'activité des SAAD dans le cadre de l'autorisation à accueillir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) conformément à l'article L. 313-1-2 du CASF.

Compte-tenu de la diversité de cette offre de services et du fait que certains services anciennement agréés sont moins connus des départements, la conclusion de CPOM, nécessitera peut-être plus que pour toute autre offre sociale ou médico-sociale, la conduite de diagnostics préalables de territoire. Certains départements ont conduit ces diagnostics en lien avec l'ensemble des SAAD, ce qui a amené chacun à repenser les organisations et modes d'intervention au regard d'indicateurs d'activité arrêtés conjointement. Une telle démarche facilite ensuite la conclusion des CPOM avec les SAAD, dont le nombre souvent élevé peut faire craindre une charge de gestion importante.

La conclusion d'un CPOM prévoyant le financement du SAAD par forfait global peut permettre aux personnes prises en charge par le service de bénéficier du calcul forfaitaire de l'allocation et de la participation au regard de leur plan d'aide prévu par l'article L. 232-4 du CASF, davantage adapté à leurs besoins.

Le CPOM prévu pour les SAAD pourra être utilisé également dans la perspective de la constitution de SPASAD afin de combiner aide et soins à domicile (cf. notamment article 49 de la loi ASV).

Enfin un CPOM est requis pour l'usage des crédits d'appui aux développements des bonnes pratiques conjointes des départements et des services en application des dispositions de l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié relatif au financement du fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile prévu à l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

3. La situation des SPASAD constitués en application de l'article 49 de la loi ASV

Les SPASAD constitués en application de l'article 49 de la loi ASV doivent conclure un CPOM, dont les clauses obligatoires sont définies par l'arrêté du 30 décembre 2015 relatif au cahier des charges des SPASAD. Ce CPOM, est signé par le SPASAD expérimentateur ou les services qui le composent, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS afin de mettre en place l'expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement. Ce faisant, cette expérimentation concourt également à la structuration de l'offre d'aide et de soins sur le territoire, dans un objectif de construction de parcours adaptés aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées¹.

À ce titre, et pour faciliter le rapprochement des structures, la mise en œuvre des dispositions de l'article 49 n'exige pas la constitution d'une seule entité gestionnaire porteuse du projet de SPASAD intégré : chaque structure constitutive pouvant conserver son autorisation propre par voie de conséquence. Le cadre expérimental permet également aux SPASAD intégrés de déroger aux principes de droit commun du CPOM prévu par l'article L. 313-11 du CASF. Ainsi deux organismes

¹ Je vous invite à vous référer à l'instruction INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement accessible au lien suivant : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/02/cir_40574.pdf

gestionnaires peuvent conclure ce CPOM. Cependant, il convient de préciser que chaque entité signataire perçoit ses propres financements et qu'il y a deux budgets distincts (une pour chaque entité). Les modalités de financement du SPASAD intégré ainsi que les règles d'affectation des résultats devront être précisées dans le CPOM.

À noter que les CPOM SAAD et SPASAD ne comprennent pas les mêmes volets obligatoires. En effet, en application de l'article 49 de la loi ASV, le CPOM du SPASAD intégré prévoit certaines clauses spécifiques tout en relevant du cadre juridique prévu par l'article L. 313-11 du CASF.

Compte tenu du calendrier de l'expérimentation « SPASAD intégré », il peut être envisagé que la programmation du CPOM obligatoire au titre de la LFSS pour le SPASAD ou le SSIAD, ne soit fixé qu'au terme du CPOM signé dans le cadre de l'expérimentation.

À l'instar des SPASAD de droit commun, les SPASAD expérimentaux devront, à terme, répondre aux obligations législatives prévues par la LFSS pour 2016/2017 en signant un CPOM obligatoire relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF ou le cas échéant relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF.

Plusieurs cas de figure sont à envisager à l'issue de l'expérimentation :

- le SPASAD intègre un CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV *ter* du CASF – CPOM « EHPAD ») ;
- le SPASAD intègre le CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA) ;
- le SSIAD et le SAAD ne constituent plus à l'issue de l'expérimentation un SPASAD :
 - le SSIAD est tenu d'intégrer un CPOM « EHPAD » ou un CPOM « ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA » ;
 - le SAAD peut, de manière facultative, signer un CPOM, soit le CPOM SAAD, soit le CPOM EHPAD.

ANNEXE 5

CPOM ET RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS

La présente annexe vise à présenter la place du CPOM dans la démarche « une réponse accompagnée pour tous », qui résulte de la mise en œuvre du rapport « zéro sans solution ». Celle-ci conduit à une profonde évolution des pratiques des acteurs de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et s'accompagne d'une transformation de l'offre au service de l'inclusion des personnes dans la société et du développement des dispositifs de droit commun, en milieu scolaire, professionnel ou en matière de logement.

La signature d'un CPOM avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) constitue un outil essentiel dont les ARS, les départements et les gestionnaires doivent se saisir pour faire évoluer l'offre et les pratiques nécessaires à la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ». La négociation du CPOM est l'occasion de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec cette priorité de politique publique.

La présente annexe rappelle les enjeux de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » (1) et met en exergue le CPOM comme moyen pour que les situations les plus lourdes ne restent pas sans solution (2), comme levier pour transformer l'offre, faire évoluer les pratiques professionnelles et contribuer à la souplesse des réponses (3), comme levier pour insérer l'ESMS au sein du territoire dans une logique de parcours (4), comme support d'une meilleure connaissance des ressources disponibles sur un territoire (5) nécessaire à la MDPH, notamment dans le cas de l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG) .

1. La démarche « une réponse accompagnée pour tous »

La proposition du rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution - Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » commandé par le Gouvernement en décembre 2013 repose sur l'idée que répondre aux « situations critiques » nécessite de développer une démarche résolument préventive.

« Si elles surviennent, écrit-il, c'est en raison des dysfonctionnements qui sous-tendent leurs manifestations. Ce sont ces dysfonctionnements qu'il faut s'efforcer de corriger, en se fixant le but de mettre en place, pour chaque personne en situation de handicap, une « réponse accompagnée », ce, quelle que soit la complexité ou la gravité de leur situation.

Il s'agit d'apporter une « réponse préventive, et donc structurelle. Les transformations qui permettront de limiter au minimum les ruptures de parcours sont aussi celles qui, ayant installé de nouvelles modalités de travail entre acteurs, permettront de trouver une solution aux cas résiduels. »

Ainsi, le rapport propose que tous les acteurs se mobilisent, s'organisent et se coordonnent, autour du parcours de vie des personnes et au plus près du milieu ordinaire, pour construire, avec elles, des réponses à leurs besoins. Le CPOM doit être le moyen de concrétisation de la mobilisation des ESMS.

En outre, il engage les gestionnaires à élaborer des « réponses modulaires » plutôt que d'offrir seulement des « places ». Il s'agit de construire des solutions d'accompagnement et d'accueil pour répondre au besoin d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé, afin d'éviter toute rupture dans son parcours.

La feuille de route de la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle, pour la mise en œuvre du rapport et présentée lors de la Conférence nationale du handicap de décembre 2014, comporte 4 axes de travail :

Axe 1 : Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent ;

Axe 2 : Déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous ;

Axe 3 : Soutien par les pairs ;

Axe 4 : Accompagnement au changement des pratiques.

La généralisation des CPOM d'ici 2022 prévue par la LFSS pour 2016 pour le secteur des établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap, s'inscrit dans l'axe 2 de cette démarche. Elle devra permettre de contractualiser avec les gestionnaires sur des objectifs qualitatifs relatifs à l'accompagnement des personnes en situation de handicap et à la capacité d'innovation et de coopération territoriale au plus près des besoins des personnes.

Par ailleurs, la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent de l'axe 1 met en exergue les besoins et les évolutions de l'offre nécessaires pour mieux répondre aux attentes des personnes et de leurs proches et appelle des adaptations dans le fonctionnement de l'offre d'accompagnement médico-social pour une connaissance mieux partagée des réponses sur le territoire.

Il s'agit d'intégrer dans la contractualisation avec les gestionnaires des objectifs de mise en œuvre de réponses adaptées et de participation à la qualité du parcours des personnes en situation de handicap pour une allocation des ressources en relation plus étroite avec l'accompagnement des parcours individuels.

2. Le CPOM comme moyen pour que les situations les plus lourdes ne restent pas sans solution

L'article 89 du PLFSS 2017 prévoit, en modifiant l'article L. 313-12-2 du CASF, la possibilité de moduler le « tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat ». Un décret en Conseil d'État sera publié à ce sujet et décrira les modalités de mise en œuvre de cette modulation. Cette dernière constituera un moyen de régulation de l'offre et je vous encourage à vous en saisir à l'occasion de la négociation du contrat, pour mobiliser les ESMS dans la démarche réponse accompagnée notamment en prévoyant, en sus des taux d'occupation, des indicateurs plus incitatifs permettant par exemple de valoriser l'accompagnement des personnes en situation complexe.

L'évolution des pratiques nécessaire à la mise en œuvre d'une réponse accompagnée pour tous implique aussi que chaque ESMS se sente lié par l'obligation d'accueillir les personnes handicapées, quelquefois dans une situation très difficile, tout en bénéficiant de l'appui de tiers, particulièrement lorsqu'un plan d'accompagnement global a été élaboré.

Cette évolution nécessitera un accompagnement des professionnels au-delà des seuls directeurs. Les objectifs de formation, notamment sous la forme de retour d'expérience à partir d'étude de situations individuelles, trouveront ainsi toute leur place dans les CPOM.

Enfin, le CPOM constitue aussi un moyen pour définir les critères d'admission dans un établissement ainsi que réaffirmer qu'il ne peut être envisagé de sortie sans que n'ait été préparée une solution alternative.

3. Le CPOM comme levier privilégié pour servir la transformation de l'offre, l'évolution des pratiques et contribuer à la souplesse des réponses

À l'occasion des Conférences nationales du handicap 2014 et 2016, le Président de la République a décidé plusieurs mesures visant à permettre aux personnes handicapées de « vivre et travailler comme les autres, avec les autres ».

De nouveaux dispositifs ont été créés qui viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale en proposant une réponse plus souple (tels que les unités d'enseignement en milieu scolaire, les pôles de compétences et de prestations externalisées, l'emploi accompagné, la mise en situation professionnelle). D'autres dispositifs sont à développer (l'accueil temporaire, l'habitat inclusif) ou à inventer pour moderniser l'offre de prise en charge pour un accompagnement plus inclusif.

Le CPOM est l'instrument privilégié pour permettre la déclinaison de cette dynamique dans le domaine d'intervention du gestionnaire. La rénovation du cadre contractuel en crée les conditions.

La possibilité de libre affectation des résultats et d'adaptation des ressources entre les différents types d'établissements gérés par un même organisme gestionnaire par les possibilités qu'elles offrent (redéploiement, restructuration, marges de manœuvre pour la création) sont autant de leviers dont les financeurs et les gestionnaires doivent se saisir pour développer les nouveaux dispositifs créés, développer des projets inclusifs innovants ainsi que pour favoriser des expérimentations de projets (organisation sous la forme de plate-forme de services par exemple).

Le CPOM doit permettre de conduire ces chantiers d'amélioration, de modernisation et de transformation de l'offre des établissements et services. L'enjeu est de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches notamment en tenant compte des besoins d'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap.

Ainsi mis en œuvre, le CPOM permet de renforcer le lien entre le financement et la réponse aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

Je vous encourage à promouvoir auprès des ESMS cette démarche qui est de nature à favoriser la souplesse des réponses aux besoins des personnes en situation de handicap, à faciliter les passerelles entre différents modes de prise en charge et différents types d'établissements ou services d'un même gestionnaire en fonction de l'évolution des personnes handicapées et de leur parcours de vie.

4. Le CPOM comme levier privilégié pour insérer l'établissement ou le service au sein du territoire, dans une logique de parcours

Le rapport « Zéro sans solution » rappelle qu' « il convient, non pas de “construire” des parcours, (...) mais de garantir que tous les intervenants vont travailler dans une logique et une culture de parcours (...) dans le sens du besoin et des attentes de la personne qu'ils accompagnent. (...) Qui dit logique et culture de parcours dit engagement de tous les partenaires du parcours, sans exception, à faire évoluer – de façon parfois substantielle et exigeante – leurs méthodes de travail ».

Il convient dès lors que tout CPOM :

- décrive comment les structures du gestionnaire contribuent à la construction de ce parcours sur le territoire (articulation et complémentarité) avec des partenariats formalisés (qui peuvent figurer au contrat) avec des institutions et professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, du service public de l'emploi, des bailleurs sociaux, relatifs à l'accompagnement et la prise en charge des personnes ;
- prévoit l'engagement du gestionnaire à ce que les structures qu'il gère participent aux groupes opérationnels de synthèse pour l'élaboration du PAG – plan d'accompagnement global ;
- prévoit l'obligation pour l'établissement de motiver les refus d'admission à l'issue d'une décision d'orientation de la CDAPH prise dans le cadre d'un PAG tel que prévu par l'article 89 de la LMSS (I, 4°, b) ;
- prévoit l'obligation pour l'établissement d'utiliser le futur SI suivi des orientations qui doit permettre de mieux suivre les orientations prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- mentionne le cas échéant un engagement à se positionner en tant que coordonnateur de parcours dans le cadre d'un plan d'accompagnement global en application de l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Il s'agit de susciter une démarche territoriale volontariste pour promouvoir le décroisement et construire des réponses individualisées régulièrement ajustées à l'évolution de la situation de la personne et de ses proches.

5. Le CPOM comme support d'une meilleure connaissance des ressources disponibles sur un territoire

L'article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé prévoit que le PAG est élaboré avec le concours d'informations transmises par les institutions compétentes, notamment les informations relatives aux ressources disponibles sur le territoire concernant les interventions éducatives et scolaire, thérapeutiques, sociales et médico-sociales ou encore à visée d'insertion professionnelle ou sociale, en particulier par le logement inclusif.

Compte tenu de la réforme à venir de la nomenclature des autorisations, le CPOM a vocation à devenir l'un des supports de description des réponses territoriales susceptibles d'accompagner ou de prendre en charge les personnes handicapées, utile à l'élaboration des PAG. Aussi, il convient d'accorder une attention particulière à cet aspect.

Les travaux sur la nomenclature des autorisations actuellement menés par la DGCS, ont vocation à aboutir à des autorisations plus larges pour amener plus de souplesse, faciliter la transformation de l'offre et l'accompagnement d'une personne sous diverses formes pour mieux répondre à ses besoins.

Dans ce contexte, le CPOM doit être considéré comme un document qui complète l'autorisation – seul document opposable aux tiers – et permet de préciser les activités des ESMS notamment s'agissant du profil de public accueilli et des modalités d'accueil privilégiées quand l'autorisation est accordée globalement au titre d'une file active (internat, internat de semaine, accueil de jour, accueil temporaire...), de l'organisation de la prise en charge et des prestations proposées, soit autant d'informations nécessaires aux MDPH pour l'élaboration des PAG. C'est pourquoi, une clause du CPOM devra prévoir l'obligation pour l'ESMS de reporter ces informations dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR) d'ores et déjà disponible ou à venir.

Ces précisions pourront être utilement apportées en utilisant les nomenclatures de besoins et de prestations développées dans le cadre du projet SERAFIN-PH pour une description commune des réponses apportées, des prestations servies par les ESMS sur le territoire et ainsi favoriser une meilleure lisibilité de l'offre et des ressources disponibles sur un territoire contribuant au PAG. Cette approche permettra en outre de disposer d'une cartographie de l'offre dans la région facilitant sa programmation et planification.

Instrument de la nouvelle gouvernance des établissements médico-sociaux, la négociation du CPOM doit privilégier le dialogue avec les gestionnaires pour la fixation des objectifs qualitatifs et quantitatifs (en utilisant éventuellement la nomenclature SERAFIN-PH) et la fixation des moyens des ESMS ainsi que pour le suivi de leur mise en œuvre au service de l'amélioration du parcours de vie des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

ANNEXE 6

LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES DU CIH, DONT LA STRATÉGIE
QUINQUENNALE D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

À l'occasion de la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016 a été annoncée une enveloppe de 180 M€ pour la stratégie quinquennale (2017-2021) d'évolution de l'offre médico-sociale, qui passe par la création de places et la transformation de l'offre existante afin de la rendre plus souple et plus inclusive.

Les orientations de la CNH ont été précisées et confortées par le Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016. Cette stratégie se décline en particulier en deux volets, l'un dédié à l'amélioration de l'accompagnement des personnes polyhandicapées, l'autre à l'amélioration de l'accompagnement du handicap psychique. À ces volets s'ajoute une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif et une stratégie nationale de soutien aux aidants

D'autres mesures du CIH prévoient des évolutions qualitatives et diversifiées de l'offre en faveur de l'inclusion sociale notamment par la création des dispositifs d'emploi accompagné, par des mesures visant l'amélioration des personnes accompagnées au sport, à la culture, aux loisirs, etc.

Dans ce contexte, le CPOM apparaît comme un outil pertinent pour mettre en œuvre certaines actions de l'évolution de l'offre médico-sociale. Vous veillerez à ce que ces actions s'inscrivent en cohérence avec la démarche « réponse accompagnée pour tous » et les travaux engagés dans le cadre du projet SERAFIN-PH de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui repose sur une approche centrée sur les besoins des personnes et non plus sur une logique de financement centrée sur les places participant ainsi à l'évolution de l'offre et à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement au plus près des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

1. Le volet « polyhandicap »

Les situations de polyhandicap sont des situations de handicap complexe caractérisées par une restriction extrême de l'autonomie des personnes concernées associant une vulnérabilité physique, psychique et sociale évolutives dans le temps. Ces situations hétérogènes représentent entre 0,7 et 1 naissance pour 1 000, soit environ 800 nouveaux cas d'enfants polyhandicapés par an.

Le volet « Polyhandicap » de la stratégie nationale de l'évolution de l'offre médico-sociale poursuit les objectifs fondamentaux de rénover l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap, vers une plus forte reconnaissance de leur citoyenneté et incluant une prise en compte des réponses aux proches aidants.

Ce volet doit vous conduire à prendre en compte dans l'élaboration des CPOM :

- le renforcement et la diversification des réponses pour répondre aux besoins des personnes ;
- l'amélioration de la qualité de l'accompagnement ;
- les partenariats indispensables à la continuité du parcours de vie et de soins des personnes.

Les CPOM conclus avec les organismes gestionnaires des ESMS pour l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap doivent contribuer ainsi à :

- faire évoluer l'offre d'accompagnement tout au long de la vie, incluant un accompagnement précoce, une anticipation du passage à l'âge adulte des adolescents en situation de polyhandicap (compte tenu du nombre de ces adolescents relevant de l'amendement Creton) et une diversification de l'accompagnement, en réponse aux besoins des personnes et de leurs proches aidants ; cette diversification doit inclure une offre de nouvelles modalités d'accompagnement dit multimodal alliant le domicile (services médico-sociaux, services d'aide à domicile) et un accueil en établissement ;
- intégrer des prestations en réponse aux besoins exprimés par les proches aidants en termes de répit, de formation, d'appui et de soutien ;
- renforcer les moyens des établissements dont le coût /place est inférieur au coût place « régional » afin notamment de permettre de répondre aux objectifs suivants :
 - la continuité des soins ;
 - les démarches d'entrée en communication ;
 - l'accès aux apprentissages tout au long de la vie ;
- inclure un accès à des outils de communication, au travers notamment d'une mutualisation de l'outillage et d'une visibilité de cet outillage pour les familles, les MDPH et les autres ESMS ;

- garantir l'accès et la continuité de soins au travers de collaborations et de mutualisations entre structures médico-sociales, afin notamment de développer la continuité des soins infirmiers 24 h/24, et de collaboration avec le secteur sanitaire, au travers de conventions, pour la réponse aux urgences, aux indications d'hospitalisation à domicile (HAD) et aux soins de suite et de réadaptation ;
- garantir l'accès à une scolarisation des enfants polyhandicapés par le développement des UE notamment et le soutien à cette scolarisation par les professionnels des ESMS ; Développer des projets visant à concevoir l'accompagnement des adultes polyhandicapés autrement au sein des ESMS, en identifiant une personne ressource sur des projets permettant de mobiliser les compétences des personnes : apprentissages fondamentaux, médiation animale, sport adapté, jardins thérapeutiques et sensoriels, musiques, arts, etc ;
- répondre, en termes d'organisation et de moyens en interne et en partenariat, à l'exigence et au besoin de citoyenneté et d'insertion des personnes polyhandicapées, en droit d'accéder à l'offre culturelle ou sportive et aux loisirs, ainsi qu'à une offre de vacances adaptée et diversifiée, permettant de partir en mode collectif ou individuel ;
- renforcer la formation des professionnels médico-sociaux des ESMS accueillant des personnes polyhandicapées, proposer des formations associant leurs proches aidants et favoriser, au travers de partenariats entre les structures médico-sociales et les institutions dispensant la formation initiale et les agréments de stage, favoriser l'accueil en stage d'immersion (stage de formation, d'observation et de découverte) pour les futurs professionnels socio-éducatifs et professionnels de santé ;
- d'intégrer l'analyse des pratiques et les réflexions éthiques dans les ESMS accueillant des personnes polyhandicapées, notamment les établissements pour enfants polyhandicapés (EEAP) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ;
- d'identifier les ressources des ESMS de votre territoire sur le polyhandicap (compétences, outillage en termes d'évaluation, de communication, de scolarisation et d'apprentissage) de manière à répondre à une fonction ressources (vis-à-vis des MDPH, des familles et de l'Éducation nationale, des autres acteurs de la Cité).

Les CPOM conclus avec les organismes gestionnaires des ESMS doivent également contribuer au développement d'une éducation à la vie affective et sexuelle adaptée aux jeunes et adultes en situation de polyhandicap intégrant un volet d'accompagnement en direction de leurs parents (programme de sensibilisation et outils d'information). De telles démarches seront plus largement encouragées à destination de tout jeune ou adulte en situation de handicap en intégrant un volet de sensibilisation des professionnels des établissements et services sur la prise en compte de cette question en veillant toutefois à une adaptation à la spécificité de chaque structure, à sa mission et à son projet.

2. Le volet « handicap psychique »

Les priorités en santé mentale doivent aujourd'hui répondre à un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques graves et persistants, au-delà de la seule stabilisation des troubles psychiatriques, et impliquer les personnes dans l'élaboration d'un projet individuel d'accompagnement et la mise en œuvre d'un parcours global coordonné de santé et de vie, s'appuyant sur la promotion de leurs capacités et visant à leur accès à une vie active et sociale choisie.

De nombreux outils et travaux ont été réalisés depuis plusieurs années pour contribuer à l'atteinte de ces priorités, parmi lesquels les travaux de l'ANESM, notamment la recommandation 2016 sur les « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » ; les publications de l'ANAP, notamment en 2015 et 2016 sur « Le parcours des personnes en parcours en psychiatrie et santé mentale » et sa mise en œuvre dans les territoires ; le programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale » de la HAS ; le rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale sur « Le parcours de soin et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique ».

L'objet du volet Handicap psychique de l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale, annoncé lors de la CNH et confirmé lors du CIH 2016, est de répondre à ces priorités de santé mentale au bénéfice des personnes en situation de handicap psychique et de leurs familles.

Les CPOM conclus avec les organismes gestionnaires des établissements et des services médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap psychique doivent engager ces établissements et services dans l'atteinte des priorités actuelles de santé mentale.

Ils devront ainsi contribuer, pour ce qui les concernent, au déploiement dans les territoires du parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique, à savoir, notamment, l'accompagnement de ces personnes à l'autonomie, à une participation à la vie sociale, à un logement adapté, à un accès à l'emploi.

Ils devront également contribuer au développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés. De même qu'ils devront intégrer les priorités de santé mentale et les pratiques qui en découlent dans leurs actions et plans de formation.

Cela suppose enfin qu'ils s'inscrivent dans un réseau préétabli de partenaires, parmi lesquels devront figurer la psychiatrie, la MDPH, les acteurs de l'ouverture des droits, du logement et de l'emploi, ainsi que les GEM du même territoire.

3. La démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif

Le Gouvernement a présenté, lors du comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016, la démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap, qui comprend trois axes :

- impulser une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap ;
- sécuriser économiquement les modèles d'habitat inclusif ;
- lever les obstacles juridiques au montage de projets d'habitat inclusif.

Un nombre croissant de personnes handicapées souhaite en effet choisir son habitat et les personnes avec qui le partager le cas échéant. Elles expriment une forte demande de projet social et, le cas échéant, de services associés au logement, dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu « ordinaire ».

Cette nouvelle forme d'habitat rejoint les enjeux portés dans le cadre de la loi du 11 février 2005 qui visent à permettre aux personnes en situation de handicap une insertion pleine et entière dans la cité et le libre choix de leur mode de vie.

À distance de l'accueil en établissement comme du logement dans sa famille ou dans un habitat ordinaire totalement autonome, cette offre fait partie des éléments permettant de diversifier l'offre et ainsi d'élargir la palette des choix offerts aux personnes en situation de handicap.

Ces formes d'habitat, plus souples et plus économiques, qui apportent une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l'hébergement en institution, sont l'une des modalités majeures de réponse aux problèmes d'offre médico-sociale en France.

La réponse en termes de logement constitue en outre, avec l'emploi, une réponse essentielle aux attentes et aux besoins de vie et d'insertion sociale, enjeu également partagé par les volets spécifiques consacrés aux situations de polyhandicap et de handicap psychique.

La structuration de la démarche nationale visant à rendre visible à tous l'offre émergente afin de proposer un véritable choix de son mode d'habiter pour les personnes en situation de handicap est un des leviers de son développement. Une connaissance fine des besoins au plus proche des personnes concernées dans les territoires en est un second.

Ainsi la mesure 4 de la démarche nationale prévoit d'établir le diagnostic des besoins des personnes handicapées accompagnées par un établissement médico-social qui souhaiteraient accéder à des formes d'habitat inclusif.

Dans ce contexte, le CPOM est l'instrument privilégié pour demander à ces établissements, plus particulièrement en FAM, foyer d'hébergement ou foyers de vie, d'identifier, notamment *via* l'examen du projet de vie des personnes qu'ils hébergent, celles qui expriment le souhait, ou sont les plus à même, de se voir proposer d'évoluer vers un mode d'habitat inclusif.

Le CPOM constitue également un instrument privilégié pour inciter les établissements médico-sociaux à s'interroger sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vers le logement autonome. Ce passage n'est souvent possible que très progressivement et nécessite des actions temporaires d'accompagnement dont l'objectif est de permettre, dans le cadre d'un logement de transition, l'évaluation de la personne handicapée psychique et son apprentissage de la vie en autonomie.

4. La stratégie nationale de soutien aux aidants

Plus de 8 millions d'aidants accompagnent des personnes concernées par la maladie, le handicap ou la perte d'autonomie liée à l'âge, par une aide financières, un soutien moral ou une aide dans la vie quotidienne. Ces aidants, membres de la famille le plus souvent, ou amis des personnes qu'ils aident, jouent un rôle essentiel dans leur soutien à domicile, leur vie en milieu ordinaire, leur

inclusion sociale. L'enjeu de leur reconnaissance et de leur soutien est essentiel à la fois pour leur permettre de continuer de jouer ce rôle et d'autre part pour limiter ses répercussions négatives sur leur santé, leur qualité de vie, leur vie professionnelle et personnelle.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a jugé indispensable de formaliser une stratégie nationale de soutien et d'accompagnement des aidants de personnes en situation de handicap, mettant en lumière des actions déjà engagées ou proposant de nouveaux développements pour des problématiques encore insuffisamment prises en compte.

La stratégie s'articule ainsi autour de quatre axes : 1. Repérer, informer, et conseiller les aidants ; 2. Former et soutenir les aidants ; 3. Reconnaître le rôle et l'expertise des aidants ; 4. Structurer une offre de répit adaptée.

L'axe 2 prévoit notamment de « faire de chaque établissement et service social ou médico-social un acteur du soutien aux aidants » (action 12).

L'ANESM a publié en 2014 une recommandation de bonnes pratiques professionnelles¹ « Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile » qui peut très utilement être utilisée par tous les ESMS, même s'ils ne sont pas directement visés par cette recommandation, pour prendre ou mieux prendre en compte les aidants des personnes qu'ils accueillent et accompagnent.

Vous veillerez, dans le cadre des CPOM, à encourager cette prise en compte, qui peut notamment porter sur :

- la reconnaissance des liens, de l'expertise et de la place des aidants et de l'accompagnement qu'ils assurent ;
- la recherche de cohérence et la coordination entre les interventions des aidants et celles des professionnels ;
- le soutien que l'ESMS et ses professionnels sont susceptibles d'apporter aux aidants.

Vous veillerez également à faire du CPOM un levier pour développer, diversifier, optimiser, améliorer l'offre d'accueil temporaire des personnes en situation de handicap qui peut apporter du répit à leurs aidants. Dans ce cadre vous encouragerez les gestionnaires à :

- participer à l'amélioration de la connaissance et du recours à l'offre, par exemple en organisant la gestion des places essayées en « grappes » ;
- contribuer au développement de l'offre d'accueil temporaire ;
- développer des actions de formation des professionnels sur ce mode d'accompagnement spécifique, différent de celui mis en œuvre dans le cadre de l'accueil permanent ;
- élaborer des projets de service spécifique à ce mode d'accueil.

5. Les autres mesures du CIH en faveur de l'inclusion sociale

Avec l'accès au logement, l'accès à l'emploi, constitue un levier fondamental de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap. Ces dernières doivent par ailleurs, comme tout un chacun, pouvoir accéder à la culture, pratiquer un sport, partir en vacances, choisir ses loisirs.

5.1. L'accès et le maintien dans l'emploi

S'agissant de l'emploi des personnes handicapées, leur taux de chômage est environ le double de celui de l'ensemble de la population et la demande d'accès à l'emploi de droit commun, le travail constituant un élément important de la reconnaissance sociale favorisant la réadaptation et l'inclusion sociale. Il est en conséquence nécessaire de développer des environnements professionnels adaptés aux besoins spécifiques des personnes concernées que ce soit en milieu ordinaire de travail ou en milieu de travail protégé et/ou adapté.

Pour ce qui concerne le parcours professionnel en milieu de travail ordinaire, le dispositif d'emploi accompagné, désormais introduit dans le code du travail par l'article 52 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels permettra de sécuriser et de fluidifier le parcours professionnel des personnes - notamment celles en situation de handicap psychique - vers et dans le milieu ordinaire de travail en leur garantissant, ainsi qu'à leur employeur, à tout moment du parcours professionnel, un accompagnement sur mesure et au long cours. Le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés liste les ESMS qui peuvent participer à un dispositif d'emploi

¹ <http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article863>

accompagné. Le CPOM peut être un moyen pertinent de contractualisation entre l'ARS et ces établissements s'engageant dans l'emploi accompagné. Ce dispositif fera prochainement l'objet d'une instruction spécifique.

En amont du parcours professionnel en milieu ordinaire de travail, tout doit être également mis en œuvre pour faire du parcours professionnel en entreprise adaptée (EA) ou en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) un véritable accompagnement vers le milieu ordinaire de travail, en créant des passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire de travail.

À cette fin, le CPOM est un outil à privilégier pour faire en sorte que les ESAT prennent mieux en compte les spécificités des publics qu'ils accueillent, en proposant des ateliers ou activités adaptés aux différentes natures de handicap, et pour favoriser l'accompagnement des personnes vers la mobilité externe lorsqu'elles peuvent et souhaitent intégrer le milieu de travail ordinaire.

De même, les ESMS accompagnants des adolescents en situation de handicap ont pour mission de développer l'insertion des jeunes dans les différents domaines de la vie. Ils ont notamment pour objectif la formation générale et professionnelle de ces jeunes. En fonction des acquisitions des jeunes et de leurs projets, les actions conduites permettent notamment de développer des compétences en termes d'accès à l'autonomie, de se former à un métier, de réaliser des stages. Dans une logique de parcours, ces établissements préparent la sortie des jeunes, ce qui passe notamment par la mobilisation des structures et dispositifs existants et notamment d'accès à l'emploi ; ils assurent l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle après la sortie (dans la limite de 3 années). Vous serez vigilant, dans le cadre des CPOM, à ce que les projets de ces établissements proposent un accompagnement construit de la préparation et de l'accompagnement de l'accès à l'emploi en milieu ordinaire.

5.2. Le développement de l'offre d'activités physiques et sportives

Le développement de la pratique sportive s'inscrit dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il constitue un levier essentiel pour soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale.

Le comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 a rappelé parmi les mesures retenues, la nécessité de développer l'offre d'activités physiques et sportives dans les établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées et que celle-ci soit systématiquement inscrite dans les projets d'établissements ou de services.

Le CPOM constitue un outil privilégié pour engager les établissements à développer les pratiques et les partenariats à la fois pour la pratique des activités physiques et sportives (avec des équipements communaux, un centre social ou socio-culturel..) et en vue d'obtenir un soutien à la mise en œuvre de ces activités (financements, mise à disposition d'infrastructures sportives, de personnel encadrant...), par le conventionnement avec des partenaires institutionnels (ARS, DRJSCS, collectivités territoriales, centre national de développement du sport...).

L'enjeu de cette mesure est de permettre au plus grand nombre de personnes en situation de handicap d'accéder à la pratique de son choix, dans un objectif thérapeutique, de loisir et d'inclusion sociale, en leur donnant la possibilité de pratiquer des activités physiques et sportives dans et/ou hors de l'établissement ou du service, en privilégiant leur accueil au sein de clubs accueillant les personnes valides.

5.3. Le développement de l'offre culturelle, de loisirs et de vacances

Les personnes handicapées doivent pouvoir bénéficier d'une offre culturelle diversifiée, voire d'en être partie prenante. Cela demande notamment aux établissements médico-sociaux qui les accueillent de développer des partenariats (associations et lieux culturels ou artistiques, etc.) ou de nouvelles activités (théâtre, chant, travail de la terre, etc.) qui permettent d'ouvrir la perspective et d'offrir aux personnes en situation de handicap, quelle que soit leur situation, un accès à la culture, en ouvrant également l'établissement vers l'extérieur et en favorisant les échanges.

Les personnes handicapées, comme leurs familles, aspirent également à des formules de vacances diversifiées, associant notamment les personnes handi/valides, qui peuvent notamment permettre à la personne handicapée de partager des temps de loisirs et des temps partagés, en particulier avec ses aidants, sa famille ou ses amis, dans le cadre de projets individuels.

Les séjours VAO (vacances adaptées organisées), qui sont spécifiquement et exclusivement destinés à des groupes constitués de personnes handicapées majeures, ne permettent pas de répondre à cette demande. Ils ne constituent par ailleurs qu'une solution pour partir en vacances à titre collectif.

La loi du 28 décembre 2016 d'adaptation de la société au vieillissement apporte une première réponse en instaurant la possibilité, pour les établissements médico-sociaux, concomitamment à

l'hébergement temporaire des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, de proposer un séjour de répit pour leurs proches (article L. 312-1 VI du CASF).

Il s'agit là d'une première avancée, encore loin de prendre en considération l'intégralité des besoins et des demandes des personnes en situation de handicap.

La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale annoncée lors du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 prend en compte cette problématique et prévoit d'amorcer prochainement des travaux qui permettront notamment la diffusion des bonnes pratiques identifiées dans le cadre des séjours de vacances qui sont organisés sous la responsabilité du directeur, par les établissements médico-sociaux qui accueillent à titre habituel des personnes en situation de handicap (dits « transferts »), dans le cadre des dispositions de l'article L. 312-1 - VI du code de l'action sociale et des familles et d'identifier et lever les freins à l'organisation de ce type de séjours.

Le CPOM doit permettre aux établissements d'affiner la réponse qu'ils apportent en termes d'accès à la culture, aux loisirs et aux vacances aux personnes en situation de handicap qu'ils hébergent.

ANNEXE 7

ARTICULATION DU CAHIER DES CHARGES DES CPOM ET DU DÉCRET RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES MINIMALES DES EHPAD

