

CPOM & EPRD

Ça change quoi ? Où trouver des modèles et documents types ?

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Contexte..... | 3 |
| Adieu convention tripartite, bonjour CPOM & EPRD | 3 |
| Ci-dessous les 4 changements principaux..... | 4 |
| Simplification pour les groupes | 4 |
| Un forfait global de soins modulable..... | 4 |
| La pluriannualité budgétaire..... | 4 |
| Fin du 70-30 pour les AS et AMP | 5 |
| 85 % des EHPAD seraient gagnants | 5 |
| Analyse..... | 6 |
| Mise en place du CPOM, les étapes clés..... | 7 |
| 01 - Définissez le périmètre du CPOM..... | 8 |
| 02 - Identifiez un dénominateur commun..... | 8 |
| 03 – Construisez un bon relationnel avec l'ARS et le conseil départemental | 8 |
| 04 - Réunissez un comité de pilotage en interne | 9 |
| 05 - Auditez & diagnostiquez..... | 9 |
| 06 - Définissez les objectifs | 9 |
| 07 - Etablissez le budget | 9 |
| 08 - Rédigez, négociez et signez le contrat..... | 10 |
| La mise en application...une autre affaire..... | 11 |
| Les documents types et modèles disponibles..... | 12 |

Contexte

En guise de cadeau de Noël 2016, sous le sapin des établissements médico-sociaux, sont parus par décret les nouvelles dispositions financières applicables.

Votre convention tripartite arrive à échéance ? Tenez-vous bien, elle ne sera pas renouvelée !

Mais alors que va-t-il se passer, qu'est-ce qui va la remplacer ?

Bienvenue au CPOM & EPRD : **C**ontrat **P**luriannuel d'**O**bjectifs et de **M**oyens & **É**tat **P**révisionnel des **R**ecettes et des **D**épenses.

Plusieurs articles sur Gerontonews.com détaillent très bien l'historique de cette réforme : ^[1]

"CPOM en Ehpad : long is the road !" et "Tarification des Ehpad : le détail des nouvelles modalités"

Les premiers éléments datent de la Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale puis celle d'Adaptation de la Société au Vieillessement en décembre 2015 ^[2]

Très bien mais nous n'avons pas tous Légifrance sur notre table de chevet, ni un expert pouvant nous détailler ce qu'implique cette réforme. Tout cela prendrait trop de place sur votre chevet.

Retrouvez nos manches, en lisant cet article vous allez pouvoir briller en soirée grâce à un rapide état des lieux des CPOM et EPRD.

Plus sérieusement, cet article a pour objectif de débroussailler le contexte, les méthodes de mise en œuvre et "cerise sur le gâteau" vous proposer quelques modèles et documentations.

Adieu convention tripartite, bonjour CPOM & EPRD

L'obligation de passer aux CPOM est toute récente, cependant il était possible d'en signer depuis plusieurs années, mais les candidats ne se bouscuaient pas.

Si la réforme de la tarification doit s'appliquer à partir du 1er janvier 2017, sa montée en charge sera progressive pendant sept ans, jusqu'à ce que tous les Ehpad perçoivent la totalité de leur forfait global soins, et ce, même s'ils n'ont pas encore signé leur CPOM.

Ce nouveau contrat doit d'ici 2021 venir remplacer environ 6 000 conventions tripartites.

Le but principal est de simplifier la contractualisation en réorganisant les relations avec les conseils départementaux et les agences régionales de santé (ARS).

C'est obligatoire ! Tout Ehpad qui n'aurait pas signé son CPOM à l'horizon 2021 (fin de la montée en charge) verra son forfait soins annuel minoré de 1 à 5 % la 1ère année et 5 à 10% les suivantes.

Le Journal officiel du 23 décembre 2016 a publié :

- Un décret ^[3] modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, dont les Ehpad.
- Un décret ^[4] relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et au tarif hébergement, englobant aussi les mesures sur les sanctions financières en cas de refus du CPOM de la part du gestionnaire d'Ehpad.



Comme le résume le décret relatif aux principes généraux de la réforme, les prestations fournies par les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes sont financées par :

- Un forfait global relatif aux soins "correspondant aux soins et prestations délivrés aux résidents affiliés à un régime obligatoire de base de sécurité sociale, auquel s'ajoutent les tarifs journaliers correspondant aux soins et prestations délivrés aux autres résidents"
- Un forfait global relatif à la dépendance, "versé par le département d'implantation de l'établissement", auquel "s'ajoutent les tarifs journaliers afférents à la dépendance acquittés par les autres départements [...], les participations acquittées par les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] ainsi que les tarifs journaliers acquittés par les résidents non bénéficiaires de cette allocation"
- Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement qui couvrent les charges correspondant, au minimum, à la liste des prestations minimales.

Ci-dessous les 4 changements principaux

Simplification pour les groupes

Pour tous les groupes d'EHPAD, le changement est majeur et simplifie déjà une chose, au lieu de signer 10 conventions tripartites pour 10 Ehpads, un seul CPOM viendra s'y substituer. Un CPOM qui pourra être conclu dans un cadre départemental voire régional permettra de mutualiser les moyens sur un nombre important d'Ehpads et/ou de services.

Un forfait global de soins modulable

Le forfait global de soins est désormais modulable en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité autorisée et financée d'hébergement permanent de l'établissement.

L'activité est mesurée par le taux d'occupation de l'établissement, calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée de places d'hébergement permanent, multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement.

L'évaluation de la perte d'autonomie, et du besoin en soins requis, prise en compte pour la détermination annuelle du forfait global relatif à la dépendance et du forfait global de soins est celle relevée dans la plus récente des évaluations, validées au plus tard le 30 juin de l'année précédente.

La pluriannualité budgétaire

L'autre changement important concerne, lui, tous les établissements, y compris Indépendants et autonomes.

Avec la mise en œuvre du principe de pluriannualité budgétaire. Les conventions tripartites l'étaient aussi, certes. Mais les engagements budgétaires des financeurs demeuraient en fait annuels.

Avec le CPOM, adieu la négociation budgétaire annuelle ! D'un système de pilotage par les dépenses, on passe à un pilotage par les ressources sur 5 ans.

En Mars 2016 EHPA presse expliquait cette nouvelle logique sur deux axes ^[5] :



Sur le soin, par exemple, votre activité et vos GMP et PMP définissent la dotation GMPS à laquelle vous avez droit. Ainsi, au début de chaque exercice, le gestionnaire reçoit son arrêté de tarification, basé sur cette dotation. Il transmet alors à l'ARS et au Conseil Départemental son EPRD – État Prévisionnel des Ressources et des Dépenses – qui détaille comment il compte utiliser ces crédits.

À la fin de l'exercice il transmet l'ERRD – État Réalisé des Recettes et des Dépenses – de l'établissement ou de l'ensemble d'établissements. Ce document comptable est proche du compte d'emploi car il détaille comment les ressources ont été utilisées au cours de l'année. Mais le grand changement réside dans l'affectation du résultat : les excédents peuvent être affectés librement par le gestionnaire, quel que soit son statut et ne seront plus repris par l'ARS et le Conseil départemental... et les déficits non plus !

Fin du 70-30 pour les AS et AMP

La répartition fixe du financement des aides-soignants (AS) et des aides médico-psychologiques (AMP) -70 % à la charge de l'assurance maladie et 30 % à la charge du département- disparaît avec la réforme. Suite au "Grand zapping" annuel du Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa), organisé le 8 décembre à Paris, là aussi Gerontonews livre un article complet ^[6].

La réforme supprime la répartition fixe des charges entre ARS et départements pour le financement des postes d'aides-soignants (AS) et d'aides médico-psychologiques (AMP). De quoi supprimer, aussi, un frein à l'embauche de ces personnels.

85 % des EHPAD seraient gagnants

Toujours lors de cette journée du 8 décembre 2016 organisée par le Synerpa à Paris, Cécile Lambert, sous-directrice des affaires financières à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), indique qu'avec cette réforme, le processus de tarification était inversé par rapport à aujourd'hui puisqu'on va d'abord notifier sa ressource à l'établissement sur la base d'une équation tarifaire et, avec cette ressource, l'établissement va construire son état prévisionnel de recettes et de dépenses qui sera approuvé de manière tacite par les autorités de tarification".

Elle a promis que "85 % des établissements" allaient être "bénéficiaires de cette réforme" en voyant "leurs ressources augmenter", puisqu'aujourd'hui, "85 % des établissements sont en dessous du plafond de tarification".

La représentante de la DGCS a aussi rappelé que les crédits de médicalisation pouvaient être versés même si le CPOM n'est pas encore signé, ce n'était pas le cas dans le cadre des conventions tripartites.



Analyse

Le groupe de travail sur la tarification des EHPAD réunissait plusieurs interlocuteurs sur le sujet en avril 2016 ^[7]

Le directeur de la Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (Fnaqpa), Didier Sapy, a prévenu que "le problème n'est pas l'outil lui-même mais l'utilisation qui va en être faite". Le CPOM est "un outil de liberté et de responsabilisation du gestionnaire", qui appelle "un dialogue de gestion avec les autorités permettant aux établissements de retrouver des marges de manœuvre, une capacité à innover", avec une "confiance a priori et un contrôle a posteriori", a-t-il insisté.

Nous ne sommes donc plus dans une logique de "contrôle subjectif a priori" mais de "pilotage objectif a priori et contrôle a posteriori".

Les autorités de tarification n'ont pas à autoriser les budgets, ils en prennent simplement connaissance. En cas de difficultés financières, l'ARS ou le Conseil Départemental conseillera le gestionnaire pour optimiser l'usage de ses ressources et assurer la bonne gestion de son ou ses établissements. Les partenaires retrouvent ainsi leur rôle d'accompagnement et le gestionnaire gagne en visibilité, en liberté de gestion mais également en responsabilités. Voilà en tout cas l'objectif affiché.

En cas de résistance, le forfait global de soins alloué par l'agence régionale de santé (ARS) est minoré "à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté de 1 à 5 % la 1ère année et 5 à 10% les suivantes, dans des conditions fixées par décret".



Mise en place du CPOM, les étapes clés

Claire Beziau et Valérie Lespez, Journalistes, ont rédigé un article suite à la journée du 29 mars 2016 lors des Assises des Ehpad, organisées à Paris par EHPA Presse dans lequel Katy Giraud, consultante au cabinet Advisoria, et Anna Kuhn-Lafont, consultante pour la société EHPA Presse, ont ciblé neuf étapes clés pour réussir ce changement. ^[8]

Ci-dessous une synthèse de ces étapes qui sont ensuite développées.

1. Définissez le périmètre du CPOM
 - Établissement indépendant ou plusieurs structures ?
 - Audit sur chaque établissement : nombre de places autorisées et installées ?
2. Identifiez un dénominateur commun
 - Quel montage juridique ?
 - Recours à un GCSMS ?
3. Construisez un bon relationnel avec l'ARS et le conseil départemental
 - Mettez le périmètre à plat et informez de la démarche
 - Adhésion de leur part ?
4. Réunissez un comité de pilotage en interne
 - Si multi-établissements, impliquez les directions jusqu'à la signature du CPOM.
5. Auditez & diagnostiquez
 - Réalisez un bilan. Si mono-établissement, cf. objectifs de la dernière convention tripartite
 - Appuyez-vous sur les évaluations internes-externes
 - Après validation en comité de pilotage interne, partagez avec les tutelles
6. Définissez les objectifs
 - Dépassez la réalisation du projet d'établissement ou du livret d'accueil
 - Structurez la démarche qualité
 - Appliquez une méthode participative avec les équipes
 - Sur la forme de "fiches objectifs" assez classiques
 - Ils peuvent toucher un seul Ehpad ou être transversaux
7. Établissez le budget
 - Sur la section soins, soyez attentif à la revalorisation des GMP et PMP
 - Pour les Ehpad commerciaux, qui ne dépendent pas du conseil départemental sur leur section hébergement : partir du compte administratif pour définir le budget de base
 - Ajouter à ce compte les financements complémentaires prévus par la dotation soins
 - Mutualisez les dotations auxquelles auront droit les structures par sections tarifaires dans le cas du CPOM pluri-Ehpad

8. Rédigez, négociez et signez le contrat
 - Décrivez les objectifs stratégiques et opérationnels déclinés pour un ou plusieurs établissements
 - Définissez les moyens
 - Refixez le calcul des enveloppes, sur quel PMP et GMP on se base ?
 - Comment sont déclinées les différentes dotations ?
 - Définissez dans une clause du CPOM les moments de rencontre dans le cadre du dialogue de gestion

9. Faites vivre le CPOM
 - Mettez en place des indicateurs autour du CPOM
 - Tenez les tableaux de bord et les budgets chaque année, vous aurez une meilleure visibilité sur les objectifs et les crédits

Ci-dessous chaque étape détaillée

01 - Définissez le périmètre du CPOM

Il peut être signé sur plusieurs structures, de différents types, par exemple entre un Ehpad et un SSIAD, et au sein d'une même région. Dans le cas d'un contrat multi-établissement, définissez les zones englobées par le contrat "en fonction des besoins, des complémentarités entre les structures, de leurs projets en cours [...] faites un audit, sur chaque établissement concerné, sur le nombre de places autorisées et installées, car il peut y avoir des surprises".

02 - Identifiez un dénominateur commun

Concernant les "Multi-établissements" Katy Giraud a recensé "beaucoup de gestionnaires" dont les établissements relèvent d'un modèle juridique hétérogène, chaque structure "étant une société à part entière détenant l'autorisation d'exploitation". La consultante conseille de se pencher sur le montage juridique car le CPOM est signé "entre un seul gestionnaire et les tutelles". Par exemple, juridiquement parlant, se baser sur une société holding au-dessus de tous les établissements concernés.

Autre solution, le recours à un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Mais attention à l'opérationnel : "Il est déjà dur de mutualiser une lingerie, une pharmacie ou un poste, donc confier à ce groupement la gestion d'un CPOM n'est pas encore pour tout le monde", alerte Katy Giraud. Enfin, les gestionnaires peuvent "transférer des autorisations", en lien avec les partenaires.

03 – Construisez un bon relationnel avec l'ARS et le conseil départemental

L'élaboration d'un CPOM nécessite dès le début "une communication fluide avec les tutelles". Contactez-les pour mettre le périmètre à plat et les informer de la démarche. Assurez-vous de leur adhésion dès le départ, sachant que les autorités ne sont pas forcément encore de leur côté formées et "prêtes" à assurer un tel accompagnement...

L'avenir permettra peut-être de faire apparaître "un cadre national, et une procédure claire définie par région", selon les consultantes.

04 - Réunissez un comité de pilotage en interne

Hors négociation avec les autorités de tarification, il est conseillé, notamment dans le cas d'un contrat multi-établissements, d'impliquer les directions de toutes les structures concernées sur l'élaboration, jusqu'à la signature du CPOM.

Katy Giraud alerte sur les "fantasmes" de certains directeurs, notamment sur la question de la mutualisation : "Certains pensent que le CPOM va permettre de réaliser un GMP et un PMP global, à l'échelle du périmètre du contrat !" Dès lors, "le comité de pilotage doit bien réexpliquer les principes généraux".

05 - Auditez & diagnostiquez

Avant de négocier des moyens, réalisez un bilan. Pour un CPOM mono-établissement, il suffit de se retourner sur les objectifs fixés dans la dernière convention tripartite. Ont-ils été réalisés et si non pourquoi ?

N'hésitez pas à vous appuyer ensuite sur les évaluations internes-externes : s'agissant d'un CPOM "multi-établissements", les consultantes préconisent de comparer les différents rapports d'évaluation pour avoir une vision "transversale", qu'il s'agisse des points à travailler ou des atouts de chaque Ehpad, et tout en gardant bien "les spécificités" de chaque structure.

Le diagnostic se fait aussi sur les capacités installées, notamment sur les dispositifs particuliers que constituent les places en accueil de jour et en hébergement temporaire.

Katy Giraud souligne l'avantage "de ne pas avoir de modèle de diagnostic type", même si "tout converge vers les indicateurs de l'Anap" (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux). Une telle situation "permet de réaliser un diagnostic aussi large que le souhaitent les gestionnaires".

Après validation du diagnostic en comité de pilotage interne, vous n'avez plus qu'à le partager avec les tutelles. "C'est le moment de leur demander leur avis, car les objectifs ne pourront être définis que si le diagnostic a bien été entendu", précise Katy Giraud.

06 - Définissez les objectifs

Ces objectifs seront "plus ambitieux" que ceux des conventions tripartites "à bout de souffle et standardisées dans certains départements", selon la consultante. Le CPOM doit aussi dans l'idéal "dépasser la réalisation du projet d'établissement ou du livret d'accueil". Il peut être l'occasion de structurer la démarche qualité, intégrant une vraie méthode participative avec les équipes.

Dans le cadre de la fameuse "ouverture sur le territoire", les partenaires institutionnels attendent l'intégration des structures dans un vrai parcours, au-delà de la convention signée avec l'hôpital voisin. Sur la forme, on est sur des "fiches objectifs" assez classiques. Ils peuvent toucher un seul Ehpad ou être transversaux.

07 - Établissez le budget

Sur la section soins, il faudra être attentif à la revalorisation des GMP et PMP, car ce sont eux qui définiront les dotations automatiques (versées au plafond de l'équation GMPS d'ici à 2024).

Anna Kuhn-Lafont est aussi revenue sur le cas des Ehpad commerciaux, "qui ne dépendent pas du conseil départemental sur leur section hébergement".



Une recommandation en attendant, "partir du compte administratif pour définir le budget de base : le CPOM est l'occasion de ne plus traîner un déficit structurel et un budget qui ne ressemble pas du tout au budget réel de l'Ehpad", poursuit-elle.

Ajouter à ce compte d'éventuels financements complémentaires prévus par la dotation soins. L'objectif est aussi "de mutualiser les dotations auxquelles auront droit les structures par sections tarifaires dans le cas du CPOM pluri-Ehpad", ajoute la consultante EHPA.

08 - Rédigez, négociez et signez le contrat

Les autorités de tarification opposent parfois aux gestionnaires le fait qu'elles "attendent un modèle de CPOM", sourit Katy Giraud, qui souligne que de tels contrats existent déjà bel et bien dans le secteur du handicap depuis plusieurs années.... "Comme tout contrat, on va décrire les objectifs stratégiques et opérationnels déclinés pour un ou plusieurs établissements, et définir les moyens".

Le nouveau contrat est aussi l'occasion de "refixer le calcul des enveloppes, définir de quel PMP et GMP on part, comment sont déclinées les différentes dotations", les pratiques différant d'un département à l'autre.

Enfin, il est conseillé de définir clairement dans une clause du CPOM les moments de rencontre dans le cadre du dialogue de gestion, "étant donné que les procédures budgétaires prévisionnelles disparaissent". Ces contacts varient, "du coup de fil de 20 minutes si tout va bien à la réunion annuelle formelle de quatre heures" selon Katy Giraud. Ils peuvent aussi intervenir tous les deux ans ou encore à mi-CPOM.

09 - Faites vivre le CPOM

Une fois le contrat signé, le gestionnaire doit être discipliné... soulignent les intervenantes : "C'est le moment de mettre en place des indicateurs autour du CPOM, le risque étant de ne plus tenir les tableaux de bord et les budgets chaque année, et donc d'avoir moins de visibilité sur les objectifs et les crédits", explique Katy Giraud.

Surtout dans le cadre d'un CPOM multi-établissements, car "le rôle de 'gendarmes', précédemment tenu par l'ARS et le conseil départemental, va désormais devoir être assumé par le gestionnaire", continue la consultante. Et de préconiser la mise en place "en interne, d'outils ressemblant aux budgets prévisionnels": charge ensuite au gestionnaire de les faire remplir aux directeurs des structures concernées.

En somme, le CPOM "n'est pas un long fleuve tranquille". Une fois signé, "il faut continuer à être rigoureux", ont conclu les consultantes.

La mise en application...une autre affaire

Bon, cet article décrit cette réforme sous un aspect plutôt positif, malheureusement nous ne sommes pas dans le monde des Bisounours.

Le flou demeure, notamment sur la façon dont les conseils départementaux vont appliquer la réforme.

Toujours lors de cette journée du 8 décembre 2016 organisée par le Synerpa à Paris, Cécile Lambert, sous-directrice des affaires financières à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a expliqué que, pour accompagner ces tutelles, des formations étaient organisées avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et le Centre national de formation des fonctionnaires territoriaux, financées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). ^[9]

Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale du Synerpa a remarqué que cette réforme était, certes, "impactante" sur le soin, mais "cela fait des années que l'on fonctionne avec une équation tarifaire sur le soin". En revanche, "sur la dépendance, on n'a jamais fonctionné par le biais d'une équation tarifaire. Donc, le gros enjeu de cette réforme, c'est comment les départements, vont en 15 jours [...], calculer leur valeur du point GIR départemental" et gérer le fait qu'il est désormais possible de signer des CPOM interdépartementaux.

On est quand même dans un entre-deux qui va être difficile à gérer.

La directrice du secteur social et médico-social de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), Adeline Leberche a rappelé

"Pour certains secteurs, ça fait quand même 10 ans qu'on signe des CPOM ! Il y a 44 % des établissements du champ du handicap qui sont couverts par un CPOM aujourd'hui. Ce n'est certainement pas une nouveauté pour les ARS ; pour certains départements peut-être mais pas tous".

Cela dit, Willy Siret, Directeur Général délégué aux opérations du groupe Le Noble Age a prôné "la souplesse" en la matière, "c'est-à-dire laisser la capacité à l'agence, aux départements, aux opérateurs d'arbitrer sur le bon territoire".

Même son de cloche chez Orpea, où Véronique Vinsonneau a plaidé également pour cette "souplesse" au regard du "calendrier ambitieux de mise en place de ces CPOM".

"Si on n'est pas souple, on risque d'emboliser complètement le dispositif", a-t-elle prévenu. "Ce sont peut-être des avenants au CPOM simplifié qu'il faut envisager pour, peut-être, permettre de faire adhérer les départements...", a-t-elle proposé.



Les documents types et modèles disponibles

Ci-dessous le travail réalisé par l'ARS d'Occitanie qui propose plusieurs modèles et documents types : ^[10]

Le Document d'Analyse et de Diagnostic (D.A.D.)

[http://www.ars.occitanie.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/6 Acteurs en sante/Ets services medicosociaux/CPOM/cpom_ARS_DAD Juil let 2013.pdf](http://www.ars.occitanie.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/6_Acteurs_en_sante/Ets_services_medicosociaux/CPOM/cpom_ARS_DAD_Juil_let_2013.pdf)

Ce document doit permettre de connaître l'ensemble des points forts et des points faibles de l'association contractante dans les secteurs importants de son activité (Organisation-Gouvernance, Droit des Usagers, Ressources Humaines, Situation budgétaire et Financière, Partenariat-Réseaux).

Il fixe les objectifs d'amélioration pour les 5 prochaines années et distingue un nombre réduit mais important d'objectifs dits prioritaires.

Le modèle CPOM type :

[http://www.ars.occitanie.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/6 Acteurs en sante/Ets services medicosociaux/CPOM/cpom_ARS_DAD Juil let 2013.pdf](http://www.ars.occitanie.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/6_Acteurs_en_sante/Ets_services_medicosociaux/CPOM/cpom_ARS_DAD_Juil_let_2013.pdf)

C'est l'outil contractuel dans lesquels les 2 parties s'engagent sur les points importants en matière budgétaire (taux d'actualisation, affectation des résultats...) mais aussi en matière d'objectifs à atteindre.

L'annexe 1 :

[http://www.ars.occitanie.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/6 Acteurs en sante/Ets services medicosociaux/CPOM/Modele annexe 1 CPOM type.xls](http://www.ars.occitanie.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/6_Acteurs_en_sante/Ets_services_medicosociaux/CPOM/Modele_annexe_1_CPOM_type.xls)

Ce document, présenté sous forme de tableau, permet de décliner les établissements composant l'association contractante et de reprendre pour chacun de ces établissements, les chiffres clefs.

Nicolas PISTORIO

Directeur de l'offre chez Teranga Software

Pour suivre plus d'actualités, abonnez-vous !



SOURCES & remerciements :

¹ Article Gerontonews "CPOM en Ehpad : long is the road !"
<http://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ6OJPRDK>
et "Tarification des Ehpad: le détail des nouvelles modalités"
<http://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ9OJ5YKZ>

Merci à Gerontonews ayant rédigé plus d'une dizaine d'article sur le sujet CPOM & EPRD.
Nous ayant permis de vous proposer cette information.

² <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-veillissement>
Et <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>
et http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/04/cir_40841.pdf

³ Décret modifiant les dispositions financières applicables
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3F67D68AFB52A2A4B943308835C5C070.tpdila19v_1?cidTexte=JORFTEXT000033674725&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCO NT000033670460

⁴ Décret relatif aux principes généraux de la tarification
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3F67D68AFB52A2A4B943308835C5C070.tpdila19v_1?cidTexte=JORFTEXT000033670895&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCO NT000033670460

⁵ Mars 2016 un article d'EHPA presse expliquant la nouvelle logique budgétaire sur deux axes
<http://www.ehpa.fr/actualite/cpom-eprd-8-lettres-qui-vont-changer-la-face-des-ehpad/>

⁶ Fin du 70-30 pour les AS et AMP
http://www.gerontonews.com/Fin-du-70-30-plus-de-facilites-pour-embaucher-des-AS-et-des-AMPIJ-NS_CZ1OI8GR3.html

⁷ Groupe de travail tarification des EHPAD d'avril 2016
http://www.gerontonews.com/le-groupe-de-travail-sur-la-tarification-des-Ehpad-NS_CZ3NH1KLG.html

⁸ Neuf étapes clés pour réussir son CPOM <http://www.gerontonews.com/story.php?story=CZ4O53WCQ>

⁹ Article "Tarification des Ehpad: l'inconnue des départements"
<http://www.synerpa.fr/364-tarification-des-ehpad-l-inconnue-des-departements-2.html>

¹⁰ Le CPOM type médico-social de l'ARS Languedoc-Roussillon
<http://www.ars.occitanie.sante.fr/Le-CPOM-type-medico-social-de.154494.0.html>

