

Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social

Guide méthodologique d'appui à la contractualisation

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Axelle Pruvot

axelle.pruvot@anap.fr

Pauline Pichereau

pauline.pichereau@anap.fr

Jacques-Henri Veyron

jacques-henri.veyron@anap.fr

Résumé

Dans le cadre de la réforme de la contractualisation, en 2022, près de 20 000 établissements et services médico-sociaux auront signé puis mis en œuvre des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette publication vise à aider à la compréhension des enjeux de la contractualisation, à apporter des éléments de méthodologie dans la conduite d'une démarche de négociation et de mise en œuvre opérationnelle des CPOM.

Elle s'adresse à tous les acteurs qui s'engageront dans la contractualisation, qu'il s'agisse des professionnels au sein des agences régionales de santé et des conseils départementaux, ou au sein des organismes gestionnaires et des établissements et services du secteur médico-social.

- La première partie du guide est consacrée aux enjeux de la contractualisation. Elle a pour ambition de permettre une meilleure appréhension de l'impact que peut avoir cette démarche sur la structuration et le fonctionnement du secteur médico-social;
- La deuxième partie présente les différentes étapes de la méthode de contractualisation. Elle a pour objectif de rappeler aux acteurs chacune des étapes de la démarche, d'identifier des préconisations et de flécher vers des outils permettant de faciliter les travaux menés;
- Ce guide méthodologique d'appui à la contractualisation s'accompagne d'outils pratiques, d'une annexe relative à l'état des lieux de la contractualisation, ainsi que d'une annexe consacrée aux retours d'expériences de gestionnaires, notamment quant à la signature de leur CPOM.

Mots-clés : contractualisation, convention tripartite, CPOM, établissements et services médico-sociaux, personnes âgées, personnes handicapées, agence régionale de santé, conseil départemental, organisme gestionnaire.

Abstract

3

From 2022, almost 20,000 health and social services establishments will have signed and then implemented Multi-year Target and Resource Contracts (French: CPOM). This publication is intended to aid understanding of the issues regarding contractualisation, provide information about methods used to drive such an approach and to guide establishments and administrative or supervisory bodies within the health and social services sector in commitment and operational implementation of CPOMs.

It is directed at all organisations involved that will be committed to a contractualisation approach, whether they are professionals in regional healthcare agencies and local government, or in administrative bodies and establishments and departments within the health and social services sector.

- The first part of the guide deals with the issues of contractualisation. Its aim is to provide a better understanding of the impact that this approach can have on the organisation and operation of the health and social services sector;
- The second part describes the different steps in the contractualisation method. Its purpose is to remind everyone involved of each step in the approach, identify recommendations and point out tools to facilitate the work to be done;
- This procedural support guide to contractualisation is accompanied by tools put online and downloadable from the ANAP internet site: <http://www.anap.fr>, as well as an appendix relating to the contractualisation status, and an appendix focusing on administrators' feedback, particularly about signing their CPOM.

Keywords: contractualisation, three-way agreement, CPOM, health and social services establishments and departments, elderly people, disabled people, regional healthcare agency, local government, administrative body.



Sommaire

Préface	p. 7
Introduction	p. 8
1. Les enjeux de la contractualisation	p. 12
1. L'association de l'ensemble des parties prenantes	p. 14
2. Une évolution dans la gestion des ESMS	p. 16
3. Une amélioration du parcours et de l'accompagnement des personnes sur les territoires	p. 23
4. Un changement de culture	p. 29
2. Les étapes de contractualisation	p. 34
1. Démarche et prérequis	p. 36
2. Diagnostic et négociation	p. 41
3. Mise en œuvre, suivi et renouvellement	p. 44
3. Les annexes	p. 48
Annexe 1 : Les différentes catégories juridiques de CPOM	p. 49
Annexe 2 : Les projets nationaux	p. 51
Annexe 3 : État des lieux de la contractualisation	p. 53
Annexe 4 : Retours d'expériences	p. 54
Annexe 5 : Schéma type du déroulement des campagnes budgétaires des établissements et services soumis à la présentation d'un EPRD	p. 55
Glossaire	p. 56
Remerciements	p. 58
Bibliographie	p. 60

Préface

Introduits en 2002 dans le secteur médico-social, les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) font l'objet d'une nouvelle dynamique depuis les lois n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75). Elles font des CPOM le cadre juridique de droit commun de la contractualisation sur objectifs et de la tarification, en les substituant pour l'une aux Conventions tripartites pluriannuelles (CTP) pour les EHPAD, et en les généralisant dans le secteur des personnes handicapées, pour l'autre.

Durant les cinq prochaines années, ce sont ainsi plus de 9 000 CPOM qui devront être signés par les établissements et services médico-sociaux, et leurs autorités de tarification et de contrôle, les ARS et les conseils départementaux.

L'objectif de cette généralisation des CPOM est double : donner la visibilité d'un cadre pluriannuel aux objectifs et aux financements actés par les signatures de ces contrats à l'issue d'un dialogue plus stratégique ; permettre aux groupes de conclure un contrat unique pour l'ensemble de leurs établissements auprès des autorités de tarification compétentes.

Cette relance de la contractualisation dans le secteur médico-social doit faire l'objet d'un accompagnement soutenu auprès de ces acteurs, afin d'en atteindre les objectifs : la réussite des CPOM dépend en effet largement de l'appropriation de cette démarche par ses signataires. Objet de négociation qui se veut avant tout partenarial, le CPOM permet un assouplissement des règles de gestion des établissements, notamment par son cadre pluriannuel, mais il doit aussi participer de la meilleure adaptation de l'offre aux besoins des usagers afin d'en améliorer les parcours.

Le présent guide répond ainsi à un besoin exprimé lors de l'enquête menée en 2015 sur la contractualisation : il constitue une aide à la réussite de la négociation des CPOM, un outil au service des ARS, mais aussi des autres contractants, en vue de s'approprier cette culture.

Je tiens particulièrement à saluer le travail de l'ANAP, qui a su, au moyen de concertations réunissant différents niveaux d'acteurs, développer cet outil précieux au développement des CPOM, fournissant ainsi un appui précieux à l'amélioration de la performance du secteur médico-social et de la qualité de service rendu aux personnes prises en charge.

Jean-Philippe Vinquant
Directeur général de la cohésion sociale

Introduction

1. Contexte

Créé en 2002¹, le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est un des outils de la contractualisation dans le secteur médico-social. Le décret budgétaire et comptable de 2003² et l'ordonnance de 2005³ en ont posé les fondements. Si cet outil est inspiré de ce qui a été mis en place dans le secteur sanitaire, il n'était pas initialement obligatoire dans le secteur médico-social. En effet, la loi Hôpital, patients, santé, territoires⁴ (HPST) prévoyait cette obligation au-delà d'un certain seuil défini par décret. La détermination d'un tel seuil étant complexe, le décret n'a pas été publié.

La Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a souhaité néanmoins initier une nouvelle étape pour la contractualisation dans le champ médico-social en relançant la dynamique de développement de CPOM. Celle-ci s'est notamment matérialisée au travers de la circulaire du 25 juillet 2013⁵ qui propose une méthodologie de négociation et d'élaboration de ce contrat ainsi que de suivi de son exécution.

En effet, le constat au 31 décembre 2014 (annexe 3), selon une enquête menée par l'ANAP, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), la DGCS et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁶, douze ans après la création des CPOM, était que seuls 16% des établissements et services médico-sociaux (ESMS) étaient signataires d'un CPOM, soit 3 051 des 19 031 ESMS du périmètre de l'enquête.

CHIFFRES CLÉS AU 31 DÉCEMBRE 2014

16 % des ESMS sont sous CPOM

- ▶ 33 % des ESMS PH sont sous CPOM ;
- ▶ 1,72 % des ESMS PA sont sous CPOM (majoritairement sous convention tripartite) ;
- ▶ 2,29 % des ESMS PDS (personne en difficulté spécifique) sont sous CPOM.

1 - Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

2 - Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

3 - Ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

4 - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

5 - Circulaire du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.313-11 du code de l'action sociale et des familles.

6 - Instruction N° DGCS/SC/CNSA/SG/2015/53 du 23 février 2015 concernant l'enquête relative aux pratiques et outils de contractualisation dans le secteur médico-social : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et conventions tripartites pluriannuelles ; elle concerne les champs « personnes âgées, personnes handicapées et personnes en difficulté spécifique ».

La volonté de déploiement des CPOM s'est confirmée par la mise en place de plusieurs mesures prévues par :

- ▶ La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) en ce qui concerne le secteur des personnes âgées :
 - Signature d'un CPOM tripartite : Organisme gestionnaire (OG), Président du Conseil départemental (PCD) ou métropole, Directeur général de l'ARS (DGARS) pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les petites unités de vie (PUV) ;
 - Signature d'un CPOM pour le versement du forfait autonomie des résidences autonomes (anciens logements-foyers) ;
 - Signature d'un CPOM pour les Services d'aides et de soins à domicile (SAAD) ainsi que pour les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) dans le cadre d'une expérimentation.
- ▶ La loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 en ce qui concerne le secteur des personnes handicapées.
Les établissements et services concernés par cette mesure sont les Instituts médico-éducatifs compris au sens large (IME, IEM, etc.), les Instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques (ITEP), les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les Centres de rééducation professionnelle (CRP), les Centres de pré-orientation (CPO), les Maisons d'accueil spécialisées (MAS), les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les Foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).
Les Services de soins infirmiers à domicile sont également concernés (SSIAD).

Quelques structures d'accompagnement des personnes handicapées ne sont pas concernées par l'obligation de signer un CPOM : il s'agit des Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres de ressources et des Unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS).

Au 1^{er} janvier 2022, l'ensemble des EHPAD et des ESMS relevant de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) devront avoir conclu un CPOM.

Introduction

Figure 1 : Différentes catégories juridiques de CPOM

Article L 313-11 du CASF	CPOM de droit commun (dont relèvent les CPOM SAD et SPASAD)
Article L 313-11-1 du CASF	CPOM des services d'aide à domicile (renvoi aux dispositions du L 33-11)
III de article L 313-12 du CASF	CPOM des résidences autonomie
IV ter de article L 313-12 du CASF	CPOM EHPAD - périmètre variable
Article L 313-12-2 du CASF	CPOM LFSS 2016 : ESMS PH et SSIAD

Le tableau présenté en annexe 1 précise les spécificités de ces catégories⁷.

Dans ce contexte, l'ANAP a été sollicitée pour accompagner les acteurs dans la mise en œuvre du déploiement des CPOM médico-sociaux.

2. Objectifs

L'accompagnement de l'ANAP s'inscrit dans la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et la mise en œuvre des préconisations des différentes missions et rapports (rapport « Zéro sans solution »⁸, dispositif « Une réponse accompagnée pour tous »⁹.)

En ce sens, l'ANAP propose une démarche méthodologique aux parties prenantes engagées dans la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, qui se décline à travers l'accompagnement des acteurs :

- Au changement de culture du secteur médico-social en définissant les enjeux de la contractualisation;
- À la généralisation des CPOM en proposant une démarche méthodologique simple;
- À la préparation des changements organisationnels au sein des établissements par la fourniture d'outils pratiques.

3. Périmètre

Ce guide concerne les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées relevant notamment de la compétence des ARS et ou des CD.

Il apporte des préconisations qui peuvent cependant être utiles à tout type d'établissement et service du champ social et médico-social au sens de l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Pour apporter des éléments de compréhension sur l'organisation et les perspectives du secteur médico-social, l'ANAP a publié un guide intitulé « Le secteur médico-social : comprendre pour agir mieux »¹⁰.

4. Destinataires

Ce guide est destiné aux agences régionales de santé, conseils départementaux, organismes gestionnaires et établissements et services médico-sociaux, afin de les accompagner dans la mise en œuvre des dispositions relatives à la contractualisation prévues dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement d'une part et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 d'autre part. Ces deux textes sont en effet venus réformer le dispositif de contractualisation en créant des CPOM dits de « nouvelle génération » inscrits aux articles L313-12 et L312-12-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les métropoles ayant reçu un transfert des compétences des Départements sont également concernées par ce guide.

7 - Issu de l'annexe de l'instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

8 - 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, 2014.

9 - Mise en œuvre des préconisations du rapport Piveteau sous l'égide de Marie-Sophie Desaulle par le développement de 4 axes (le dispositif d'orientation permanent, déploiement territorialisé d'une réponse accompagnée pour tous, création d'une dynamique de soutien par les pairs et accompagnement du changement).

10 - <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/le-secteur-medico-social-comprendre-pour-agir-mieux/>

Introduction

5. Articulation avec les projets nationaux

Ce guide s'inscrit dans la stratégie globale d'accompagnement des acteurs dans la généralisation des CPOM.

Il est donc articulé avec l'ensemble des travaux nationaux menés sur les CPOM (Cf. **Annexe 2**) :

- L'instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement¹¹ ;
- Le guide de l'Anesm à l'attention des responsables d'établissements sociaux et médico-sociaux : « Établissements et services : valorisez les résultats de vos évaluations ! Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement » ;
- Le dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » ;
- L'outil eCars, dédié au suivi des contrats entre l'ARS, le CD et l'OG.

6. Méthodologie

La construction du présent kit méthodologique par l'ANAP s'est appuyée sur l'expertise des acteurs de terrain :

- Des enseignements ont été tirés des monographies réalisées auprès de gestionnaires (Cf. **Annexe 4**) ;
- Des groupes de travail ont été mis en place avec des ARS, CD et Fédérations pour partager leurs retours d'expériences ;
- Des échanges ont été menés avec les administrations pour veiller à la bonne articulation des travaux ;
- Un séminaire a été organisé afin de prendre en compte les retours de l'ensemble des parties prenantes sur les messages-clés présentés dans ce guide ;
- L'ensemble des documents a été relu par des représentants des parties prenantes du CPOM.

7. Synthèse du document

En synthèse, l'ensemble des travaux menés avec les parties prenantes a permis d'identifier les enjeux et étapes relatifs à la démarche de mise en œuvre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Ce kit méthodologique est composé :

Du présent guide méthodologique d'appui à la contractualisation cette démarche	Éléments concrets sur les enjeux de la contractualisation et sur ses différentes étapes afin d'accompagner les parties prenantes du CPOM dans cette démarche.
D'une annexe : état des lieux de la contractualisation dans le secteur médico-social	Éléments concrets sur les enjeux de la contractualisation et sur ses différentes étapes afin d'accompagner les parties prenantes du CPOM dans cette démarche.
D'une annexe : retours d'expériences	Retours d'expériences de CPOM signés par des organismes gestionnaires afin de valoriser les méthodes utilisées.
D'outils d'appui à la contractualisation	Outils pratiques permettant de mettre en œuvre la démarche (check-list des étapes de la contractualisation, de la réunion de lancement, fiche sur le rôle du référent CPOM, rétroplanning, etc.).

11 - Ce guide est également articulé avec l'ensemble des arrêtés et décrets relatifs à la mise en œuvre de la loi ASV, notamment :

- 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 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles ;
- Arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.



Le guide, ses annexes et le kit d'outils sont disponibles au téléchargement sur le site de l'ANAP :
www.anap.fr

Introduction

7.1 Les enjeux

7.1.1 L'association de l'ensemble des parties prenantes

Le CPOM concerne différents types d'acteurs, qui seront signataires, associés, ou informés de la démarche de contractualisation. Identifier et mobiliser les acteurs du territoire permet de négocier des objectifs concrets et de préparer leur mise en œuvre.

7.1.2 Une évolution dans la gestion des ESMS

Le CPOM transforme les modalités de gestion des ESMS en incitant notamment à la formalisation d'objectifs pluriannuels. Il est l'un des outils utiles à la déclinaison d'objectifs de politiques publiques confiés aux organismes gestionnaires et à leurs ESMS au service du parcours des personnes accompagnées.

Il permet également de rassurer les partenaires de l'organisme gestionnaire sur sa stabilité sur plusieurs années.

7.1.3 Une amélioration des parcours et de l'accompagnement des personnes

Le CPOM a vocation à participer à l'amélioration des parcours et de l'accompagnement des personnes en offrant un cadre adapté à une prise en charge individualisée, grâce à la transversalité et à la transformation de l'offre proposée par les établissements et services.

7.1.4 Un changement de culture

Le CPOM répond à des enjeux stratégiques qui impliquent un travail partenarial renforcé. Les transformations en cours dans le secteur médico-social nécessitent de mobiliser l'ensemble des organisations, des professionnels et des usagers autour d'objectifs partagés, selon une méthodologie définie.

7.2 La démarche de contractualisation

7.2.1 Prérequis

La préparation de la phase de négociation à travers la formalisation des objectifs, la définition de la méthodologie, la réunion des acteurs, permet de faciliter la conduite de la démarche de contractualisation en partant sur des bases communes.

7.2.1 Diagnostic et négociation

La réussite de la phase de diagnostic détermine le contexte de la conduite des négociations. Elle permet de définir des constats objectifs à partir desquels des axes d'évolution peuvent être identifiés.

7.2.1 Mise en œuvre, suivi et renouvellement

Afin de positionner le CPOM comme un réel outil partagé au service des objectifs fixés, il est mis en œuvre et fait l'objet d'un suivi et d'un bilan, par les mêmes acteurs qui ont participé à sa conception.

11

Cette publication est composée de deux parties, la première portant sur les enjeux de la contractualisation et la seconde sur la démarche de contractualisation. Elle comprend notamment des :



FOCUS

Les focus sont des paragraphes dédiés à des thématiques nécessitant un éclairage particulier. Ils ont été produits à partir des réflexions menées dans le cadre des groupes de travail ou des travaux menés par les acteurs nationaux.

Outil à télécharger



OUTILS D'APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Outil	Les encadrés « outils » indiquent l'existence d'un outil construit par l'ANAP en lien avec les membres des groupes de travail; ils précisent leurs objectifs et destinataires. Ces outils sont téléchargeables sur le site de l'ANAP.
Objectif	Ils ont vocation à évoluer et à être complétés en fonction des besoins des parties prenantes.
Pour qui	
Quand	



Préconisation

Les *préconisations* sont des conseils à l'attention des parties prenantes au CPOM afin de mener à bien la démarche de contractualisation. Elles sont issues des réflexions menées dans le cadre des groupes de travail avec les ARS, CD et fédérations, et des retours d'expériences d'organismes gestionnaires.



Retour d'expériences

Les encadrés « retour d'expériences » sont des extraits des monographies réalisées à l'appui des entretiens avec des organismes gestionnaires engagés dans un CPOM. Ils permettent de mettre en avant une expérience ou un enseignement identifiés par l'organisme gestionnaire sollicité et ce en lien avec la thématique traitée.



Synthèse

À l'issue de chaque partie, une synthèse des points clés à retenir est proposée.



1

Les enjeux de la contractualisation

Au-delà d'un outil qui s'impose aux acteurs, le CPOM est un puissant levier de transformation du secteur médico-social. Les réflexions menées avec l'ensemble des parties prenantes ont permis d'identifier les enjeux suivants :

- La nécessité d'associer l'ensemble des parties prenantes ;
- L'évolution de la gestion des ESMS à travers l'autonomie des gestionnaires, la pluriannualité et la mise en cohérence des outils ;
- L'amélioration du parcours et de l'accompagnement des personnes notamment à travers la transversalité et la recomposition de l'offre ;
- Le changement de culture pour l'ensemble des acteurs du secteur médico-social.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

1. L'association de l'ensemble des parties prenantes	p. 14
Les principaux signataires	p. 14
Les partenaires	p. 15
2. Une évolution dans la gestion des ESMS	p. 16
Une plus grande autonomie des organismes gestionnaires et une responsabilité accrue	p. 16
Une dimension pluriannuelle propice au déploiement de projets	p. 19
Une amélioration de la cohérence entre les différents outils	p. 21
3. Une amélioration du parcours et de l'accompagnement des personnes sur les territoires	p. 23
Une meilleure connaissance de l'offre	p. 23
Une transversalité de l'offre d'accompagnement	p. 24
Une recomposition de l'offre au regard des besoins	p. 25
4. Un changement de culture	p. 29
La nécessité d'une définition partagée	p. 29
Un levier d'évolution de la gouvernance	p. 30
L'implication des usagers et professionnels dans la démarche	p. 31

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

1. L'association de l'ensemble des parties prenantes

1.1 Les principaux signataires

Le CPOM est par définition un contrat signé entre plusieurs parties prenantes. Les principaux signataires du CPOM sont :

1.1.1 L'Agence régionale de santé (ARS)

L'Agence régionale de santé a pour mission d'assurer le pilotage de la politique de santé publique en région (notamment la veille et la sécurité sanitaires ou encore la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé) et la régulation de l'offre de santé en région qui vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé.

Les actions de l'ARS concernent les secteurs ambulatoires (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et hospitalier. L'ARS porte une dimension territoriale - pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire - et une dimension économique - pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.

La régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du directeur général de l'ARS divers leviers, notamment :

- ▶ L'autorisation de création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources ;
- ▶ La définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) d'actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région ;
- ▶ L'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.

1.1.2 Le Conseil départemental (CD) ou la Métropole

Le Conseil départemental est chargé de la définition de la politique d'action sociale et médico-sociale du département en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale. Il est également en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre des Schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale (SDOSMS), de la coordination des actions sociales et médico-sociales menées sur le territoire départemental, de l'autorisation de la création ou de la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux fournissant des prestations relevant de la compétence

du département et de leur habilitation à tarifier les prestations fournies. Le CD préside également le conseil d'administration des établissements publics spécialisés.

Au sein du Département, plusieurs services peuvent être impliqués dans la démarche de contractualisation en fonction de la catégorie des établissements intégrés dans le périmètre du CPOM (par exemple : aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile). Si le CPOM couvre un périmètre régional, plusieurs CD peuvent également y être associés.

La Métropole peut également disposer de compétences sociales transférées ou déléguées. À titre d'exemple, la métropole de Lyon¹² a pris en charge sur son territoire d'intervention, les compétences du CD en matière de politique d'action sociale et sanitaire, protection de l'enfance, aide sociale à l'enfance, adoption, prévention spécialisée, politique en faveur des personnes handicapées, politique en faveur des personnes âgées, insertion des personnes en difficulté, fonds d'aide aux jeunes, fonds de solidarité pour le logement. Ainsi, elle est compétente pour signer un CPOM avec l'ARS sur les secteurs relevant de sa compétence.

1.1.3 L'Organisme gestionnaire (OG)

Les personnes morales de droit public ou privé, gestionnaires d'une manière permanente d'établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), sont des institutions sociales et médico-sociales au sens dudit code¹³.

Les organismes gestionnaires peuvent avoir des statuts très diversifiés : association, fondation, groupement de coopération, centre communal d'action sociale (CCAS), SA/SARL, etc. Leur point commun est de gérer au moins une structure relevant de l'article L. 312-1 du CASF. Un organisme gestionnaire qui ne gère qu'un seul établissement ou service (au sens FINESS géographique) est dit « mono établissement ». *A contrario* un organisme qui gère au moins deux ESMS est dit « pluri établissements ». Lorsqu'un organisme gestionnaire signe un CPOM, il peut engager tout ou partie de ses établissements ou services, à l'exception des EHPAD d'un même gestionnaire au sein d'un département qui doivent être obligatoirement intégrés au sein d'un même CPOM¹⁴.

12 - Créée par la loi MAPTAM du 27 janvier 2014, elle est une « collectivité à statut particulier, au sens de l'article 72 de la Constitution, dénommée 'métropole de Lyon' en lieu et place de la communauté urbaine de Lyon et, dans les limites territoriales précédemment reconnues à celle-ci, du département du Rhône » (article L3611-1 CGCT). Elle exerce de plein droit les compétences que les lois, dans leurs dispositions non contraires, attribuent au département.

13 - Article L311-1 du Code de l'action sociale et des familles.

14 - Pour rappel, l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) prévoit que le CPOM concerne l'ensemble des EHPAD du même gestionnaire d'un département à minima. Cependant, il peut inclure d'autres catégories d'ESMS du gestionnaire notamment dans une logique de parcours [autres établissements du secteur des personnes âgées (SSIAD, résidences autonomes) ou du secteur des personnes handicapées (MAS, FAM)].

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



Préconisation

Les contrats tripartites doivent être privilégiés
S'agissant des EHPAD, la loi ASV prévoit la signature de CPOM tripartites (ARS/CD/OG) ainsi que la publication d'un arrêté conjoint ARS/CD pour en définir la programmation sur 5 ans.

En revanche, s'agissant des ESMS du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS, l'article 75 de la LFSS pour 2016 prévoit que la programmation pour la signature de CPOM soit arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du CD, le cas échéant.

Dans une volonté de convergence entre les secteurs Personnes âgées (PA) et Personnes handicapées (PH), il est conseillé d'articuler ces deux programmations notamment lorsqu'un même gestionnaire gère des structures pour personnes âgées et pour personnes handicapées, en fonction des périmètres des CPOM, qui pourraient porter sur plusieurs champs.

Au regard de ces éléments, la sollicitation des CD en tant que signataires des CPOM sur le secteur des personnes handicapées est facultative, mais fortement recommandée, d'autant que les ESMS sous compétence partagée comme les FAM ou les SAMSAH sont concernés par l'obligation de contractualisation¹⁵.

En effet, la co-signature des CPOM par les ARS et les CD contribue notamment à :

- *L'effectivité de la simplification administrative;*
- *L'amélioration de la prise en compte d'une dimension parcours;*
- *L'amélioration de la visibilité de la santé financière des établissements allant dans le sens de la logique du CPOM et de l'EPRD.*

accompagnée pour tous» de S. Desaulle. De plus, la MDPH dispose d'informations précieuses pouvant être utiles au diagnostic partagé, préalable à la négociation du CPOM;

- ▶ **Le Conseil régional (CR) :** le CPOM peut concerner des objectifs visant les Centres de rééducation professionnelle (CRP) qui dispensent des prestations d'éducation et/ou de rééducation professionnelle en faveur de la reconversion professionnelle des travailleurs en situation de handicap;
- ▶ **Les autres collectivités territoriales :** les OG et ESMS peuvent développer des partenariats avec les communes et intercommunalités, notamment en lien avec leur inscription sur le territoire;
- ▶ **Les établissements de santé :** le CPOM peut entériner des objectifs visant au décloisonnement des secteurs et à la coopération par exemple sur des actions de prévention ou d'accès à la santé. Cette coordination est d'autant plus indispensable en cas d'appartenance de l'établissement public à un groupement hospitalier de territoire;
- ▶ **Les usagers :** les usagers sont les bénéficiaires des prestations et services proposés par les organismes gestionnaires et établissements et services. Ils sont les principaux concernés par les évolutions apportées au fonctionnement des structures qui les accompagnent, et sont donc des parties prenantes à prendre en compte dans la conduite d'une démarche de contractualisation.

Dans ce contexte, ces partenaires peuvent être amenés à :

- ▶ Contribuer à l'élaboration du diagnostic partagé sous diverses formes (participation à une enquête, entretien, consultation);
- ▶ S'engager auprès des signataires du CPOM dans la réalisation d'un ou plusieurs objectifs. Dans ce cas, ils peuvent être amenés à signer les fiches-actions qui les concernent afin de signifier leur engagement à faire;
- ▶ Être sollicités lors de l'évaluation du CPOM pour vérifier la mise en œuvre des actions sur lesquelles ils se sont engagés.

1.2 Les partenaires

D'autres parties prenantes peuvent être associées à différents stades de la démarche de contractualisation. Il convient de les identifier en amont pour être en mesure de les solliciter dès le lancement du projet :

- ▶ **L'Éducation nationale (EN) :** le CPOM peut être un véritable levier pour associer l'Éducation nationale à des objectifs communs notamment en matière d'accompagnement à la scolarisation et de restructuration de l'offre;
- ▶ **La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) :** le CPOM peut permettre de travailler sur des objectifs en lien avec les préconisations du rapport « Zéro sans solution » de D. Piveteau et de la mission « Une réponse

Le CPOM est un document partagé entre les autorités de tarification et de contrôle d'une part, et l'organisme gestionnaire d'autre part. Le CPOM engage particulièrement les partenaires principaux, mais également les autres parties prenantes (MDPH, EN, etc.) qui souhaitent s'impliquer dans la mise en œuvre de certains objectifs. Pour ce faire, les acteurs invités à participer à la démarche doivent s'investir dans la définition d'objectifs partagés qui nécessiteront probablement des compromis. Ces derniers feront l'objet de négociations et d'un accord des acteurs à la réalisation de certaines actions.

La mobilisation des directeurs au sein des ARS et CD est nécessaire pour mobiliser les parties prenantes qui ne sont pas toujours associées, comme l'Éducation nationale, pour donner davantage de poids à leur intégration à la démarche.

15 - Sous réserve des évolutions législatives et réglementaires à venir, susceptibles d'étendre les catégories d'ESMS concernées par l'obligation de signer un CPOM.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



Préconisation

Identifier les partenaires au CPOM et leur intérêt à contribuer au CPOM en amont de la phase de négociation

D'un point de vue stratégique il est important d'identifier l'ensemble des acteurs susceptibles d'être associés à la démarche en amont de la phase de négociation. Pour cela une cartographie des acteurs peut être réalisée afin de bien repérer les parties prenantes au CPOM et de déterminer la nature de leur engagement. Il convient également de s'intéresser à l'intérêt pour eux d'intégrer cette démarche afin d'avoir la certitude de leur engagement concret à la mise en œuvre de certaines actions.

Ex : L'éducation nationale peut être associée à la réalisation de certaines actions en vue de la mise en œuvre de ses missions d'accès à l'éducation pour les personnes handicapées.

Il convient cependant d'être vigilant concernant le nombre d'acteurs à rassembler autour de la table afin de garantir l'efficacité de la démarche.

Outil à télécharger



OUTILS D'APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Outil	CARTOGRAPHIE DES ACTEURS
Objectif	Proposer un outil de recensement des acteurs pouvant être impliqués dans la démarche CPOM afin d'identifier toutes les parties prenantes
Pour qui	OG / ESMS et ATC (autorités de tarification et de contrôle: ARS / CD)
Quand	Lors du lancement de la démarche CPOM



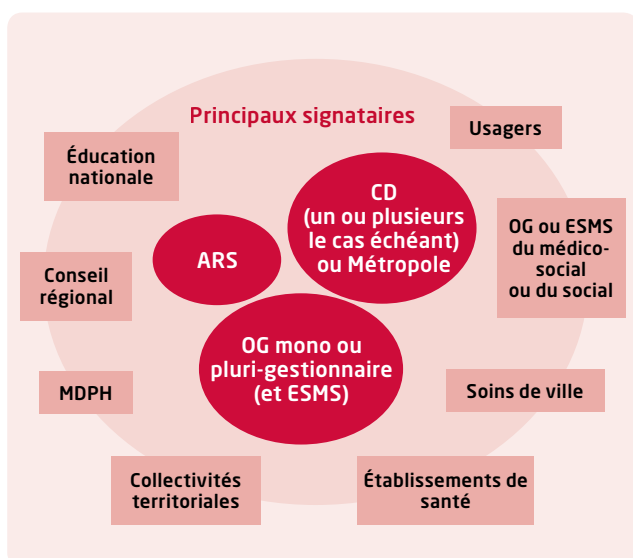
Synthèse

L'association de l'ensemble des parties prenantes

Le CPOM concerne différents types d'acteurs, qui seront signataires, associés, ou informés de la démarche de contractualisation. Identifier et mobiliser les acteurs du territoire permet de négocier des objectifs concrets et de préparer leur mise en œuvre.

16

Figure 2 : Les acteurs en interaction avec les ESMS



2. Une évolution dans la gestion des ESMS

2.1 Une plus grande autonomie des organismes gestionnaires et une responsabilité accrue

Pour l'organisme gestionnaire, le CPOM permet une plus grande autonomie dans la gestion des établissements qui lui sont rattachés et dans le pilotage de sa stratégie, tant sur la définition et la mise en œuvre de projets que sur le plan budgétaire.

L'organisme gestionnaire est responsable de la déclinaison des objectifs du CPOM sur cinq ans, tels que des projets de mutualisation, de structuration du système d'information, d'amélioration de l'activité, le cas échéant, etc. Le CPOM est alors un des documents de pilotage de l'organisme gestionnaire.

Il met fin à la procédure budgétaire annuelle, jugée trop lourde par l'ensemble des acteurs. L'organisme gestionnaire est responsable de la gestion des moyens qui lui sont alloués pendant une durée de cinq ans.

Le CPOM permet d'éclairer les financeurs et les partenaires sur la stabilité de l'organisme gestionnaire et sa capacité à mettre en œuvre les projets.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



Retour d'expériences

Extrait de la monographie ALEFPA Guadeloupe

Le CPOM a permis de mieux faire connaître l'association, et surtout de convaincre et de rassurer les partenaires. (...).

Le CPOM a permis de désamorcer les inquiétudes sur l'avenir des emplois (en lien avec le transport des usagers et l'entretien des locaux). Le CPOM a été également un levier de promotions internes, avec des transformations de postes ou des avancements de qualification.

Sur le champ des personnes âgées, la réforme de la contractualisation est couplée à une réforme de la tarification qui rend forfaitaire l'allocation de ressources.

Le CPOM est un vecteur de modification des modalités de versement des produits de tarification des ESMS vers une dotation globalisée commune de financement par financeur. Cette évolution permet de sécuriser le gestionnaire quant à la perception de ses produits (versement d'un douzième par mois, et non à la facturation de l'activité réalisée) et d'éviter ainsi les fluctuations de la trésorerie des établissements. Elle est également porteuse de souplesse pour les gestionnaires, en leur permettant de réaffecter des redéploiements au sein du CPOM.

La réforme des règles budgétaires et comptables concerne les deux champs (personnes âgées dès le 1^{er} janvier 2017 et personnes handicapées dès l'exercice suivant la signature du CPOM). Cette refonte aboutit à la mise en place d'un nouveau cadre budgétaire : l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) qui traduit un changement majeur de logique passant d'une tarification à la dépense à une tarification à la ressource. Par ailleurs, cette réforme implique une articulation forte entre CPOM et EPRD, l'EPRD étant la déclinaison concrète des objectifs du CPOM. Ce changement de cadre permet d'améliorer la visibilité pour les autorités de tarification et de contrôle sur la santé financière des établissements.

Par ailleurs, le CPOM doit prévoir les modalités d'affectation des résultats. Le principe de la libre affectation des résultats est posé s'agissant des CPOM relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF, c'est-à-dire les CPOM « EHPAD », compte tenu de la forfaitisation (et donc de l'objectivation) de leurs ressources. Ainsi, le gestionnaire dispose d'une liberté d'affectation des résultats¹⁶, qu'il peut redéployer dans le cadre des objectifs de son CPOM, par exemple dans des projets innovants au regard des politiques régionales des ARS. Ces marges en termes de gestion peuvent venir alimenter les réflexions des OG en matière

de projets innovants et/ou de restructuration de l'offre. Pour cela une certaine souplesse est requise et le CPOM y contribue pleinement.

Pour les structures relevant du périmètre de la LFSS (CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF), le principe de la liberté d'affectation des résultats n'est pas retenu au regard de l'absence de forfaitisation de la ressource à l'heure actuelle. L'affectation des résultats devra être négociée entre les parties au contrat à la fois au regard des objectifs du contrat, de la santé financière des ESMS, et des différentes orientations de chaque Autorité de tarification et de contrôle (ATC). Il est néanmoins rappelé que le décret budgétaire et comptable inverse la règle concernant l'affectation des résultats et pose le principe d'absence de reprise, l'exception étant la reprise des résultats.

Dans ce contexte, un dialogue de confiance s'instaure entre l'OG et ses ATC. Ainsi, il est préconisé que l'OG s'inscrive dans une démarche de performance telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé :

- ▶ Améliorer l'état de santé de la population ;
- ▶ Répondre aux attentes des personnes ;
- ▶ Assurer un financement équitable.

Le CPOM peut être l'occasion de revoir les modalités organisationnelles de l'OG tout en respectant les conditions de la liberté associative. Il convient autant que possible d'aborder la question des frais de siège au moment de la négociation du CPOM. De plus, une convergence¹⁷ entre durée de l'arrêté relatif aux frais de siège et du CPOM est à rechercher. À cet effet, le décret budgétaire et comptable prévoit une procédure simplifiée quand le CPOM et la négociation des frais de siège coïncident afin que les OG n'aient pas à adresser les mêmes documents pour deux procédures différentes.

Lors de négociation du CPOM avec des OG d'ESAT une attention particulière devra être portée aux différentes clefs de répartition proposées entre le budget social et commercial de l'ESAT. L'éventuelle modification de celles-ci devra être réalisée de manière à respecter les textes tout en maintenant la pérennité de l'activité des établissements.

Enfin, le CPOM simplifie la relation contractuelle entre les ATC et l'OG en faisant du CPOM le document central de la contractualisation. À titre d'exemple, l'article 58 de la loi ASV prévoit que le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le cas échéant¹⁸.

16 - 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.

17 - Lorsque cela est possible, c'est-à-dire lorsque l'ARS ou le CD signent le CPOM est également l'autorité compétente pour arrêter les frais de siège.

18 - Instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



FOCUS

L'ÉTAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES ET DÉPENSES (EPRD)

L'EPRD accompagne les modifications des principes du secteur médico-social induites par la généralisation de la contractualisation :

- ▶ Pluriannualité;
- ▶ Signature de CPOM liant plusieurs établissements dépendant du même gestionnaire;
- ▶ Poursuite de la responsabilisation des gestionnaires.

Il s'agit d'un cadre budgétaire déployé de manière systématique à compter du 1^{er} janvier 2017 pour l'ensemble des EHPAD, et au fur et à mesure de la contractualisation pour le secteur « personnes handicapées »*. Celui-ci conduit à un changement de logique, passant ainsi d'une tarification à la dépense à une tarification à la ressource¹⁹. L'EPRD est donc transmis à l'issue de la réception de la dernière notification de ressources (calendrier défini dans l'annexe 5).

Avant EPRD**Tarification à la dépense**

Transmission des Budgets prévisionnels (BP) par l'ESMS, puis notification d'un arrêté de tarification pris sur la base des propositions budgétaires des ESMS à l'issue d'une procédure contradictoire.

**Après EPRD****Tarification à la ressource**

La ressource est déterminée de manière forfaitaire pour les EHPAD, ou selon des modalités arrêtées par le CPOM pour les autres établissements, puis l'EPRD est transmis sur la base des ressources notifiées.

18

L'EPRD a pour périmètre l'ensemble des structures du CPOM. Ce cadre est composé de quatre tableaux (hors cadre transitoire en 2017 pour les ESMS publics et hors EHPAD dont l'EPRD ne concerne pas les trois sections tarifaires) :

- ▶ Le compte de résultat (un par établissement)
- ▶ Le tableau de détermination de la Capacité d'autofinancement (CAF) ou de l'Insuffisance d'autofinancement (IAF). Pour rappel, la CAF est un indicateur qui permet de déterminer si l'établissement dans le cadre de son cycle d'exploitation dégage une marge lui permettant de financer ses investissements en cours et à venir. En conséquence, sont retraités pour obtenir cet indicateur, les charges non décaissables (c'est-à-dire celles qui n'ont pas entraîné de décaissement, par exemple : les dotations aux amortissements), et les produits non encaissables (c'est-à-dire ceux n'ayant pas entraînés d'encaissement, par exemple les reprises sur provision).
- ▶ Le tableau de financement prévisionnel : il permet de mettre en parallèle l'ensemble des ressources de financement (dont par exemple la capacité d'autofinancement) dont l'établissement dispose et l'ensemble des emplois prévus (dont par exemple le remboursement de dettes financières). L'objectif est alors de s'assurer de l'équilibre entre les emplois et les ressources.
- ▶ Un dernier tableau de synthèse de l'EPRD retrace l'intégralité de ces éléments, détermine la variation du fonds de roulement (apport ou prélèvement sur celui-ci) et permet in fine l'estimation du niveau de trésorerie prévisionnel.

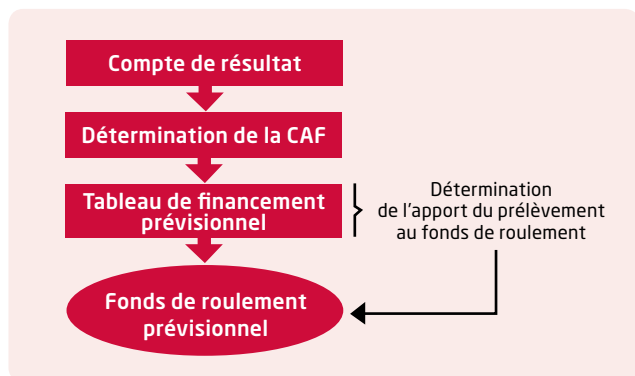
* Il est possible de formaliser un avenant pour engager les ESMS déjà intégrés dans un CPOM en cours dans la démarche EPRD.

19 - Au sens de « recettes ».

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

Figure 3 : Le cadre de l'EPRD



Préconisation

Le CPOM doit être conçu par ses signataires comme un outil gagnant-gagnant

Le CPOM permet une responsabilisation accrue des gestionnaires dans la gestion des ESMS. Elle est matérialisée par davantage de souplesse, critère primordial pour se projeter dans des projets, notamment dans la restructuration de l'offre. Néanmoins elle nécessite une confiance partagée entre les parties : le gestionnaire s'autonomise et procède à une forme de tarification de ses propres structures, tandis que les ATC s'inscrivent dans un rôle d'accompagnement des projets tout en conservant un droit de contrôle sur l'utilisation des moyens publics, et ce, dans une relation de transparence.

2.2 Une dimension pluriannuelle propice au déploiement de projets

Le CPOM engage les acteurs du fait de l'autonomie de gestion et de la pluriannualité, dans une dynamique de gestion de projet. Pour ce faire, le gestionnaire définit un cadre pluriannuel d'objectifs à réaliser, définis dans le temps, au service de projets structurants. Une patience dans l'atteinte de certains objectifs est parfois requise, il est notamment conseillé de prévoir un échéonnement réaliste de chacun des objectifs à atteindre.

Les thématiques ci-dessous²⁰ permettent d'organiser et de structurer les évaluations des activités et de la qualité des prestations :

- Amélioration de la qualité de prise en charge ou de l'accompagnement des usagers ;
- Ouverture de l'établissement ou du service sur son environnement institutionnel, géographique, socioculturel et économique ;

- Personnalisation de l'accompagnement, expression et participation individuelle et collective des usagers ;
 - Garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques ;
 - ...
- Elles peuvent faire l'objet de la fixation d'objectifs dont la réalisation nécessitera plusieurs années.

Les objectifs peuvent également être organisés en s'appuyant sur d'autres travaux en cours qui auront un impact structurant sur le secteur.

C'est le cas par exemple du projet de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées (SERAFIN-PH²¹) dont la première étape a conduit à la validation des nomenclatures des besoins et des prestations qui permettent de décrire avec un vocabulaire partagé, d'une part les besoins des personnes et d'autre part les prestations des établissements et services pour Personnes handicapées (PH). Ces nomenclatures sont actuellement utilisées, à des fins de description individuelle (élaboration des Plans d'accompagnement globaux (PAG) dans le cadre de la démarche réponse accompagnée pour tous), ou collective / territoriale (fiches d'identification des ressources des équipes-relais-handicap rares).

La nomenclature des prestations permet de décrire les prestations servies tant par une structure que par un organisme gestionnaire dans son ensemble, indépendamment des différentes catégories de structures pour personnes handicapées, qu'il rassemble. Elle propose une structuration qui distingue prestations indirectes et prestations directes, et identifie trois domaines de prestations selon qu'elles sont liées à la santé, à l'autonomie ou à la participation sociale. Dans le cadre de la négociation et la signature des CPOM, cette structuration, ainsi, que la mise à disposition d'un vocabulaire partagé pour qualifier les prestations, peuvent être utilisées pour construire le diagnostic, organiser les objectifs ou les fiches-actions et suivre leur réalisation.

La vision prospective que permet la contractualisation est particulièrement plus flagrante en matière d'objectifs immobiliers (accessibilité, remise en conformité, etc.) qui participent à l'amélioration des conditions d'accompagnement des personnes. Ces projets immobiliers nécessitent de la part des acteurs du CPOM d'anticiper une situation et de projeter l'évolution et l'adaptation de la structure sur plusieurs années afin d'arrêter un plan pluriannuel d'investissements soutenable au travers du plan global de financement pluriannuel.

21 - Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées. Pour l'actualité des travaux et l'accès aux nomenclatures : <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/reformes-tarifaires/reforme-tarifaire-des-etablissements-pour-personnes-handicapées>

20 - Thématiques proposées par l'ANESM.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



FOCUS

INVESTISSEMENT ET PROJET IMMOBILIER

À noter, la refonte des règles budgétaires et comptables n'a pas remis en cause l'existence des plans pluriannuels d'investissement qui seront repris et actualisés dans le cadre du Plan global de financement pluriannuel (PGFP) transmis avec l'EPRD. Il est essentiel de prévoir un plan pluriannuel d'investissement sur la durée du CPOM au regard des objectifs négociés et arrêtés. Celui-ci devra être réaliste, et ne pas remettre en cause la pérennité de la poursuite des activités du gestionnaire sur la durée du CPOM.

L'affectation des résultats aux projets d'investissement, le cas échéant, devra être recherchée afin de limiter l'impact de ceux-ci sur la trésorerie des établissements. La mise en place de l'EPRD (et du PGFP) est l'occasion pour les financeurs d'avoir une visibilité renforcée de la santé financière de l'ensemble des établissements. Les redéploiements entre établissements pourront avoir lieu au sein du CPOM pour permettre la réalisation des projets d'investissement nécessaires à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

En effet, les attentes et les modalités d'accompagnement des personnes ayant évolué depuis ces dernières années, la modernisation du patrimoine des organismes gestionnaires et ESMS s'avère nécessaire pour répondre aux besoins de ces dernières.

Il convient de prendre en compte une approche multidimensionnelle du projet immobilier en faisant le lien avec le projet d'établissement, le projet de la personne et les surfaces nécessaires à l'accompagnement, tout en s'interrogeant sur les évolutions des modalités d'accompagnement.

Le CPOM est une opportunité pour s'interroger sur l'état des lieux du patrimoine du gestionnaire en lien avec son projet d'établissement, et pour valoriser un projet immobilier sur

plusieurs années et même au-delà du CPOM, adapté aux besoins des personnes accompagnées ainsi qu'aux ressources de la structure.

Il s'agit donc de lier les décisions d'engagement des investissements immobiliers dans le CPOM à une analyse des besoins documentée (état de vétusté des locaux, problématiques d'accessibilité, évolution des pratiques, évolution de la dépendance des personnes accompagnées, promotion des parcours) et de mieux insérer le projet d'investissement dans la stratégie territoriale définie dans le projet régional de santé et les schémas.

Le maintien d'une Capacité d'autofinancement (CAF) cohérente avec la poursuite des activités du gestionnaire est à rechercher. Pour rappel, la CAF permet de déterminer si l'établissement dans le cadre de son cycle d'exploitation dégage une marge lui permettant de financer ses investissements à venir. Le taux de CAF détermine si le niveau de l'épargne ainsi constitué est suffisamment important pour assurer à l'établissement une marge nécessaire au renouvellement de ses immobilisations. La logique pluriannuelle doit être recherchée. Il est ainsi possible d'accepter un plan pluriannuel d'investissement faisant état d'une santé financière légèrement défavorable en cours de plan si celle-ci est temporaire et ne remet pas en cause la poursuite des activités du gestionnaire.



En lien avec l'immobilier dans le secteur médico-social plusieurs publications sont disponibles au téléchargement sur le site de l'ANAP :
www.anap.fr

Repères organisationnels et de dimensionnement en surface en EHPAD ;
« Zoom sur » Impact d'un investissement sur le prix de journée en EHPAD.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

Le CPOM peut également représenter une opportunité pour mettre en œuvre des projets transversaux ou innovants, comme la mise en place d'une démarche de Responsabilité sociétale des établissements (RSE), permettant d'intégrer dans les objectifs du CPOM, et dans leurs modalités de construction, la prise en compte de l'impact des activités des établissements sur l'environnement, l'économie, le social, le sociétal et la gouvernance.



Préconisation

Le CPOM s'inscrit dans une dimension pluriannuelle
Les gestionnaires et les autorités de tarification et de contrôle sont parfois tentés de pousser à la mise en œuvre des objectifs du CPOM dès la première année. Or, il est nécessaire d'inscrire le CPOM dans sa durée, de le faire vivre jusqu'à son échéance, et de fixer des objectifs atteignables dans des délais raisonnables.
Pour ce faire, il faut se projeter dans un avenir à moyen terme et lisser la réalisation des actions sur plusieurs années. Les objectifs devront être priorisés et revus pour rester réalistes. Les ATC pourront par ailleurs faire un suivi annuel de l'avancée des objectifs du CPOM dans le cadre de l'état réalisé de recettes et de dépenses (ERRD) que les OG devront adresser pour clore l'exercice budgétaire.

2.3 Une amélioration de la cohérence entre les différents outils

Le CPOM est un outil qui s'inscrit au cœur de nombreuses démarches qui doivent répondre à l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes accompagnées. Il est un des outils au service de la déclinaison des projets stratégiques.

Les ARS sont notamment en charge de l'élaboration du volet médico-social du projet régional de santé et les CD sont responsables de l'élaboration des schémas départementaux d'organisation de l'offre médico-sociale²².

Les OG et les ESMS élaborent des projets associatifs et des projets d'établissements²³.

Dans ce cadre, les objectifs pluriannuels déclinés dans le CPOM sont notamment la résultante d'une prise en compte des schémas et du PRS en tant que déclinaison des objectifs de politiques publiques mais aussi des projets des gestionnaires.

Le CPOM est le point de rencontre de toutes ces démarches.

Par ailleurs, les gestionnaires d'établissements et services sont concernés par la mise en œuvre de plusieurs dispositifs contribuant au pilotage de leur structure.

► **Les évaluations internes et externes** prévues à l'article L312-8 du code de l'action sociale et des familles « permettent d'analyser l'évolution des réponses aux besoins et attentes des personnes accompagnées ; et d'identifier les effets prévus ou imprévus des actions²⁴ ».

Ces évaluations « conditionnent le renouvellement de l'autorisation par les autorités compétentes²⁵ ».

« [Les évaluations permettent] une remontée régulière d'informations choisies sur le fonctionnement et la qualité du service rendu par l'établissement ou le service et l'intégration de la culture de l'évaluation dans les activités courantes. La démarche permet donc de soutenir le pilotage en continu par la réévaluation, de préférence à un rythme annuel, des principales données évaluatives et des actions d'amélioration engagées, avec les acteurs de la gouvernance²⁶ ».

Ainsi, ces évaluations contiennent des informations précises sur la situation, le fonctionnement, et les perspectives des établissements et services d'un organisme gestionnaire.

En ce sens, elles sont une source d'information précieuse de connaissance et d'appui au dialogue avec les autorités de tarification et de contrôle, notamment dans le cadre de la contractualisation.

L'ensemble de ces applications est précisé dans le guide à l'attention des responsables d'établissements sociaux et médico-sociaux.

L'utilisation des évaluations est également approfondie dans la deuxième partie du présent guide portant sur les étapes de la contractualisation.

22 - Article L312-4 du CASF : « Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, (...) : 1° Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ; 2° Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ; 3° Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ; 4° Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1° ; 5° Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas ».

23 - Selon l'article L311-8 du CASF : « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...) ».

24 - Anesm établissements et services : valoriser les résultats de vos évaluations ! Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement.

25 - Anesm. La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L312-1 du CASF, juillet 2009, p.12.

26 - Idem *supra*.

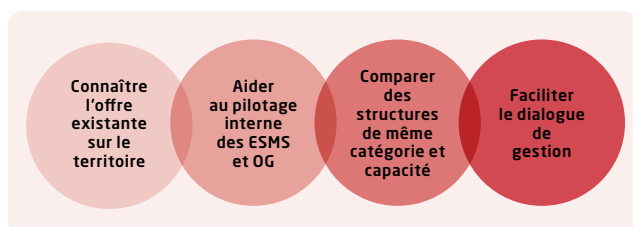
Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

► **Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social²⁷ : mieux se connaître et dialoguer sur son territoire.**

Pour faciliter le pilotage des structures et le dialogue de gestion entre acteurs de terrain, l'ANAP en lien avec les acteurs du secteur, a créé un tableau de bord qui poursuit plusieurs objectifs :

Figure 4 : Les objectifs du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social



Il est donc un outil utile à la contractualisation en ce qu'il apporte une aide aux objectifs suivants :

- **Une meilleure connaissance de l'offre** : le Tableau de bord (TDB) contribue à construire la première base de données du secteur médico-social ;
- **Le pilotage interne** : il accompagne les ESMS dans le pilotage par les indicateurs ;
- **Le parangonnage (ou benchmark)** : il permet aux ESMS de comparer les résultats des indicateurs et de se situer par rapport aux structures présentant les mêmes caractéristiques. De plus, un organisme gestionnaire a accès à l'ensemble des informations des établissements qu'il gère ;
- **Le dialogue de gestion** : il structure les échanges entre ATC et OG, objective le dialogue et facilite ainsi les démarches de contractualisation.

Dans le cadre d'un CPOM, le tableau de bord peut être utilisé :

- Pour la phase de diagnostic partagé (outil de parangonnage) ;
- Pour l'élaboration des fiches action (indicateurs de résultats) ;
- Pour le suivi du CPOM (bilans annuels et préparation des dialogues de gestion) ;
- Pour le bilan du CPOM.



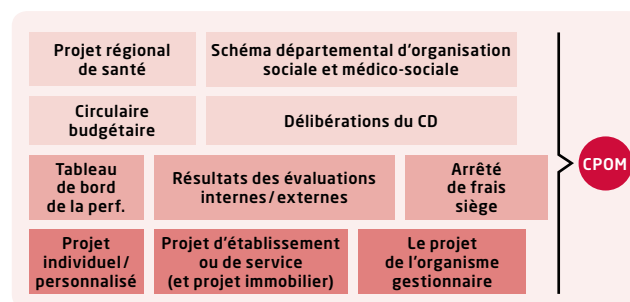
Préconisation

Les OG et les ATC privilégient l'articulation des outils existants ainsi que la cohérence des plans d'actions. Les gestionnaires d'établissements doivent souvent suivre plusieurs plans d'action avec des objectifs différents (plan d'amélioration continue de la qualité, CPOM, démarche RSE...).

Pour optimiser le suivi et assurer l'articulation des différents outils, il est préconisé de mettre en place des démarches communes, tant en termes de comitologie que d'outils de suivi.

Cette harmonisation est également de nature à simplifier les échanges avec les autorités compétentes et à faciliter l'appropriation des différentes démarches par les équipes de terrain.

Figure 5 : Démarches utiles à la contractualisation



Outil à télécharger



OUTILS D'APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Outil	CARTOGRAPHIE DES SOURCES D'OUTILS D'APPUI
Objectif	Recenser dès le lancement de la démarche, les outils préexistants utiles au CPOM et identifier leur intérêt dans le cadre des différentes phases du CPOM
Pour qui	OG et ATC
Quand	Lors du lancement de la démarche

27 - <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/detail/actualites/le-tableau-de-bord-de-la-performance-dans-le-secteur-medico-social/>
<http://tdb-esms.atih.sante.fr/>

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



Synthèse

Une évolution dans la gestion des ESMS

Le CPOM transforme les modalités de gestion des ESMS en incitant notamment à la fixation d'objectifs pluriannuels. Il est l'un des outils utiles à la déclinaison d'objectifs de politiques publiques confiés aux organismes gestionnaires et à leurs ESMS au service du parcours des personnes accompagnées.

Il permet également de rassurer les partenaires de l'organisme gestionnaire sur sa stabilité sur plusieurs années.

3. Une amélioration du parcours et de l'accompagnement des personnes sur les territoires

3.1 Une meilleure connaissance de l'offre

Les ESMS sont chargés de mettre en œuvre une réponse aux besoins identifiés sur le territoire. Cette réponse aux besoins est notamment organisée par les politiques publiques par le biais des projets régionaux de santé et des schémas départementaux.

L'identification des besoins est un exercice complexe. Pour cela, l'engagement dans une démarche CPOM s'accompagne, en fonction des outils à disposition des Autorités de tarification et de contrôle (ATC), d'une analyse exhaustive de l'offre existante sur le territoire, à réaliser notamment dans le cadre de l'élaboration du Projet régional de santé (PRS) ou du Schéma départemental de l'offre sociale et médico-sociale (SDOSMS). Les autorités de tarification et de contrôle veillent ainsi à identifier finement les besoins des populations et les prestations délivrées par les structures de leur territoire, l'objectif étant de pouvoir définir les leviers d'une organisation de l'offre performante, c'est-à-dire à la fois pertinente au regard des besoins, et efficiente en termes de ressources. Cette connaissance permet aux ATC de négocier avec les gestionnaires en toute connaissance de cause et de proposer des objectifs aux CPOM justifiés au regard de constats objectifs.

Pour cela les ATC peuvent notamment s'appuyer sur des sources existantes telles que le tableau de la performance dans le secteur médico-social, des observatoires, les informations recensées par des MDPH, les résultats des enquêtes Bientraitance (références sur la qualité de l'accompagnement dans les établissements), les résultats des évaluations (interne et externe), les enquêtes menées sur le territoire...

L'ensemble de la démarche de contractualisation permet de s'interroger et d'analyser l'offre existante sur le territoire, et de partager cette analyse avec les acteurs. Cela permet d'aller au-delà de la seule connaissance de la situation de l'organisme gestionnaire ou des ESMS.

En ce sens, le diagnostic territorial contribue à une meilleure connaissance de l'offre, partagée par les acteurs, permettant de susciter le dialogue sur l'adéquation des autorisations au regard des besoins des personnes accompagnées, et plus globalement sur l'actualisation de l'offre.

Dans le cadre du CPOM, le diagnostic réalisé au niveau de l'organisme gestionnaire, est également l'occasion à un niveau plus fin, de mettre à plat le fonctionnement des ESMS, les prestations délivrées par ces derniers et les caractéristiques du public accueilli.

Pour les ESMS du secteur du handicap, les nomenclatures de besoins et de prestations élaborées dans le cadre du projet de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées (Serafin-PH) peuvent notamment être utiles pour décrire les prestations qui sont réalisées par ces structures pour les personnes accompagnées²⁸.

Le diagnostic de l'organisme gestionnaire et des ESMS doit être finalisé, pour permettre sa validation par les acteurs. En effet, il est important de clore la phase de diagnostic afin d'entamer la phase des négociations sur un constat partagé. Cependant, si le diagnostic donne une photographie de l'OG et de ses ESMS à un instant T, il intègre également la prise en compte des projections démographiques et les prévisions de l'offre à venir afin d'anticiper les besoins de demain, et comporte par conséquent une dimension prospective.



Préconisation

Le diagnostic et l'ensemble des constats réalisés au cours du CPOM doivent être partagés

L'identification des besoins est une démarche complexe. Leur analyse peut être appréciée d'une manière différente selon les points de vue (ATC ou OG).

Il est donc nécessaire que chaque acteur apporte sa contribution à la réalisation du diagnostic à partir des sources disponibles et qu'un échange soit organisé afin de partir d'une base commune.

28 - <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service/reformes-tarifaires/reforme-tarifaire-des-etablissements-pour-personnes-handicapees>

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

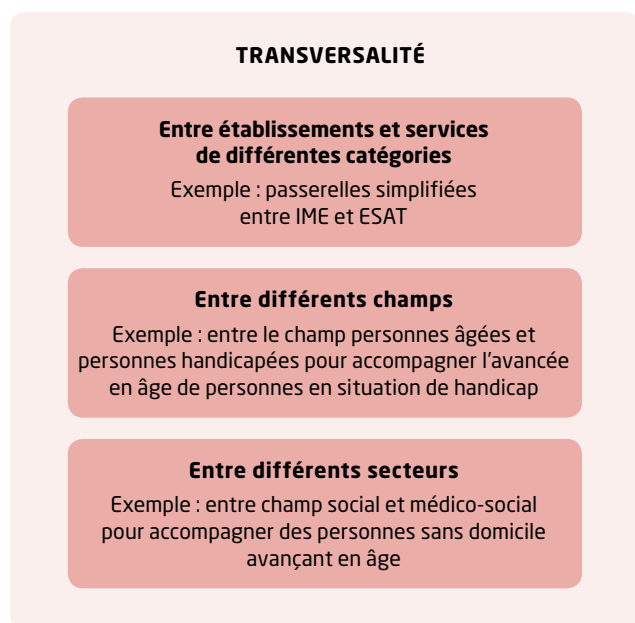
3.2 Une transversalité de l'offre d'accompagnement

Le CPOM est un outil qui favorise la transversalité de l'offre d'accompagnement. En effet, il dépasse le prisme «établissement» en permettant de créer une dynamique entre :

- Établissements et services de différentes catégories (EHPAD, IME, MAS, SSIAD...);
- Champs (personnes âgées, personnes handicapées, personnes en difficulté spécifique...);
- Secteurs (sanitaire, médico-social, social);
- Acteurs de la coordination (MDPH, CCAS, CLIC, MAIA, réseaux, plateforme territoriale d'appui...).

Les CPOM permettent ainsi d'associer l'ensemble de ces acteurs dans une logique de parcours avec des objectifs spécifiques.

Figure 6 : La transversalité promue par les CPOM



Il permet d'orienter les questions posées autour de la personne accompagnée, et de son parcours. Pour ce faire, il convient de s'interroger sur l'offre de l'organisme gestionnaire mais aussi sur ses liens avec son environnement.

Un organisme gestionnaire présent sur plusieurs champs voire secteurs peut ainsi mettre en place une gradation de l'offre proposée aux personnes accompagnées, mais aussi des démarches de mutualisation qui transcendent les catégories d'établissements. Le CPOM est une opportunité pour rassembler l'ensemble des parties prenantes autour d'un objectif commun qui est l'amélioration des parcours.

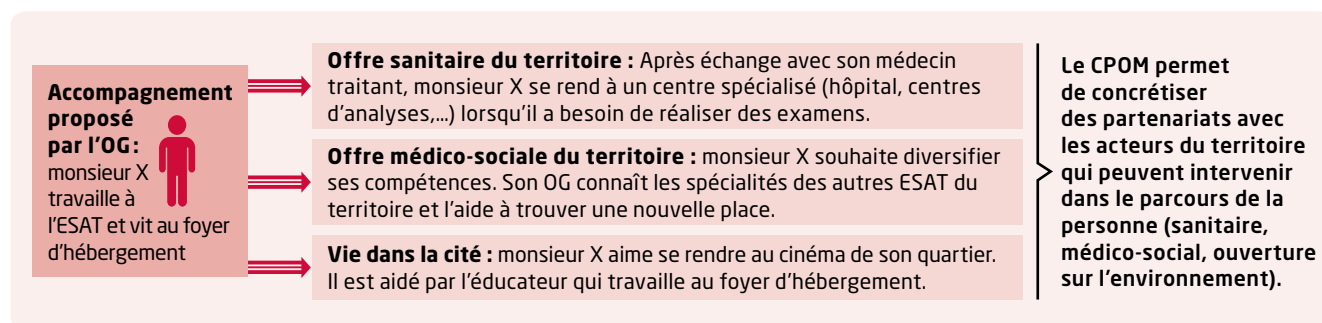
Cette démarche vise ainsi à proposer une organisation efficace, pour offrir le bon service au bon niveau et ce, pour chaque personne, au sens d'une individualisation de la prise en charge. À cette fin, la démarche de contractualisation est l'occasion de réinterroger les partenariats, de les intensifier le cas échéant, afin de proposer aux personnes accompagnées une prise en charge adaptée à leurs besoins.

Le secteur du domicile (SSIAD, SAAD, HAD...) peut également être associé à cette dynamique de parcours.

Il faut cependant être vigilant à la tentation de formaliser le parcours de vie d'une personne au sein d'un seul et même OG, qui constitue un risque pour son inclusion. L'accompagnement proposé à la personne est construit en fonction de ses besoins et non en fonction de l'offre proposée par l'organisme gestionnaire. Il est donc pluriel et s'intègre dans l'offre présente sur le territoire.

Le CPOM porte un véritable enjeu territorial en ce qu'il peut contribuer à l'activation de démarches de coopération entre acteurs du territoire.

Figure 7 : Exemple du parcours de monsieur X



Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



Retour d'expériences

Extrait de la monographie de la Persagotière

Le CPOM doit être un outil de stratégie territoriale et d'alliance pour aider et soutenir les directions d'ESMS dans les démarches de rapprochement avec d'autres structures.

La formation des acteurs pourrait être un élément de réponse, pour les accompagner dans ce changement de culture.

Le CPOM peut être l'outil pour permettre d'actionner ces démarches de coopérations, surtout dans le secteur public. Il doit être un levier pour porter une réflexion plus transversale et globale sur l'offre du territoire, la stratégie et le positionnement sur le territoire, pour évoquer les projets d'alliance et soutenir les directeurs dans ces démarches.

Enfin, l'articulation du déploiement des CPOM avec la mise en place des Groupements hospitaliers de territoire (GHT)²⁹ peut également contribuer à la transversalité de l'offre proposée.

Ces groupements d'acteurs locaux (principalement sanitaires à ce jour) permettront à terme de décroïsonner les secteurs. La mise en place des GHT permet de mutualiser des ressources et de favoriser la transversalité de l'offre d'accompagnement. En effet, au sein de chaque GHT, un projet médical partagé ainsi qu'un projet de soins doivent être élaborés, s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge. Le projet médical partagé comprend outre des objectifs médicaux, l'organisation par filière d'une offre de soin graduée ainsi que les principes d'organisation des activités notamment s'agissant des activités de prise en charge médico-sociale.

Dans le cadre du CPOM, un OG dont des établissements sont intégrés à un GHT³⁰ peut saisir cette opportunité pour mettre en place des objectifs favorisant des démarches de mutualisation.

Cependant, il convient de rappeler l'existence d'un mode de contractualisation propre à chaque champ : hospitalier, médico-social et ambulatoire et ce, pour tenir compte des spécificités de chacun. En l'état actuel de la réglementation, l'établissement qui doit conclure un « CPOM médico-social » devra le faire en sus du « CPOM sanitaire », compte tenu des différences importantes de nature entre les deux formes de contractualisation. Il convient d'assurer une convergence entre les objectifs des deux contrats, notamment pour ce qui concerne le parcours des patients au sein de l'établissement (filrière gériatrique par exemple). Il est proposé dans le cadre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des

charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L313-12 du CASF que soient annexés au CPOM, 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.

3.3 Une recomposition de l'offre au regard des besoins

L'identification des besoins par l'ensemble des parties prenantes permet de définir de nouvelles solutions en matière d'accompagnement.

L'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé modifie l'article L313-9 du code de l'action sociale et des familles en précisant 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.

Le CPOM offre un cadre souple pour accompagner l'adaptation de l'offre au service de :

- ▶ La qualité de prise en charge;
- ▶ L'efficacité et l'adaptation;
- ▶ La transformation de l'offre.

En effet, le changement de paradigme que représente le CPOM permet de se positionner dans une démarche d'animation territoriale, et de coopération au service des besoins des personnes accompagnées. Le CPOM peut intégrer une logique de file active dans une démarche innovante et dans le cadre d'une gradation de l'offre médico-sociale.

29 - www.social-sante.gouv.fr

30 - Les établissements publics adossés à un centre hospitalier (CH) sont de fait intégrés au GHT de ce CH.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



Retour d'expériences

Extrait de la monographie Hesperia 71

Une fiche action en direction des personnes handicapées accueillies en EHPAD

Une étude de population réalisée en partenariat avec l'EHPAD a mis en évidence une perte d'autonomie rapide des personnes en situation de handicap accueillies en EHPAD (perte de 2 GIR en un an). En réponse à ce constat et pour favoriser la fluidité du parcours de vie, il a été créé un SAVS ainsi qu'un accueil de jour seniors.

L'objectif principal vise à permettre une continuité de l'accompagnement des personnes à la retraite après une vie professionnelle à l'ESAT et une vie personnelle en foyer d'hébergement ou à domicile. Le service accompagne la transition entre le foyer d'hébergement ou le domicile et l'EHPAD afin de faciliter l'intégration et la vie ordinaire en EHPAD, en assurant des services externes d'accompagnement pour le suivi de santé, les questions administratives, la relation avec les organismes de protection, l'accompagnement aux rendez-vous personnels...

La mission première du SAVS seniors, contractualisée par la convention qui régit son partenariat avec l'EHPAD, est l'accompagnement des PHV (Personnes handicapées vieillissantes) dans leur suivi de santé par une action de coordination, telle que préconisée dans le décret du 11 mars 2005. Le service joue ainsi un rôle de tiers entre la personne et le réseau médical.

L'article 65 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 (III de l'article L.313-1-1 du CASF) prévoit que sont exonérés d'appel à projet, dès lors qu'ils donnent lieu à la conclusion d'un CPOM et qu'ils ne s'accompagnent pas d'une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret :

- Les projets de transformations d'établissements et services sociaux et médico-sociaux avec modification de la catégorie de bénéficiaires au sens du I de l'article L.312-1 du CASF.
Exemple : transformation d'un établissement pour personnes adultes handicapées (7° du I de l'article L.312-1) en établissements pour personnes âgées (6° du I de l'article L.312-1)
- Les projets de transformations d'établissements de santé en ESSMS (= conversions sanitaires).
Exemple : reconversion d'un établissement sanitaire (ex unités psychiatriques) en structure médico-sociale pour la prise en charge des personnes adultes handicapées psychiques (foyer d'accueil médicalisé ou maison d'accueil spécialisée) ou conversion de places d'U/ESLD en places d'EHPAD.

Les modalités de computation des seuils ont été fixées par le décret n°2016-801 du 15 juin 2016 (art. D.312-1 du CASF). Sont distinguées deux situations :

- Si la nouvelle capacité est exprimée dans la même unité de mesure que la capacité d'origine de l'ESSMS (places, lits...), le seuil d'extension de droit commun de 30 % s'applique.
Exemple : conversion de 40 places d'U/ESLD en 40 places d'EHPAD. Les capacités sont exprimées dans la même unité de mesure. On fait donc une application du seuil d'extension de droit commun pour la computation de l'augmentation. Si l'opération de transformation s'accompagne d'une extension de capacité d'au moins 30 % de la capacité de référence de l'établissement (soit 12 places), la procédure d'appel à projet s'applique;
- Si la nouvelle capacité n'est pas exprimée dans la même unité de mesure, le seuil d'extension correspond à une augmentation d'au moins 30 % des produits de la tarification induite par le projet au regard des dotations annuelles prévisionnelles de l'établissement ou du service.

Exemple : projet de transformation d'un établissement de 10 places avec un coût à la place de 30 000 € en établissement dont la capacité est exprimée en file active avec des produits de la tarification fixés à hauteur de 300 000 €. Cette situation n'entraîne pas la mise en œuvre de la procédure d'appel à projet car le montant des produits de la tarification reste identique.

Ce n'est que lorsque le projet de transformation envisagé aboutit à une augmentation d'au moins 30 % des produits de la tarification, que la procédure d'appel à projet doit être mise en œuvre.

Exemple : projet de transformation d'un établissement de 10 places avec un coût à la place de 30 000 € (soit 300 000 € de produits de la tarification) en ESSMS dont la capacité est exprimée en file active et pour lequel le montant des produits de la tarification est fixé à hauteur de 390 000 €. Dans ce cas, le projet envisagé entraîne une augmentation d'au moins 30 % des produits de la tarification. Il requiert donc la mise en œuvre de la procédure d'appel à projet.

Cette disposition a vocation à encourager la restructuration de l'offre dans un cadre formalisé qui sera celui du CPOM.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



FOCUS

EXTRAIT DU COMPTE-RENDU DU GROUPE DE TRAVAIL CPOM DANS LE CADRE DE « RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS »

Les engagements intéressants à inscrire dans le CPOM pour favoriser la mise en œuvre de la réponse accompagnée :

- ▶ **Décrire l'offre de service des ESMS** : inviter les ESMS à décrire leurs spécificités / les compétences particulières et qualifications développées par les équipes, inciter les ESMS à concevoir et à décrire différemment leur offre de service (en prestations, dispositifs, pôles de compétences et de prestations externalisées ou PCPE, réponses modulaires favorisant la logique de parcours et accompagnant la dynamique d'inclusion des personnes).
PCPE : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/04/cir_40807.pdf;
- ▶ **Définir des engagements des ESMS** : être partie prenante du Groupe opérationnel de synthèse (GOS), désigner des coordonnateurs de parcours, proposer des réponses « modulaires » en complémentarité avec d'autres structures sanitaires et médico-sociales, ou l'école si nécessaire, contribuer au suivi de la démarche « réponse accompagnée » notamment aux indicateurs;
- ▶ **Contractualiser sur les objectifs suivants** :
 - Le développement de solutions d'accueil séquentiel;
 - Le positionnement de l'offre de service « sur le territoire » et l'« ouverture sur l'extérieur »;
 - Le développement de coopérations entre les structures (la réponse adéquate ne passant pas nécessairement par le développement par le gestionnaire d'une offre mais par la mise en complémentarité des réponses entre gestionnaires);
 - La « file active » particulièrement pour les gestionnaires pluri-activités;
 - La formation des professionnels et l'évolution des pratiques;
 - La transmission d'informations : structuration d'un dossier usager, listes d'attente, activités, places vacantes en temps réel, etc. en lien avec le développement de SI ESMS cohérents avec les attendus des chantiers SI MDPH et orientations;
 - La politique et les procédures d'admission (contractualisées avec des retours aux MDPH) et les départements (pour l'aide sociale), la motivation des refus, etc.;
 - Le « calendrier de transformation » dans lequel il est demandé au gestionnaire de s'inscrire.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



FOCUS

LE CPOM POUR LES ESAT, UN LEVIER D'AMÉLIORATION DES PARCOURS ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES DANS ET VERS L'EMPLOI

Le CPOM a vocation à participer à l'amélioration des parcours et de l'accompagnement des personnes en offrant un cadre adapté à la transversalité et à la transformation de l'offre proposée par les établissements et services. Les ESAT sont à ce titre concernés par ces évolutions.

Les ESAT qui accueillent et accompagnent des personnes en situation de handicap dans l'emploi ont la particularité de gérer deux budgets : un budget économique lié aux activités économiques des ESAT et un budget social désormais intégré dans l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) médico-social.

Un plan d'adaptation national du secteur adapté-protégé lancé à la suite du CIH (Comité interministériel du handicap) de septembre 2013

À la suite du CIH du 25 septembre 2013 qui comporte un volet emploi des personnes handicapées, la ministre déléguée chargée des Personnes handicapées annonce le 3 décembre devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), le lancement d'un plan d'aide à l'adaptation du secteur protégé et adapté. Dans le secteur protégé, près de 120 000 travailleurs handicapés exercent une activité à caractère professionnel dans 1 353 structures de travail protégé de type ESAT avec un accompagnement adapté à leurs besoins.

Les enjeux sont :

- ▶ Soutenir et renforcer la politique d'inclusion en milieu ordinaire des personnes handicapées et de façon plus large, la fluidité des parcours ;
- ▶ Définir les conditions de décroisement, de collaborations interministérielles nécessaires à ces parcours ;
- ▶ Opérationnellement, il s'agit :
 - De contribuer à l'organisation d'une politique transversale autour des parcours de travailleurs d'ESAT-EA vers le milieu ordinaire/classique de travail ;
 - De contribuer plus spécifiquement en ESAT au développement des temps partiels ;

- D'outiller les acteurs institutionnels et opérationnels autour de ces parcours en illustrant le « champ des possibles » à partir d'actions concrètes directement remontées par les opérateurs de terrain et parfois capitalisées pour la première fois ;
- De repérer les freins à lever et les leviers permettant d'impulser une dynamique de parcours au regard des thématiques du plan (temps partiel, transition vers le milieu classique de travail) et ce, à tout niveau (établissements et organismes gestionnaires, territorial ou réglementaire).

Cette dynamique s'inscrit désormais dans les orientations de la CNH et l'ensemble des initiatives relatives à la sécurisation des parcours professionnels en ce qu'ils :

- ▶ Intègrent le parcours des personnes handicapées dans le cadre d'un dispositif global d'accompagnement durable vers et dans l'emploi ;
- ▶ Identifient les étapes-clés des parcours au plus près des capacités, besoins et projets des personnes handicapées autour de deux axes :
 - L'accès au milieu ordinaire/classique de travail ;
 - Plus spécifiquement pour les ESAT, la mise en œuvre des temps partiels.
- ▶ Illustrent, en regard de ces étapes clés, les outils, dispositifs et/ou pratiques existantes - potentiellement à développer sur un territoire dans l'intérêt du plus grand nombre.

Un « champ des possibles » large en matière d'adaptation et de sécurisation des parcours qui peut intégrer la négociation d'un CPOM

L'intégration de cette dynamique de parcours dans le cadre de la négociation des CPOM pourrait être reliée à celle afférent aux jeunes en aménagements Creton, en attente d'entrée en ESAT en raison de problématiques communes (diversité des possibilités en sortie, mise en œuvre de temps partiels et autres points mis en avant dans cette phase amont : structures intermédiaires de transition avant l'entrée en ESAT, aide au diagnostic...).

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



Synthèse

Une amélioration des parcours et de l'accompagnement des personnes

Le CPOM a vocation à participer à l'amélioration des parcours et de l'accompagnement des personnes en offrant un cadre adapté à une prise en charge individualisée, grâce à la transversalité et à la transformation de l'offre proposée par les établissements et services.

4. Un changement de culture

Le CPOM représente une évolution d'ampleur dans la gestion des ESMS à travers le rôle des organismes gestionnaires, et ce au service du parcours et de la qualité de l'accompagnement des personnes.

Pour cela, ses objectifs doivent être compris par tous et inscrits dans un changement de culture de l'ensemble des professionnels du secteur.

4.1 La nécessité d'une définition partagée

Le CPOM représente un changement de culture tant pour les autorités de tarification et de contrôle que pour les organismes gestionnaires.

Pour accompagner cette transformation, les parties prenantes du CPOM partagent ensemble les enjeux de la démarche de contractualisation dès l'initiation des échanges.

Faire adhérer les acteurs au sens du CPOM est un préalable nécessaire, s'entendre sur ce que cela implique est indispensable pour mener les négociations sereinement.

Le CPOM n'est pas qu'un outil budgétaire et comptable, il s'agit :

- D'un contrat entre au moins deux parties;
- Avec une dimension pluriannuelle;
- Sur des objectifs à atteindre;
- À l'appui des ressources humaines et financières mobilisables.

Il convient donc d'éviter les risques suivants :

- Donner une vision trop comptable au CPOM;
- Mettre en place des objectifs généralistes;
- Mettre en place des objectifs difficilement atteignables;
- Ne pas mettre en place d'indicateurs de suivi ou mettre en place des indicateurs de suivi inadaptés aux objectifs visés;
- Proposer un CPOM sans intérêt à agir pour l'une des parties signataires.

L'ARS et le CD sont invités à veiller à travailler ensemble dès l'initiation de la démarche en amont des premières rencontres avec le gestionnaire. Dans un second temps, les ATC associent les OG à cette dynamique. La définition d'une programmation commune contribue à cette collaboration en amont des négociations.

ATC et OG doivent être en mesure de dépasser une relation de contrôleur à contrôlé et proposer dans le cadre des CPOM de nouveaux leviers et marges de manœuvre, dans un objectif commun d'amélioration de l'offre proposée.

Cette nouvelle donne constitue un changement de posture et de métier pour de nombreux professionnels, qu'il faudra donc prendre le temps d'accompagner.



Retour d'expériences

Extrait de la monographie SOS Seniors

L'amélioration de la qualité de l'accompagnement

Le CPOM s'inscrit dans la démarche globale d'amélioration de la qualité à travers différents leviers :

- La mise en place d'un nouveau projet d'établissement dans chaque EHPAD à partir d'un socle commun rédigé par le groupe SOS qui reprend l'ensemble des objectifs du CPOM;
- Un bilan annuel du projet d'établissement devra être réalisé;
- Un travail est en cours sur le référentiel d'évaluation interne : « un carnet des engagements ». Il s'agit d'une charte du groupe SOS seniors concernant les prestations socles.

Le CPOM est négocié dans le cadre d'un travail en toute transparence avec l'ARS et le CD, et la dimension qualité est un objectif partagé.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation



FOCUS

CTP vs CPOM

Figure 8 : Différences et points communs entre Convention tripartite pluriannuelle et CPOM

Thématique	Convention tripartite pluriannuelle	CPOM
Type d'outil	Contractuel	
ESMS concernés	EHPAD / mono-établissement	ESMS / pluri-établissement
Objectif principal	Formalisation de l'accord des financeurs d'un EHPAD au profit d'une démarche d'amélioration de la qualité	Outil déterminant les moyens financiers et incluant des objectifs de qualité et d'efficience inscrits dans la pluriannualité
Modalités budgétaires	Conservation de la procédure annuelle de tarification	Fongibilité des crédits (modalités différentes en fonction du type de CPOM). Exonération de la procédure annuelle de tarification, libre affectation des résultats parfois sous conditions
Particularités	CTP signée pour cinq ans avec peu d'échanges sur les objectifs en cours de mise en œuvre	Pluriannualité et souplesse dans la mise en œuvre des objectifs Des dialogues de gestion et des échanges réguliers

4.2 Un levier d'évolution de la gouvernance

Le changement de paradigme opéré par le CPOM implique la mise en place d'un portage politique et stratégique fort.

Au sein de l'ARS, le Directeur général (DGARS), garant de la dynamique de la démarche, porte un message fort en faveur de la contractualisation et de ses objectifs et promeut la politique de contractualisation.

Le Président du Conseil départemental (PCD) ou son représentant³¹, s'investit pleinement dans la démarche de contractualisation, et inscrit sa collectivité au côté de l'ARS en co-construction de la politique de contractualisation dès le démarrage. S'assurant de l'harmonisation avec les politiques d'organisation de l'offre, le DGARS et le PCD définissent la politique de contractualisation et les objectifs associés, prenant en compte les spécificités des territoires.

Les ATC mettent en place une organisation dédiée afin de mener à bien la conduite des négociations (précisée dans la deuxième partie).

Celle-ci est formalisée dans un document qui précise les responsabilités des acteurs et le cas échéant, organise la formation et la montée en compétence des professionnels.

Outil à télécharger



OUTILS D'APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Outil	PROCÉDURE DE COMITOLOGIE
Objectif	Préciser les points clés dans la mise en place d'une comitologie pour la négociation du CPOM
Pour qui	ARS, CD et OG engagés
Quand	Lors de la réunion de lancement, pour déterminer les modalités d'association des acteurs
Outil	FICHE RÔLE DU RÉFÉRENT CPOM
Objectif	Définir les modalités d'implication des référents CPOM dans la démarche à chaque étape
Pour qui	OG / ESMS et ATC (autorités de tarification et de contrôle: ARS / CD)
Quand	Lors du lancement de la démarche CPOM

De la même manière, pour les organismes gestionnaires, le CPOM peut être un levier pour réformer la gouvernance. Il implique une évolution des rôles des acteurs au sein de l'organisme gestionnaire. C'est notamment le cas dans le secteur privé non lucratif.

31 - Ou le représentant de la Métropole.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

Le Conseil d'administration (CA) doit ainsi se positionner pleinement dans son rôle de validation de la stratégie de l'organisme gestionnaire. Il valide l'engagement de ce dernier dans la démarche de contractualisation, il mandate une personne pour porter la démarche en interne (en général le directeur général si cette fonction existe), et enfin il veille à la mise en œuvre du CPOM dans le respect des valeurs de l'organisme gestionnaire (formalisées dans le projet associatif par exemple). À ce titre un travail important de communication vis-à-vis des membres du CA et le respect des délais de validation interne à l'organisme gestionnaire sont primordiaux pour la conduite du projet. Le CPOM peut être un outil intéressant de réorganisation interne. En effet, le CPOM peut être un levier pour revoir entièrement la structuration de l'OG.

- ▶ Le CPOM peut être par exemple l'occasion de s'interroger sur la pertinence d'une organisation en pôles, de valoriser le fonctionnement en dispositifs et de renforcer les démarches de solidarité financière entre ESMS, de prévoir une plus grande transversalité des postes et de la gestion des ressources humaines, ou bien encore la mise en place de « pool » de remplacement qui viendraient améliorer ou faciliter la gestion des absences en interne à un organisme gestionnaire ;
- ▶ À titre d'exemple, certains organismes gestionnaires se sont organisés de telle manière que le siège, quand il existe, puisse piloter le CPOM. Certains gestionnaires ont alors fait le choix de monter des sièges experts dont le rôle est notamment d'accompagner les ESMS à la mise en œuvre des actions identifiées dans le CPOM ;
- ▶ D'autres organismes gestionnaires se positionnent dans le cadre du CPOM, plutôt en autorité de gestion des enveloppes financières entre les différents ESMS gérés. Leur rôle s'apparente presque finalement à celui d'une autorité de tarification et de contrôle qui veille à la répartition des moyens et demande aux directeurs de rendre compte de la mise en œuvre des actions du CPOM ;
- ▶ Le CPOM peut conduire à des opportunités pour les professionnels telles que la transformation du métier de directeurs mais aussi la possibilité de mettre en place des actions de formation d'accompagnement au changement. Les directeurs peuvent notamment être amenés à piloter le déploiement d'une ou plusieurs actions prévues au CPOM et de se trouver en situation de responsabilité à ce titre ;
- ▶ Dans les situations où le CPOM est plurisectoriel, l'ouverture sur le secteur sanitaire contribue à formaliser les échanges et développer les partenariats et collaborations.

Ces réflexions, structurantes pour les organisations du secteur médico-social, leur permettent de s'adapter aux besoins des personnes accompagnées tout en veillant à rationaliser l'organisation de l'organisme gestionnaire.

Toutefois, si toutes les démarches de mutualisation sont évidemment préconisées et à envisager, il est nécessaire de rester vigilant quant à leur réelle faisabilité pour les professionnels et de mesurer dans le temps leur valeur ajoutée.



Retour d'expériences

Extrait de la monographie Hesperia 71

La structure est organisée par site géographique et dans une dynamique de projet d'établissement en lien avec le rapport Piveteau. Ce dernier a contribué à réinterroger l'organisation de la structure avec une réflexion autour de la mise en place de dispositifs (...).

Ce fonctionnement en dispositifs a fait évoluer l'organigramme en cohérence avec les préconisations du rapport Piveteau :

- Les chefs de service pilotent le dispositif d'accompagnement des personnes ;
- Les moyens sont mutualisés (en cours au niveau médical) ;
- Les directeurs pilotent le(s) ESMS ;
- Un coordinateur d'inclusion scolaire organise l'inclusion des personnes accompagnées avec les partenaires concernés ;
- Un TSO (Technicien des schémas d'organisation) gère essentiellement les plannings et les différents contrats, ainsi que les fonctions logistiques afin de libérer les chefs de service de ces tâches organisationnelles.

4.3 L'implication des usagers et professionnels dans la démarche

Au sein de l'organisme gestionnaire, le directeur général porte la démarche et associe l'ensemble des acteurs, tout au long du processus.

Le CPOM modifie les rôles du siège (quand il existe) et des directeurs d'établissement. Il peut ainsi favoriser le développement d'une démarche de transformation du management et de mobilisation des équipes. La modification éventuelle du rôle du siège et en conséquence de celui des directeurs des établissements et services, doit être autant que de possible anticipée et accompagnée.

Cette dynamique a déjà été renforcée par l'obligation de réalisation des évaluations internes et externes. En effet, les évaluations internes notamment, ont conduit à la mise en place de groupes de travail avec des professionnels afin de les associer aux décisions prises et aux actions à mettre en œuvre. Dans ce contexte, l'ANESM précise qu'il est essentiel de compter sur « un engagement fort de la part des dirigeants ».

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

Figure 9 : L'implication des équipes dans les étapes de la démarche de contractualisation



Outil à télécharger



OUTILS D'APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Outil	PROCÉDURE DE COMITOLOGIE
Objectif	Préciser les points clés dans la mise en place d'une comitologie pour la négociation du CPOM
Pour qui	ARS, CD et OG engagés
Quand	Lors de la réunion de lancement, pour déterminer les modalités d'association des acteurs

Par ailleurs, pour un organisme gestionnaire de plusieurs structures, le CPOM change les relations entre directeurs d'une part, et entre les directeurs et le siège d'autre part, et ceci dès la mise en place d'une nouvelle répartition des moyens alloués (jusqu'à présent par établissement). En effet une forme de solidarité est requise dès lors que le CPOM permet de compenser les déficits d'un ou plusieurs établissements de l'organisme gestionnaire au sein du périmètre du CPOM. Ainsi, il convient pour les directeurs d'admettre que leur bonne gestion de l'établissement ou du service contribue à renforcer le fonctionnement d'un autre établissement ou service dirigé par un collègue et dont la situation est plus fragile. Cette solidarité nécessite un partage d'information entre les directeurs d'un même organisme gestionnaire et renforce par la même occasion la notion d'organisme gestionnaire.



Retour d'expériences

Extrait de la monographie

APEI Sablé Solesmes

Communiquer auprès des professionnels

Les équipes ont été insuffisamment associées au CPOM, entraînant un manque d'appropriation de celui-ci, et une déception de leur part. Le CPOM a été élaboré de manière cloisonnée (ce qui correspondait aux modalités de fonctionnement de l'association lors des négociations), les directeurs et chefs de service n'ont pas échangé ni partagé leurs enjeux et besoins. (...)

Par ailleurs, les équipes n'ont pas été informées des enjeux de la signature d'un CPOM, et ne se sont donc pas emparées de l'outil. (...)

La communication à destination des équipes doit s'accompagner d'une démarche de formation et de sensibilisation aux nouveaux enjeux du secteur. Les administrateurs doivent également être sensibilisés à la démarche CPOM et plus globalement aux nouveaux enjeux liés à l'évolution du secteur, afin de les responsabiliser dans leurs prises de décisions.

La démarche de négociation et de mise en œuvre d'un CPOM s'inscrit dans la même logique. Il convient d'impliquer les équipes à toutes les étapes de la démarche (Fig. 9).

La phase de diagnostic est notamment l'occasion de partager les freins et leviers repérés dans le fonctionnement de l'OG et/ou des ESMS. Il est important de communiquer sur le CPOM et de partager la vision prospective.

Les instances représentatives du personnel peuvent être identifiées parmi les parties prenantes de la démarche. Les modalités de leur implication telles que définies réglementairement, sont précisées dans l'instruction proposée par la DGCS.

Dès le diagnostic, il convient d'associer les professionnels mais également les usagers. Ainsi, certains organismes gestionnaires ont choisi de responsabiliser les directeurs en leur donnant pour mission de rapporter l'avancement de groupes de travail mis en place en interne. Les directeurs sont ainsi responsables de l'avancement des travaux de ces groupes de travail qui peuvent être l'occasion de faire participer les instances représentatives du personnel, les professionnels et les usagers. Il est également possible de consolider à cette occasion, les comptes-rendus des derniers CVS afin d'identifier les attentes des usagers exprimés lors de ces réunions.

Confier aux professionnels la responsabilité d'actions du CPOM favorise sa mise en œuvre et la dynamique enclenchée dans la structure : le CPOM devient l'affaire de tous.

Chapitre 1

Les enjeux de la contractualisation

Si ces réflexions en termes de management sont essentielles, il convient également de veiller à ce que les usagers soient informés de la démarche. En effet, dès lors que le CPOM vise la mise en place de projets innovants, porte une réflexion sur l'amélioration de l'organisation de la structure ou promeut tout autre type de projet pouvant avoir un impact sur les usagers (exemple, un projet immobilier), il paraît essentiel a minima de les en informer³², et dans l'idéal de les faire participer activement à certains choix. Quelle que soit la situation des personnes accompagnées, il convient de réfléchir aux meilleurs moyens de les impliquer dans la démarche, en s'appuyant sur leurs atouts et compétences. Ainsi, l'information régulière du CVS de la mise en œuvre du CPOM, l'affichage de documents de suivi du CPOM dans les couloirs d'une structure, la traduction de certains documents pour les rendre accessibles, la sollicitation des usagers pour exprimer leurs priorités en termes de choix, sont autant d'actions qui contribuent à l'implication des usagers et permettent l'appropriation des enjeux globaux du CPOM. Bien que le CPOM soit perçu comme parfois trop technique pour impliquer les usagers, il convient de réfléchir au maximum à la manière dont les usagers peuvent être impliqués et informés car concernés.

Pour que l'information soit abordée clairement avec les usagers, cela implique que les professionnels eux-mêmes soient informés des enjeux du CPOM. Pour cela, le directeur doit lui-même prendre le temps de transmettre cette information et se tenir à jour sur les évolutions du secteur. Il s'agit d'un renforcement de la fonction de direction qui sort de la gestion pure, pour se tenir également informé de l'évolution de l'environnement de l'ensemble des structures parties prenantes au CPOM.



Synthèse

Un changement de culture

Le CPOM répond à des enjeux stratégiques qui impliquent un travail partenarial renforcé. Les transformations en cours dans le secteur médico-social nécessitent de mobiliser l'ensemble des organisations, des professionnels et des usagers autour d'objectifs partagés, selon une méthodologie définie dans la partie 2 « Les étapes de la contractualisation ».

32 - La participation des usagers au fonctionnement de l'établissement a été renforcée par la loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle permet aux directeurs de recueillir l'avis des usagers sur l'organisation générale de la structure dont la gestion immobilière par exemple.



2

Les étapes de contractualisation

La démarche de contractualisation implique la mise en place d'une méthode de gestion de projet, qui s'inscrit dans une programmation et un travail conjoint ARS / CD en lien avec l'OG. À ce titre, ce projet peut faire l'objet d'un calendrier de mise en œuvre portant sur les étapes suivantes :

- La mise en place de la démarche ;
- Le diagnostic et la négociation ;
- La mise en œuvre, le suivi et le renouvellement.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

1. Démarche et prérequis	p. 36
La programmation	p. 36
La politique de contractualisation	p. 38
Le lancement du projet de contractualisation	p. 38
2. Diagnostic et négociation	p. 41
Diagnostic : réalisation et partage	p. 41
Négociation des objectifs et des modalités associées	p. 42
3. Mise en œuvre, suivi et renouvellement	p. 44
La mise en œuvre et le suivi	p. 44
Le renouvellement	p. 46
Le bilan de la démarche de contractualisation	p. 47

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

La démarche de contractualisation nécessite la mise en œuvre de plusieurs étapes.

Outil à télécharger



OUTILS D' APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Outil	CHECK-LIST
Objectif	Présenter les différentes étapes d'une démarche de contractualisation. L'utilisateur peut déterminer les étapes qu'il souhaite mettre en œuvre, et les cocher lors de leur réalisation
Pour qui	ARS et CD (ainsi que les OG/ESMS)
Quand	Lancement de la démarche par l'ARS et le CD

1. Démarche et prérequis

La co-construction est transversale à la démarche et dépend d'une forte articulation entre ARS et CD, en vue de la conclusion de **CPOM tripartites, voire multipartites**.



FOCUS

LES CPOM MULTIPARTITES

Intérêts d'un CPOM tripartite ou multipartite

- ▶ Renforcer la crédibilité des ATC qui s'entendent sur des modalités de travail et des objectifs communs;
- ▶ Travailler en partenariat avec l'ensemble des acteurs concernés autour du parcours pour répondre aux besoins des personnes accompagnées;
- ▶ Mettre en place des objectifs spécifiques autour de problématiques communes ou de perspectives de mutualisation (exemples : frais de transport, blanchisserie...).

Leviers

- ▶ S'accompagner mutuellement afin de disposer de niveaux de connaissance identiques dans un contexte de réorganisation;
- ▶ Co-construire la programmation et la politique de contractualisation pour promouvoir des outils communs et définir les conditions d'un même niveau d'information;
- ▶ Assurer la continuité : Définir des équipes dédiées pour chaque partie prenante pour identifier des référents et des méthodes de travail partagées;
- ▶ Co-porter la démarche : Courriers communs et réunions systématiquement en présence des deux ATC;
- ▶ Communiquer et être transparent : Mettre en place des réunions communes entre ATC pour s'assurer de porter un message commun devant l'organisme gestionnaire.

Points de vigilance

Le tripartisme ou multipartisme sera plus complexe à mettre en œuvre sur les aspects financiers, notamment au regard des pratiques différentes de financement.

1.1 La programmation

Conformément aux dispositions de la loi ASV et de la LFSS pour 2016, les ATC sont amenées à définir une programmation des signatures des CPOM³³. Dans le cadre de celle-ci, les ATC peuvent s'appuyer sur leur connaissance des organismes gestionnaires et des établissements et services afin d'échelonner la signature des CPOM.

Elles définissent conjointement des priorités en fonction de l'échéance des conventions tripartites et des CPOM échus.

Elles peuvent également prendre en compte les critères suivants au regard du contexte local.

1.1.1 Priorités territoriales

Elles sont généralement identifiées au regard des objectifs du PRS et des schémas, mais également en réalisant un état des lieux du territoire (par exemple dans le cadre d'un diagnostic territorial).

33 - Il appartient aux ATC de programmer de manière pluriannuelle le passage au CPOM d'après l'instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation



FOCUS

EXTRAIT DU COMPTE-RENDU DU GROUPE DE TRAVAIL CPOM DANS LE CADRE DE « RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS »

Quels sont les points clés à traiter pour prioriser et programmer les CPOM ?

Un état des lieux territorial peut être réalisé pour identifier les points suivants, en procédant soit par une approche par les besoins, soit par une approche par l'offre :

Approche par les besoins

- ▶ Nombre et description des situations sans solution (pour cibler l'offre à structurer);
- ▶ Analyse des écarts entre orientations MDPH et la réalisation de ces orientations (satisfaites ou non satisfaites);
- ▶ Analyse des doubles orientations quand elle est possible (identification des réponses alternatives et des cibles);
- ▶ Analyse des listes d'attente (en ayant en tête les limites de cette analyse en l'absence d'un SI généralisé : inscriptions « par précaution » et/ou sur des listes d'attente multiples);
- ▶ Analyse des inadéquations dans les structures (afin de ne pas conforter les inadéquations « en cascade » ex - FV / FAM / MAS);
- ▶ Analyse sur les dérogations d'âge (PHV en EHPAD).

Approche par l'offre

- ▶ Identification des structures et gestionnaires pouvant offrir une panoplie de réponses à combiner pour structurer des parcours (limite identifiée : filiarisation);
- ▶ Identification des structures et gestionnaires pionniers dans les réponses « modulaires »;
- ▶ Analyse sur les compétences ou qualifications spécifiques que les structures ont développées au-delà de la connaissance des autorisations et agréments;
- ▶ Analyse sectorielle fine sur différents segments de l'offre en particulier celle organisée « dispositif ».

37

1.1.2 Niveau de maturité de l'organisme gestionnaire

Le niveau de maturité de l'organisme gestionnaire se mesure sous différents aspects : sa connaissance de l'outil CPOM d'une part et son volontariat, et sa structuration d'autre part.

En effet, l'organisme gestionnaire devient l'interlocuteur privilégié des autorités de tarification et de contrôle, il organise et coordonne le fonctionnement de l'ensemble des ESMS qu'il gère.



Retour d'expériences

Extrait de la monographie d'OVE

Être doté d'un niveau de maturité suffisant

Le gestionnaire doit disposer d'un niveau de maturité suffisant pour s'engager dans un CPOM. Il doit être suffisamment structuré pour assurer le pilotage du CPOM à un niveau « direction générale ». On ne peut rester au niveau des ESMS, qui ne permet pas de disposer d'une vision globale, stratégique, territoriale, qui fasse le lien avec les orientations départementales/régionales. Il faut un système d'information suffisamment développé, des cadres techniques (production du GVT, effet noria).

L'effet noria est la mesure de l'économie obtenue par une entreprise lors du remplacement de salariés âgés par des salariés plus jeunes, à effectif constant.

Le glissement vieillissement technicité est l'une des trois composantes de l'évolution de la masse salariale.

1.1.3 Situation de l'organisme gestionnaire

Certains CPOM permettent d'accompagner le rééquilibrage financier d'établissements, ou sont signés à la suite de la mise en place de plans de retours à l'équilibre.



Retour d'expériences

Extrait de la monographie de PEP 25 - PEP 21 La pérennisation de l'activité des ESMS PEP 25

Le CPOM vise à sécuriser financièrement l'ITEP des PEP 25. En effet, même si en pratique, la réorganisation a eu lieu antérieurement au CPOM, elle était en lien avec sa signature. L'ITEP est passé en dotation globale avec la signature du CPOM.

Le CPOM a prévu le plan de financement suivant :

- Des apports permettant la création des locaux du CEEDA avec des crédits non reconductibles;
- Des amortissements permettent de relancer les constructions sur l'ITEP sur deux pôles : Saint-Vit et Dole, et impliquant :
 - Des suppressions de postes;
 - Des économies d'énergie (divisées par deux).

De tels projets ne pouvaient être envisagés en dehors d'un CPOM, compte tenu des moyens financiers induits. L'ARS souhaitait une garantie de pérennité de la structure pour s'engager. L'inscription dans un CPOM avec plusieurs associations départementales apporte cette garantie.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation



Préconisation

La programmation définie est réaliste pour l'ensemble des acteurs

Chaque année en France près de 4 000 établissements et services médico-sociaux vont contractualiser un CPOM (primo-signature ou renouvellement). Ainsi, la programmation (échelonner sur 5 ans les établissements inscrits dans la démarche) est l'un des enjeux majeurs du secteur médico-social.

Il convient de veiller à ce que la programmation soit validée par le DGARS et le PCD, afin de proposer un message commun.

Elle doit aussi être tenable et justifiable pour tous les acteurs en termes de calendrier et de charge de travail. Idéalement, l'entrée dans la négociation prend en compte les validations éventuelles par les instances de gouvernance des organismes gestionnaires.

1.2 La politique de contractualisation

Cette programmation doit s'articuler avec la mise en place d'une politique de contractualisation afin de définir les objectifs poursuivis par le CPOM.

La construction d'une politique de contractualisation est d'autant plus importante pour les CPOM multipartites qui impliquent de s'entendre sur une définition commune, une méthodologie partagée, et de construire des outils communs.

En effet, la demande de communication de documents différents à l'organisme gestionnaire par chaque ATC entraîne une charge administrative.



Retour d'expériences

Extrait de la monographie de l'APF Nord Pas De Calais
Disposer de documents socles partagés par les autorités

Le cadre de la négociation n'était pas fixé, et les autorités de tarification ne s'étaient pas entendues sur un socle documentaire et des outils communs.

L'APF a dû proposer ses propres outils et s'adapter aux demandes spécifiques de chaque financeur.

Par ailleurs, les autorités de tarification n'avaient pas défini une stratégie commune et n'organisaient pas de temps d'échange conjoints entre les réunions mensuelles avec l'association, ce qui a freiné l'avancement du projet et la prise de décisions.

La politique de contractualisation détaille les enjeux et objectifs visés par la démarche de contractualisation, les choix réalisés dans le cadre de la programmation, les axes poursuivis dans le cadre du PRS et du SDOSMS ainsi que le cadre méthodologique de la démarche. Elle peut par exemple préciser qu'il convient de fixer un nombre d'objectifs restreints.

Il convient de veiller à ce que la politique de contractualisation mise en œuvre s'adapte aux spécificités des structures. En effet, les attentes ne peuvent pas être les mêmes pour un organisme gestionnaire d'un grand nombre d'établissements que pour un OG mono-établissement.

Elle permet de générer des gains de temps en définissant les règles du jeu de la contractualisation et sert de base à la discussion entre les ATC et l'OG.



Préconisation

Partager et expliciter la politique de contractualisation auprès des organismes gestionnaires permet de lancer la démarche sur des bases communes.

L'ARS et le CD peuvent organiser des réunions de concertation régionale afin d'explicitier aux organismes gestionnaires les choix effectués dans la définition de la politique de contractualisation ainsi que dans la stratégie de programmation.

Cela permet de lancer la démarche de contractualisation sur une base partagée en présence de l'ensemble des acteurs.

1.3 Le lancement du projet de contractualisation

Il est souhaitable de confirmer la décision d'inscrire un organisme gestionnaire et ses établissements dans un processus de contractualisation par l'accord de principe de l'organisme gestionnaire et/ou par la validation du Conseil d'administration ou de l'organe délibérant³⁴. La prise de contact entre le gestionnaire et les ATC marque le début de la négociation.

Ce lancement du projet de contractualisation peut se matérialiser par l'organisation d'une **réunion de lancement**. Cette première réunion permet notamment de poser les bases des travaux qui vont suivre et de veiller à ce que les pré-requis à la contractualisation soient bien réunis.

34 - Cf. 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.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

Elle permet aux parties prenantes d'avoir une définition partagée du CPOM, de ses enjeux, des objectifs et des marges de manœuvre disponibles. Une transparence totale quant à ces dernières est à rechercher. Elle est également essentielle pour définir la méthode à adopter, et le périmètre du CPOM qui permettra **d'identifier les acteurs impliqués** et de les solliciter.

Définir le périmètre du CPOM permet d'identifier les structures impliquées dans la négociation³⁵ : champ, public visé, périmètre géographique, etc., et d'adapter la méthodologie.

La réunion de lancement détermine le calendrier de négociation. Afin de mener à bien le planning fixé, il est indispensable d'anticiper les aléas pouvant intervenir au cours de la démarche et de prendre en compte les facteurs clés de succès.

À l'issue de la réunion de lancement, les acteurs partagent une définition du CPOM et son contenu et se sont assurés de leur intérêt à agir. Ils ont défini les différentes étapes et la comitologie du CPOM (nombre de rencontres, planning prévisionnel, personnes impliquées). Enfin, ils ont défini leurs attentes respectives vis-à-vis de l'étape suivante : la réalisation du diagnostic partagé.

Figure 10: Aléas et facteurs de succès de la démarche de contractualisation

Aléas à anticiper	Facteurs de succès
• Calendriers de négociation concomitants avec les campagnes budgétaires • Articulation des calendriers des démarches de l'OG et des ESMS (évaluation, PPI, frais de siège) • Négociations impliquant des mises à jour d'arrêtés d'autorisation • Validations devant intervenir auprès de différentes instances • Changements de gouvernance et turnover des personnels • Désaccords portant sur les moyens, objectifs et délais • Doublons dans les demandes formulées	• Une bonne communication au sein de l'OG et entre ARS / CD • Désignation de référents garants de la continuité des travaux et assurant le lien entre tous les acteurs selon leur compétence • Un soutien du DGARS et du PCD • Une confiance partagée entre tous • Une politique de contractualisation commune • Des outils structurés partagés (notamment un rétroplanning précisant les délais) • De la simplicité et du pragmatisme en se concentrant sur les grandes orientations

35 - Cf tableau présenté en annexe 1.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

Outil à télécharger



OUTILS D' APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Une série d'outils permet de mener à bien le lancement de la négociation du CPOM

Outil	Check-list des points à aborder lors d'une réunion de lancement	Outil	Matrice RACI
Objectif	Aborder tous les points requis lors de la réunion de lancement de la démarche CPOM	Objectif	Proposer un outil d'identification des rôles des différents acteurs dans le cadre du CPOM
Pour qui	ARS, CD et OG engagés	Pour qui	OG/ESMS et ATC (autorités de tarification et de contrôle : ARS/CD)
Quand	Après information de l'OG de son inscription dans la programmation et accord de ce dernier pour s'engager dans cette démarche	Quand	Lors du lancement de la démarche CPOM
Outil	Cartographie des acteurs	Outil	Rétroplanning
Objectif	Identifier toutes les parties prenantes pouvant être impliquées dans la démarche CPOM afin de les associer	Objectif	Proposer des outils méthodologiques permettant d'organiser la démarche de négociation du CPOM sur le plan chronologique
Pour qui	OG/ESMS et ATC (autorités de tarification et de contrôle : ARS/CD)	Pour qui	OG/ESMS et ATC (autorités de tarification et de contrôle : ARS/CD)
Quand	Lors du lancement de la démarche CPOM	Quand	Lors du lancement de la démarche CPOM
Outil	Cartographie des sources d'outils d'appui	Outil	Fiche rôle du référent CPOM
Objectif	Recenser dès le lancement de la démarche, les outils préexistants utiles au CPOM et identifier leur intérêt dans le cadre des différentes phases du CPOM	Objectif	Définir les modalités d'implication des référents CPOM dans la démarche à chaque étape
Pour qui	OG et ATC	Pour qui	OG/ESMS et ATC (autorités de tarification et de contrôle: ARS/CD)
Quand	Lors du lancement de la démarche	Quand	Lors du lancement de la démarche CPOM
Outil	Procédure de comitologie		
Objectif	Préciser les points-clés dans la mise en place d'une comitologie pour la négociation du CPOM		
Pour qui	ARS, CD et OG engagés		
Quand	Lors de la réunion de lancement, pour déterminer les modalités d'association des acteurs		

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation



Retour d'expériences

Extrait de la monographie de l'ILVM

Être transparent dans les négociations

Il est primordial que les ATC annoncent dès le début des négociations les contraintes qui vont s'imposer, tels que l'impossibilité de création de postes, l'absence de moyens supplémentaires, etc.



Préconisation

La réunion de lancement permet de construire un processus de négociation partagé

Pour ce faire, les acteurs construisent un processus permettant de garantir la disponibilité et la continuité de la relation, produisent un compte-rendu de ces échanges, et diffusent l'échéancier et la comitologie actés en réunion de lancement.



Synthèse

La démarche et ses prérequis

La préparation de la phase de négociation à travers la formalisation des objectifs, la définition de la méthodologie, la réunion des acteurs, permet de faciliter la conduite de la démarche de contractualisation en partant sur des bases communes.

Par ailleurs, la méthodologie ne peut pas être la même pour un CPOM comptant cent structures que pour un CPOM mono-établissement.

Suite à l'identification des objectifs et du contenu, afin de faciliter cette démarche, et dans un souci d'efficacité, les ATC peuvent proposer à l'OG une trame pré-remplie à partir des données dont ils disposent déjà concernant les ESMS, ou concernant le territoire. Il faut éviter que les structures se voient demander plusieurs fois la même chose. L'outil « cartographie des sources d'outils d'appui » précise les sources de données disponibles et utiles au diagnostic.

Outil à télécharger



OUTILS D'APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Outil	Cartographie des sources d'outils d'appui
Objectif	Recenser dès le lancement de la démarche, les outils préexistants utiles au CPOM et identifier leur intérêt dans le cadre des différentes phases du CPOM
Pour qui	OG et ATC
Quand	Lors du lancement de la démarche



FOCUS

EXTRAIT DU GUIDE ANESM

« Établissements et services : valorisez vos évaluations ! Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement ».

Les résultats des évaluations, la démarche d'amélioration continue : des supports utiles pour la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM)

Le rapport d'évaluation externe : support au diagnostic partagé.

La signature d'un CPOM s'appuie au préalable sur un diagnostic partagé permettant d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat. Le diagnostic partagé sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM. Lorsque l'évaluation externe est réalisée avant la conclusion du CPOM, le rapport dans lequel figure l'abrégé et la synthèse (respectant un modèle commun à l'ensemble des rapports d'évaluation externe) est un support particulièrement utile pour cet état des lieux, sous réserve de calendriers proches.

2. Diagnostic et négociation

2.1 Diagnostic : réalisation et partage

Avant de s'engager dans une démarche de contractualisation, les acteurs s'engagent à mettre à plat les modalités de fonctionnement de l'organisme gestionnaire concerné pour identifier notamment ses points forts et ses points faibles, les partager afin qu'ils soient connus de tous, et ainsi intégrer cet état des lieux dans la négociation du CPOM.

Le diagnostic constitue l'une des bases des réflexions qui seront menées autour des objectifs de l'organisme gestionnaire et des établissements.

Les parties prenantes s'entendent sur les objectifs de ce diagnostic avant d'en formaliser le contenu lors de la réunion de lancement :

- ▶ À quoi va servir le diagnostic ?
- ▶ Quelles sont les informations dont elles ont besoin ?
- ▶ Quelles sont les priorités à observer ? Le diagnostic ne doit pas être trop dense, il peut donc être nécessaire de définir des priorités.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

Le tableau de bord de la performance représente une source non négligeable d'informations, données et indicateurs utiles au CPOM, les données de comparaison permettant d'apporter des éléments utiles pour le diagnostic partagé³⁶.

D'autres partenaires peuvent apporter leur contribution au diagnostic et peuvent être sollicités en amont.



FOCUS

EXTRAIT DU COMPTE-RENDU DE L'ATELIER CPOM DANS LE CADRE DES TRAVAUX DE « RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS »

En amont de la négociation : quels sont les éléments dont les partenaires doivent disposer pour préparer l'échange avec l'ESMS sur réponse accompagnée ?

Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont une source importante d'information. Les CPOM ne peuvent se faire sans une analyse des besoins des territoires, et la MDPH peut avoir une vision sur ces éléments, notamment sur le plan territorial.

Il faut associer les bons acteurs autour de la table selon une méthode intégrée. Un prérequis pourrait être de poser ensemble un diagnostic territorial en croisant l'ensemble des éléments disponibles.

Les analyses doivent être conduites à une échelle garantissant la prise en compte de la proximité (échelle départementale, infra-départementale, territoires de filières, etc.).

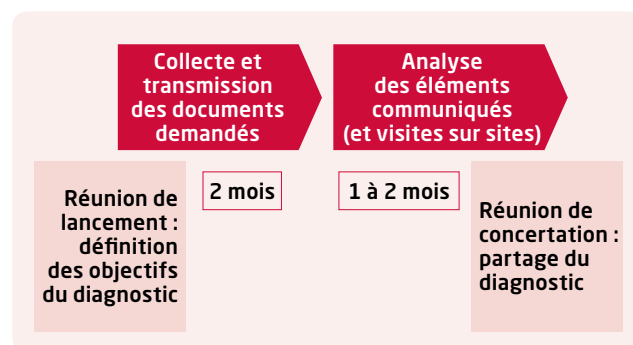
Le diagnostic doit être partagé (sa réalisation, sa compréhension) au-delà des signataires du CPOM. Il s'agit d'impliquer particulièrement les MDPH et les services de l'Éducation nationale.

L'OG formalise un diagnostic de l'organisme gestionnaire et des structures comprises dans le périmètre du CPOM, à partir des informations récupérées en interne.

Après réception des éléments transmis par l'OG, les ATC les analysent. Enfin, une à plusieurs réunions de concertation permettent de valider le diagnostic et le partager.

Le groupe de travail restreint estime à 4 mois la durée nécessaire pour réaliser le diagnostic partagé, soit 2 mois pour que l'OG transmette les documents sollicités, 1 mois pour l'analyse des éléments par les ATC, et si nécessaire 1 mois en cas de visites sur site (Fig. 11).

Figure 11 : Chronologie de réalisation du diagnostic partagé



Préconisation

Pour que le diagnostic soit partagé : il faut une alimentation par tous les acteurs et une analyse partagée du diagnostic

Le partage du diagnostic est essentiel pour partir sur des bases solides pour les cinq années du CPOM dans une démarche de transparence et de confiance.

2.2 Négociation des objectifs et des modalités associées

La négociation débute dès le lancement de la démarche de contractualisation avec la réunion de lancement. Puis, sur la base du diagnostic partagé et à partir de la définition de l'attente de l'ensemble des parties prenantes, elle porte concomitamment sur la définition des objectifs du CPOM et des moyens pour les atteindre.

Lors de la réunion de concertation et de partage du diagnostic, les parties prenantes définissent les orientations du CPOM à partir de la politique de contractualisation et du projet de l'organisme gestionnaire et élaborent une première trame.

³⁶ - Anesm Établissements et services : valorisez les résultats de vos évaluations ! Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

2.2.1 La définition des objectifs

La définition d'un objectif est essentielle pour s'assurer de sa faisabilité et de sa mesurabilité à l'aide d'un indicateur.



FOCUS

EXTRAIT DU GUIDE ANESM

« Établissements et services : valorisez vos évaluations ! Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement ».

Les résultats des évaluations, la démarche d'amélioration continue : des supports utiles pour la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM)
Le rapport d'évaluation externe : support à la définition d'objectifs prioritaires.

L'abrégeé annexé au rapport d'évaluation externe présente les forces, axes d'amélioration de l'établissement ou du service et en déduit des préconisations. Elles participent à la définition d'objectifs prioritaires. (cf première partie sur les enjeux).

Ce guide apporte également des précisions sur la définition d'un objectif, le passage d'un objectif à une (des) action(s) ainsi que sur la méthode d'élaboration d'une fiche action. Il précise également la nécessité de prioriser les actions.

Chaque objectif est décliné en fiche action afin de le définir de manière opérationnelle. Ces fiches actions³⁷ sont conçues de manière à permettre d'identifier :

- Les orientations stratégiques auxquelles la fiche action se rapporte;
- L'état des lieux et la description de la situation visée à 5 ans;
- Le plan d'actions : les tâches à réaliser pour atteindre l'objectif, l'échéancier, la personne référente et les personnes ressources;
- La mesure des résultats : les indicateurs de réussite, les modalités de calcul, la cible à 5 ans.

Il convient de définir un nombre d'objectifs restreint, notamment afin de faciliter la mise en œuvre et le suivi du CPOM.

Les indicateurs choisis pour suivre la mise en œuvre de ces objectifs doivent être simples et pertinents.

2.2.2 La définition des modalités budgétaires et contractuelles

Les négociations doivent se baser sur un budget base 0, et non pas uniquement à partir du budget n-1, afin d'asseoir les bases financières du CPOM.

Il peut être intéressant de réserver une partie de la dotation ayant pour objectif d'inciter le gestionnaire à faire évoluer son offre de service (adaptation de l'offre, modularité des solutions d'accompagnement).

Concernant la fixation de l'activité, il convient d'être sensible aux impacts que celle-ci peut avoir en cas de non-atteinte de l'objectif fixé³⁸.

La partie du présent guide concernant « Une plus grande autonomie des organismes gestionnaires avec une responsabilité accrue » (**page 16**) précise les règles budgétaires et comptables prévues par les réformes qui ont été menées, notamment sur l'allocation de ressources forfaitaire.

Par ailleurs, dans le cas des CPOM EHPAD (relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF), le CPOM prévoit l'éventuelle délégation de financements complémentaires à la tarification principale :

- Les modalités d'accueil particulières :
 - Hébergement temporaire / accueil de jour / PASA / UHR;
 - Les modalités d'accueil expérimentales ou autorisées dans le cadre d'appels à projets à caractère innovant.
- Les actions relatives à la prévention;
- Les aides à la compensation de frais financiers;
- Les financements pour les situations sanitaires exceptionnelles, etc.

37 - Chapitre 4 du guide Anesm « Établissements et services : Valorisez les résultats de vos évaluations ! Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement ».

38 - Instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

Le groupe de travail restreint estime à 4 mois la durée de la négociation en prenant en compte les allers et retours des différentes versions des documents constitutifs du CPOM. Cette durée indicative ne peut être respectée que si les bases de la négociation ont été présentées lors de la réunion de lancement et si les personnes présentes lors des réunions de négociation

Figure 12 : Chronologie de la négociation



ont un mandat leur permettant de prendre les décisions nécessaires à l'avancée des négociations (Fig. 12).

À l'issue de cette étape, les parties prenantes doivent prendre en compte les délais nécessaires à la signature du CPOM par leurs représentants.

Figure 13 : Chronologie de la signature



Préconisation

Les parties prenantes s'assurent de la faisabilité du plan d'action : nombre d'actions atteignables, indicateurs de suivi pertinents et facilement collectables, calendrier réaliste.



Synthèse

Diagnostic et négociation

La réussite de la phase de diagnostic détermine le contexte de la conduite des négociations. Elle permet de définir des constats objectifs à partir desquels des axes d'évolution peuvent être identifiés.

Le groupe de travail restreint estime à 2 mois la durée nécessaire entre la proposition d'un document final et sa signature effective, sous réserve d'avoir suffisamment anticipé en amont (Fig. 13).

3. Mise en œuvre, suivi et renouvellement

3.1 La mise en œuvre et le suivi

Le CPOM doit vivre à compter de sa signature.

Le suivi du CPOM permet d'identifier régulièrement les besoins du public accueilli et de négocier sur les possibilités d'adaptation de l'établissement.

Pour en faire un outil partagé au sein de l'organisme gestionnaire, favoriser sa mise en œuvre et poursuivre la démarche enclenchée, il convient d'impliquer les acteurs dans la réalisation d'un ou plusieurs objectifs.

S'il est nécessaire d'avoir un référent unique du suivi du CPOM, il est possible d'identifier plusieurs responsables d'actions.

Ces actions sont recensées dans un plan d'action qui permet au CPOM de faire l'objet d'un suivi séquentiel par les parties prenantes.

Le CPOM prévoit des indicateurs de suivi qui permettront de veiller à la bonne atteinte des objectifs. Ces indicateurs doivent également permettre de réajuster certaines actions notamment à la baisse si un objectif paraît trop ambitieux.

39 - Instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation



Retour d'expériences

Extrait de la monographie de l'Institut Le Val Mandé

Faire coïncider les différentes démarches

L'institut a mis en cohérence l'ensemble des démarches internes et fait coïncider les différents calendriers. C'est ainsi que le CPOM a été renouvelé en lien avec le renouvellement du projet d'établissement (2014-2018).

L'institut a atteint l'ensemble des objectifs fixés dans le 1^{er} CPOM et est même allé au-delà.

Le 1^{er} CPOM prévoyait des objectifs ambitieux et précis qui ont été menés à leur terme (volet médicalisation avec foyer médicalisé, restructuration de bâtiments, etc.).

Le fait de s'appuyer sur les démarches complémentaires (Évaluation externe (EE) / Évaluation interne (EI) notamment) a permis de définir de véritables objectifs clairs, précis et atteignables. Par ailleurs, cela a facilité l'engagement des professionnels, conscients de l'articulation et de la cohérence des différents projets (CPOM, Projet d'établissement (PE), EE / EI, Plan pluriannuel d'investissements (PPI)), cette dynamique a contribué à donner du sens au projet de l'ILVM.

Les différentes démarches ont les mêmes échéances et sont mises en cohérence. Un document unique de suivi des actions et des échéances contribue notamment à cette mise en cohérence. Il permet de filtrer les actions en fonction de leur origine (PE, CPOM, EE / EI...).

Modèle de fichier excel « tableau de bord qualité ».

Origine de l'action	Objectif(s)	Action	Pilote de l'action	Date de début	Avancement	Date butoir / de fin	Date du contrôle d'efficacité	Commentaires	Éléments de preuve
---------------------	-------------	--------	--------------------	---------------	------------	----------------------	-------------------------------	--------------	--------------------

45

Outil à télécharger



OUTILS D'APPUI À LA CONTRACTUALISATION

Outil	Outil de suivi d'un plan d'action commun d'appui
Objectif	Proposer un outil de suivi commun de l'ensemble des plans d'actions existants issus de documents différents
Pour qui	OG / ESMS

Ces indicateurs de suivi peuvent être puisés dans des sources déjà existantes telles que le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, les évaluations interne / externe, les indicateurs utilisés localement, les systèmes d'information dédiés, ceux figurant dans le rapport annuel d'activité, etc.³⁹

3.1.1 Comitologie interne

L'organisme gestionnaire peut poursuivre ou aménager la comitologie interne mise en place dans le cadre de la négociation du CPOM en organisant des rencontres régulières afin de faire le point sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des actions du CPOM, en lien avec les responsables d'actions.

3.1.2 Organisation du dialogue de gestion

Conformément aux dispositions précisées dans l'arrêté « CPOM⁴⁰ », un dialogue de gestion est organisé à mi-parcours du CPOM et lors de son renouvellement.

Faculté est également offerte de pouvoir tenir un dialogue de gestion supplémentaire lors de la quatrième année ou à tout moment en cas de situation financière dégradée.

Ces dialogues de gestion sont des moments précieux pour faire un point sur l'avancement des objectifs et la situation financière du CPOM, mais aussi pour évaluer la pertinence des actions à

40 - Arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

41 - Instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : les modifications du CPOM par voies.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

l'épreuve du temps, la réalisation de l'activité, les évolutions de l'offre ou d'organigrammes.

Ils portent ainsi tant sur des aspects quantitatifs que qualitatifs et permet de réunir les acteurs concernés (en charge des financements mais aussi en charge du suivi des objectifs) et en capacité de prendre des décisions. Le dialogue de gestion doit permettre, si nécessaire, la signature d'avenants au CPOM⁴¹.

Le dialogue de gestion est une véritable opportunité pour s'interroger collectivement sur les réussites et les difficultés rencontrées. Par exemple, en cas de difficulté de mise en place d'un partenariat, l'ARS et le CD peuvent intervenir pour appuyer la démarche de l'organisme gestionnaire.

Ces réunions peuvent être organisées au sein des ESMS afin de permettre aux ATC une connaissance plus précise de la situation des structures, et de bénéficier du retour d'expérience de professionnels en charge de la mise en œuvre des objectifs.

Le CPOM intègre les modalités d'organisation du dialogue de gestion ainsi que la trame prévue pour permettre aux parties prenantes d'anticiper son organisation.

Afin d'assurer plus régulièrement le suivi du CPOM, les OG sont chargés de joindre à la clôture de chaque exercice un état réalisé des recettes et des dépenses, qui comporte également un rapport d'activité sur le fonctionnement des ESMS, notamment au regard des objectifs du CPOM.

Les informations recueillies par le référent du suivi du CPOM en interne à l'organisme gestionnaire permettent d'alimenter les données transmises annuellement aux ATC.

Afin de faciliter le dialogue de gestion, l'ARS et le CD sont invités à s'entendre sur les outils de suivi utilisés ainsi que sur les documents à transmettre.

Cette remontée d'informations peut jouer un rôle d'alerte en cas d'écart par rapport aux attendus. À défaut de pouvoir organiser un échange annuel en présentiel, il est conseillé aux ATC d'apporter *a minima* une réponse écrite ou d'organiser un échange téléphonique sur les documents transmis par l'organisme gestionnaire.

Ces informations permettront de juger de l'opportunité d'organiser une rencontre physique afin que les parties prenantes échangent de manière approfondie sur les réussites et sur les difficultés rencontrées.

L'ensemble de ces échanges, physiques ou manuscrits fait l'objet d'un compte-rendu partagé, afin de s'assurer de la conservation de l'information et de l'histoire du CPOM en cas de changements de personnels.

Ces écrits sont aussi précieux pour préparer le renouvellement du CPOM.



FOCUS

LES RÉSULTATS DES ÉVALUATIONS, LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE : DES SUPPORTS UTILES POUR LA CONTRACTUALISATION PLURIANNUELLE D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

L'évaluation interne : support à la révision du CPOM

L'article D312-203 du Code de l'action sociale et des familles dispose que les résultats des évaluations internes soient communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation tous les cinq ans ou, pour les établissements et services ayant conclu un contrat pluriannuel, lors de la révision du contrat.



Préconisation

Les ATC et l'OG organisent des échanges réguliers sur le déroulement du CPOM

En effet, s'il est complexe au regard de la généralisation des CPOM, d'organiser des échanges annuels en présentiel, il est important de garantir la bonne communication entre les parties prenantes du CPOM et de prévoir des temps d'échanges tout au long de la vie du CPOM, selon un rythme annuel.

3.2 Le renouvellement

Conformément aux dispositions précisées dans l'instruction de la DGCS, les parties prenantes du CPOM pourront reconduire le CPOM tacitement pour une durée d'un an, puis le proroger par avenant pour une durée d'un an.

Cependant, il convient d'anticiper cette phase pour pouvoir se projeter vers de nouveaux objectifs et s'accorder avec la durée des outils complémentaires comme le plan pluriannuel d'investissements.

Le renouvellement du CPOM nécessite un temps dédié important. En effet, même si un premier CPOM a déjà été signé, la phase de négociation ne peut pas être réduite, de nouveaux objectifs devant être définis par les parties prenantes du CPOM.

Au regard de la durée nécessaire à la négociation d'un CPOM, il convient d'en préparer le renouvellement au minimum un an avant.

Afin de repartir sur des bases solides, il convient de disposer d'un bilan partagé du CPOM.

Chapitre 2

Les étapes de contractualisation

Plusieurs leviers peuvent faciliter le déroulement de la phase de bilan et de diagnostic :

- Les dialogues de gestion au cours du CPOM et les demandes annuelles d'informations relatives au suivi du CPOM sont des éléments qui peuvent permettre de raccourcir la phase de bilan du CPOM. Ces échanges doivent faire l'objet de comptes-rendus synthétisés et exploitables : un suivi de qualité est la garantie d'un renouvellement facilité ;
- Certains indicateurs sont suivis au cours du CPOM afin de faciliter la réalisation du diagnostic. Lors de l'envoi de l'ERRD, l'OG adresse un bilan des indicateurs (annexe du CPOM) ;
- Au même titre que pour la réalisation du premier CPOM, de nombreuses sources d'information sont disponibles pour appuyer cette phase (Tableau de bord, évaluations, etc.).



Préconisation

La phase de renouvellement doit être anticipée afin de respecter les échéances et de s'engager dans la réalisation de nouveaux objectifs

La phase de renouvellement doit être anticipée au maximum afin notamment d'éviter les prorogations de CPOM limitant l'engagement dans la réalisation de nouveaux objectifs.

Elle est spécifique car le contexte dans lequel le précédent CPOM a été signé a nécessairement évolué (leviers financiers, marges de mutualisation, etc.).

Il ne faut donc pas négliger la nécessité de préparer en amont la négociation de ce nouveau CPOM, et de redéfinir avec l'ensemble des parties prenantes les objectifs à atteindre.

- Un bilan qualitatif : Quelle appréciation vis-à-vis de la méthodologie adoptée ? Quelles difficultés rencontrées et quels leviers d'amélioration ?



Préconisation

Faire le bilan de la réalisation de la programmation est une opportunité pour se pencher sur la méthodologie de négociation du CPOM

À l'issue de ce bilan, des aménagements sont réalisés (durée du diagnostic, nombre de réunions, etc.).



Synthèse

Mise en œuvre, suivi et renouvellement

Afin de positionner le CPOM comme un réel outil partagé au service des objectifs fixés, il est mis en œuvre et fait l'objet d'un suivi et d'un bilan, par les mêmes acteurs qui ont participé à sa conception.

3.3 Le bilan de la démarche de contractualisation

La loi ASV ainsi que la LFSS pour 2016 prévoient une généralisation des CPOM au 1^{er} janvier 2022.

Les ARS et CD sont en charge de la mise en œuvre progressive de cette généralisation par le biais d'une programmation pluriannuelle.

L'ARS et les CD peuvent mettre à jour annuellement cette programmation au regard des CPOM restant à signer.

Cette opportunité de mise à jour de la programmation peut également être l'occasion d'évaluer la démarche de contractualisation et de réaliser :

- Un bilan quantitatif : Combien de CPOM ont été signés ? Quel pourcentage de CPOM signés par rapport aux CPOM prévus ? Combien d'ESMS sont concernés ? Combien de mois sont nécessaires pour contractualiser ? etc. ;



—

3

—

Annexes

—

Chapitre 3

Annexes

Annexe 1

Les différentes catégories juridiques de CPOM

Instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

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 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 géré(s) 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 autorité(s) ayant délivré autorisation 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 prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF Pluri-établissements EHPAD/PUV Disposition récente 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 géré(s) 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 lier autorisation de frais de siège dans le CPOM pour n'avoir qu'un seul document contractuel autant que faire se peut
Résidence autonomie	Prévu au III de l'article L. 313-12 du CASF. Disposition récente de la loi ASV	Résidence autonomie	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

Chapitre 3

Annexes

Suite annexe 1 : Les différentes catégories juridiques de CPOM

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)	Prévu à l'article L. 313-11-1 du CASF renvoi au CPOM de droits communs du L. 313-11 du CASF. Dispositions récentes (articles 47 et 48 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	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 » et SSIAD prévu par la LFSS pour 2016	Article L. 313-12-2 du CASF IME, ITEP, SESSAD, CMPP, CRP, CPO, SSIAD, MAS, ESAT	2°, 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 autorités ayant délivré autorisation (DGARS et le cas échéant PCD)	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 à compter de la conclusion du CPOM passage à l'EPRD pour les ESMS intégrés au CPOM
CPOM de restructuration de l'offre	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	En cas de non atteinte des objectifs du CPOM, l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ou celle de dispenser des soins aux assurés sociaux peut être retirée.

Chapitre 3

Annexes

Annexe 2

Les projets nationaux

L'instruction relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement⁴².

Cette instruction précise les dispositions prévues dans l'arrêté fixant le cahier des charges des CPOM qui propose un nouveau cadre contractuel pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à compter du 1^{er} janvier 2017. Elle explicite les modalités d'application techniques de cet arrêté :

- ▶ Les principes de l'arrêté et les enjeux de la nouvelle contractualisation : le contrat-type, ses annexes, les types de CPOM, les possibilités offertes par le CPOM, les modalités de mise en œuvre ;
- ▶ La mise en œuvre de la démarche de contractualisation et son suivi : les évolutions liées à la négociation et la signature du CPOM, les modalités budgétaires et financières ;
- ▶ Les outils facilitant la réforme de la contractualisation : les systèmes d'information, les guides et outils.

Le guide de l'ANESM à l'attention des responsables d'établissements sociaux et médico-sociaux : « Établissements et services : valorisez les résultats de vos évaluations ! Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement ».

Ce guide vise à poursuivre l'accompagnement des établissements et services dans l'appropriation des résultats des évaluations internes et externes. Il s'agit ainsi de soutenir les responsables des structures sociales et médico-sociales dans la mise en œuvre de leur démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement à travers la formulation de repères et d'outils méthodologiques. Il vise à :

- ▶ Intégrer les éléments sur la qualité de l'accompagnement dans le pilotage global des structures ;
- ▶ Élaborer et prioriser ses objectifs ;
- ▶ Passer des objectifs à l'action et élaborer un plan d'action ;
- ▶ Faire vivre la démarche ;
- ▶ S'organiser et mobiliser l'ensemble des acteurs.

Une réponse accompagnée pour tous⁴³.

Le projet réponse accompagnée pour tous correspond à la mise en œuvre des préconisations du rapport « Zéro sans solution » réalisé par Denis Piveteau.

Pour mémoire, le rapport Piveteau a fait l'objet d'une très large concertation et d'une très forte adhésion. Il propose que tous les acteurs (maisons départementales des personnes handicapées, ARS, rectorats, conseils départementaux, gestionnaires d'établissements) s'organisent et se coordonnent pour construire avec les personnes ou leurs familles des solutions avec accompagnement. Il s'agit de proposer une réponse individualisée à chaque personne qui en a besoin, pour lui permettre de s'inscrire ainsi dans un parcours de santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), conforme à son projet de vie.

42 - Ce guide est également articulé avec l'ensemble des arrêtés et décrets relatifs à la mise en œuvre de la loi ASV, notamment :

- 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 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles ;
- Arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

43 - <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/handicap-une-reponse-accompagnée-pour-tous/article/la-demarche>

Chapitre 3

Annexes

Suite annexe 2 : Les projets nationaux

Cette mission, menée par Marie-Sophie Desaulle, vise à apporter une réponse accompagnée pour toutes les personnes handicapées selon quatre axes :

- **Axe 1** - Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent (avec la CNSA), c'est-à-dire apporter une solution à l'ensemble des personnes handicapées, et non pas seulement aux personnes en situation critique, à travers la mise en place d'un Plan d'accompagnement global (PAG).
- **Axe 2** - Déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous (avec le SGMAS), à travers cinq chantiers : contrats partenariaux ARS, CD et rectorat, CPOM des ES et des ESMS, coordination territoriale, partage et échanges d'informations, évolution sur l'offre.
- **Axe 3** - Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs (avec le secrétaire général du comité interministériel du handicap (SG-CIH)) à travers trois chantiers : renforcer la présence des associations représentatives dans les lieux d'élaboration des décisions, développer l'expertise d'usage, faciliter l'accompagnement par les pairs dans les établissements.
- **Axe 4** - Accompagnement du changement des pratiques (avec la DGCS), à travers quatre chantiers : simplifier les tâches administratives des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) à faible valeur ajoutée pour les usagers, outiller les MDPH par un système d'informations permettant de suivre les orientations, accompagner au changement les MDPH par la négociation des Conventions Pluriannuelles (CP) et CPOM, améliorer la formation professionnelle.

52

Elle est basée sur la dynamique des 3 C :

- Une co-construction des politiques avec les acteurs concernés;
- Une coopération entre acteurs fondée sur une interrogation de ses propres pratiques avant d'interroger celles des autres;
- Une coordination avec (et autour de) la personne handicapée.

Et elle vise à passer d'une logique de place à une logique de réponse :

- Des situations complexes nécessitant la construction d'une réponse ad hoc mixant les dispositifs;
- Des situations sans place nécessitant une construction d'une réponse en mobilisant différents dispositifs;
- Dans certains cas, nécessité de procédures dérogatoires (renforcement de l'encadrement, mobilisation de plusieurs structures (sanitaire/ville/médico-social));
- Des réponses nouvelles à construire : hébergement de transition, coordination spécialisée.

Afin de mieux prendre en compte les spécificités de ce chantier dans le cadre du présent guide, une réunion de travail avec les acteurs de terrain a été organisée le 17 juin 2016 par le SGMAS et la CNSA. Elle portait sur le développement et l'utilisation des CPOM pour la mise en œuvre de la démarche.

Les systèmes d'information e-Cars

La généralisation et l'obligation de signer des CPOM pour les établissements et services médico-sociaux vont conduire à une forte mobilisation tant des établissements et services que des autorités de tarification. En ce sens, 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 et automatiser la procédure.

e-Cars est un outil mutualisé de gestion des contrats au sein des ARS qui a vocation à faciliter une partie des processus de contractualisation et de renforcer la gestion des relations avec les établissements en lien avec les Conseils départementaux⁴⁴.

44 - Ou les Métropoles.

Chapitre 3

Annexes

Annexe 3

État des lieux de la contractualisation

Objectif de l'état des lieux de la contractualisation

Dans le cadre des travaux d'élaboration du présent kit méthodologique, l'ANAP, en lien avec la DGCS, CNSA et SG, a mené une enquête auprès des ARS, qui portait sur l'état des lieux quantitatif et qualitatif des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés par les Agences régionales de santé (ARS).

Les objectifs de cette enquête étaient les suivants :

- Faire un état des lieux quantitatif de la contractualisation pour aider au cadrage du projet d'accompagnement des ARS à la contractualisation (retour d'expériences, outils...);
- Faire un état des lieux qualitatif pour permettre l'élaboration du volet médico-social de la solution informatique de gestion des contrats entre les agences régionales de santé et les établissements, dénommée « e-cars » portée par le Secrétariat général du ministère;
- Contribuer à l'ensemble des travaux en cours ou à venir de la Direction générale de la cohésion sociale en matière de contractualisation.

Le questionnaire concerne l'ensemble des champs personnes âgées, personnes handicapées et personnes en difficulté spécifique et porte sur les CPOM au 31 décembre 2014.

Il vise également les OG et les CPOM plurichamps, c'est-à-dire des OG et des CPOM qui comptent des ESMS sur au moins deux des champs suivants : personnes handicapées, personnes âgées, personnes en difficulté spécifique.

Retrouvez les chiffres clés de l'état de lieu de la contractualisation, en ligne sur notre site internet.



Chapitre 3

Annexes

Annexe 4

Retours d'expériences

Objectifs des retours d'expériences

La rencontre d'organismes gestionnaires engagés dans une démarche CPOM poursuivait les objectifs suivants :

- ▶ Étayer les résultats issus de l'état des lieux de la contractualisation dans le secteur médico-social;
- ▶ Identifier les méthodes adoptées en matière de négociation de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le secteur médico-social;
- ▶ Mettre en lumière des préconisations dans la conduite d'une démarche de contractualisation.

Les éléments recueillis dans le cadre de ces rencontres avaient ainsi vocation à alimenter les réflexions des groupes de travail chargés de la rédaction du guide d'appui à la contractualisation, mais également de proposer des monographies synthétisant des expériences d'acteurs de terrain, pouvant être utiles à l'ensemble des acteurs souhaitant s'engager dans une démarche de contractualisation. Des extraits des monographies sont disponibles dans le présent guide.

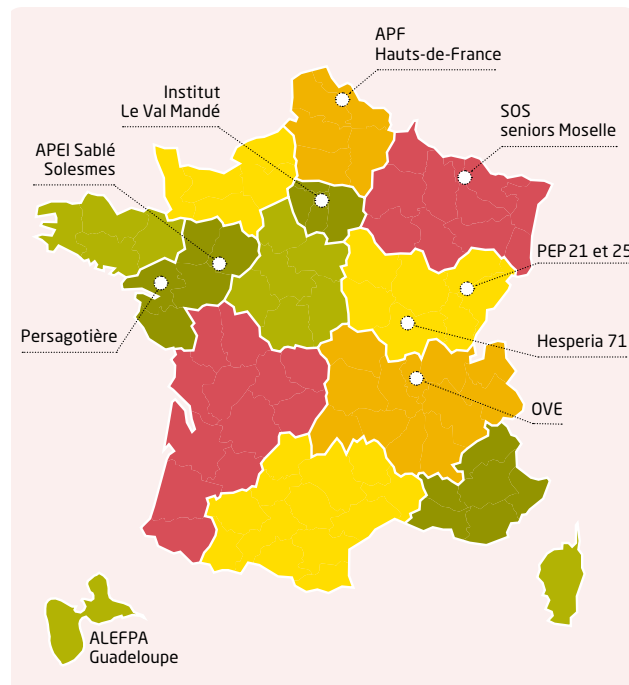
Présentation des monographies

Les retours d'expériences font l'objet d'un document dédié et disponible au téléchargement.

Les organismes gestionnaires rencontrés sont les suivants :

- ▶ APF Hauts-de-France (association à but non lucratif) : un CPOM quadripartite associant l'ensemble des parties prenantes;
- ▶ Hesperia 71 (groupement de coopération médico-social) : un CPOM tripartite qui s'appuie sur un siège inter-associatif;
- ▶ Alefpa Guadeloupe (association à but non lucratif) : un CPOM pour guider l'évolution du projet d'accompagnement de la structure;
- ▶ OVE (fondation reconnue d'utilité publique) : un CPOM régional, accélérateur de projets;
- ▶ PEP 21 et 25 (association à but non lucratif) : un CPOM inter-régions au service du rapprochement de deux entités;
- ▶ Institut le Val Mandé (établissement médico-social public autonome) : un CPOM pour consolider l'organisation et innover dans les modalités d'accompagnement;
- ▶ Institut public la Persagotière (établissement public) : un CPOM articulé avec l'évaluation externe;
- ▶ APEI Sablé-Solesmes (association à but non lucratif) : un CPOM de retour à l'équilibre / qualitatif;
- ▶ SOS seniors (groupe à but non lucratif) : un CPOM précurseur sur le champ des personnes âgées.

Figure 14 : Carte de France identifiant les territoires des OG rencontrés



Les monographies sont disponibles en libre accès sur le site de l'ANAP :
www.anap.fr

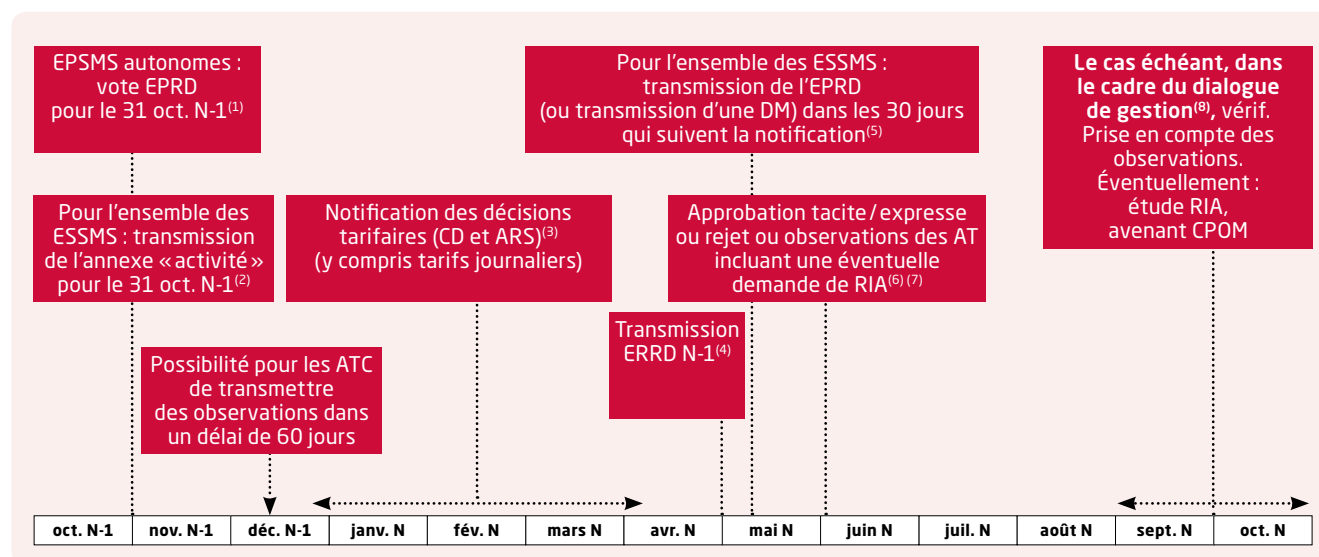
Chapitre 3

Annexes

Annexe 5

Schéma type du déroulement des campagnes budgétaires des établissements et services soumis à la présentation d'un EPRD

Annexe 3 de l'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.



55

⁽¹⁾ Ce document est transmis également au comptable public et au contrôle de légalité.

⁽²⁾ Pour les ESSMS relevant des CD ou d'une compétence conjointe ARS/CD (notamment EHPAD), l'annexe « activité » comprend les informations nécessaires sur les résidents (nombre et classement GIR) dont ceux hors département.

⁽³⁾ Par ESMS et/ou dotation globalisée commune ; les décisions tarifaires précisent le cas échéant la répartition d'une DGC par ESSMS et fixent le ou les tarifs journaliers applicables à chacun d'entre eux.

⁽⁴⁾ Transmission de l'ERRD N-1 pour le 30 avril N.

⁽⁵⁾ Avant le 30 avril N, ou si l'AT n'a pas encore notifié ses financements, dans les 30 jours qui suivent cette notification et au plus tard le 30 juin. Dans le cas d'ESSMS cofinancés, le délai de 30 jours court à partir de la date de la notification la plus tardive des deux AT. Pour les EPSMS, ce document est également transmis au comptable public.

⁽⁶⁾ Les AT disposent d'un délai de 30 jours pour s'opposer à l'EPRD ou, sans s'y opposer, formuler des observations.

⁽⁷⁾ RIA : au vu de l'analyse qu'elles ont de l'EPRD qui leur a été transmis, les AT peuvent demander un relevé infra-annuel portant sur le suivi et l'analyse de l'exécution du budget à une date dont elles fixent l'échéance et la date d'observation. **Mais ces demandes doivent rester exceptionnelles et surtout motivées au regard de difficultés financières certaines ou quasi-certaines.**

⁽⁸⁾ Dialogue préprogrammé ou complémentaire compte tenu des difficultés identifiées.

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ALEFPA	Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APF	Association des paralysés de France
ARS	Agence régionale de santé
ASV	Adaptation de la société au vieillissement
ATC	Autorité de tarification et de contrôle
BP	Budget prévisionnel
CA	Conseil d'administration
CAF	Capacité d'autofinancement
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CASVP	Centre d'action sociale de la ville de Paris
CCAS	Centre communal d'action sociale
CD	Conseil départemental
CEEDA	Centre d'éducation pour enfants déficients auditifs
CFP	Centre de formation professionnelle
CH	Centre hospitalier
CIH	Conférence internationale du handicap
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNCPH	Conseil national consultatif des personnes handicapées
CNH	Conférence nationale du handicap
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CP	Convention pluriannuelle
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CR	Conseil régional
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CTP	Convention tripartite pluriannuelle
CVS	Conseil de la vie sociale
DGARS	Directeur général d'Agence régionale de santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
EA	Entreprise adaptée
EE	Évaluation externe
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	Évaluation interne
EN	Éducation nationale
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ERRD	État réalisé des recettes et des dépenses
ES	Établissement sanitaire
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ESSMS	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FEGAPEI	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FNADEPA	Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées
FNAPAEF	Fédération nationale des associations et amis des personnes âgées et de leurs familles
FNAQPA	Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
FV	Foyer de vie
GVT	Glissement vieillissement technicité
HPST	Hôpital patients santé territoires
IAF	Insuffisance d'autofinancement
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MAIA	Méthode d'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OG	Organisme gestionnaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'Assurance maladie
PA	Personne âgée
PAG	Plan d'accompagnement global
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PCD	Président du Conseil départemental
PDS	Personne en difficulté spécifique
PE	Projet d'établissement
PEP	Pupilles de l'enseignement public
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Personne handicapée
PHV	Personne handicapée vieillissante
PPI	Plan pluriannuel d'investissement
PRS	Projet régional de santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PUV	Petite unité de vie
RACI	Responsible, Accountable, Consulted, Informed
RSE	Responsabilité sociétale des entreprises/établissements
SA/SARL	Société anonyme / Société à responsabilité limitée
SAAD	Service d'accompagnement et d'aide à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SDOSMS	Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale
SERAFIN-PH	Services et établissements : Réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SG MAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SG-CIH	Secrétaire général du comité interministériel du handicap
SI	Systèmes d'information
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TDB	Tableau de bord
UEROS	Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle
UHR	Unité d'hébergement renforcée
UNA	Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles

Remerciements

L'ANAP tient à remercier toutes les équipes des agences régionales de santé, conseils départementaux, fédérations et organismes gestionnaires qu'elle a rencontrés dans le cadre de ses travaux et qui ont fait part de leurs retours d'expériences sur la démarche de contractualisation :

Pour l'APEI Sablé Solesmes :

- **Florence Fourmont**, présidente
- **Maryline Guibouret**, directrice générale
- **Christel Lecourt**, assistante de direction

Pour l'APF Hauts de France :

- **Hervé Lherbier**, directeur régional
- **Didier Sarels**, responsable de l'offre de services adultes direction régionale

Pour la FEDOSAD :

- **Olivier Terrade**, directeur général

Pour le GCSMS Hesperia 71 :

- **Christian Rauche**, directeur général
- **Rachelle Dufour**, directrice ressources humaines
- **Sébastien Vilvandre**, directeur administratif et financier
- **Thierry Fromont**, gestion du risque et de la qualité

Pour le Groupe SOS :

- **Christian Kratz**, directeur adjoint, directeur des établissements - pôle médico-social, délégation régionale Grand Est Groupe SOS seniors
- **Gilles Spanier**, directeur des opérations
- **Nadine Herbin**, responsable performance économique
- **Marie Cammarata**, responsable reporting

Pour l'ARS Grand Est :

- **Isabelle Legrand**, DT de Moselle

Pour le CD de la Moselle :

- **Paul Charles Aubert**, chef du service des établissements

Pour l'AGSEA Guadeloupe :

- **Madame Cittee-Sablon**, directrice IME et DG association
- **Madame Lami**, directrice FV Saint-Claude
- **Monsieur Berthe**, directeur IME
- **Monsieur Mandine**, administrateur
- **Monster Altis**, administrateur
- **Madame Meissel**, DRH et coordonnatrice qualité
- **Madame Marival-Firmo**, cadre administrative et financière
- **Madame Sainte-Rose**, directrice MAS
- **Monsieur Bhiki**, directeur du service prévention spécialisé
- **Monsieur Lacoma**, directeur-adjoint IME
- **Monsieur Esnald**, comptable IME

Pour l'ALEFPA Guadeloupe :

- **Monsieur Marcheguy**, directeur ALEFPA Guadeloupe et Martinique
- **Madame Guillaume**, directrice adjointe IME
- **Madame Golabkan**, directrice adjointe en charge des SESSAD

Pour l'ARS Guadeloupe :

- **Monsieur Patrice Rénia**, adjoint sur le pôle offre de soins médico-social

Pour l'Institut le Val Mandé :

- **Dominique Perriot**, directeur général
- **Christiane Mouteyen-Fortin**, directeur adjoint en charge des affaires financières et du Pôle de Corbeil-Essonnes
- **Amélie Mayot**, chargée de projet, référente CPOM

Pour l'Institut public La Persagotière :

- **Fanny Salais**, directrice
- **Violaine Galant**, référente qualité
- **Sandrine Briand**, encadrement des services administratif et logistique

Pour OVE :

- **Philippe Mortel**, directeur général adjoint
- **Laurie Trouiller**, contrôle de gestion, référente contractualisation et TDB
- **Dominique Martinez**, directeur de dispositif Haute-Savoie et en charge d'une mission transversale promotion de la santé
- **Mélanie Tacquard**, directrice de dispositif et en charge d'une mission transversale gestion des risques (demande de l'ARS - objectif du PRS),

Pour l'ARS Auvergne-Rhône Alpes :

- **Marie-Hélène Lecenne**, directrice autonomie
- **Christelle Sanitas**, responsable allocation de ressources PH et contractualisation Direction autonomie
- **Agnès Gérin**, chargée de mission CPOM PH

Pour les PEP 21 et 25 :

- **Jean-Yves Vuillemin**, administrateur PEP 25, référent CPOM
- **Michel Cannelle**, président, PEP 21
- **Yves Bercot**, directeur du CEEDA, PEP 25
- **Alain Milot**, directeur administratif PEP 21
- **Philippe Adamy**, directeur de l'ITEP et du SESSAD Courtefontaine (39), PEP 25

Remerciements

Pour les organismes gestionnaires de la Réunion :

- ▶ **Christian Bonneau**, directeur général de la fondation Père Favron et Délégué régional FEHAP Océan Indien
- ▶ **Pascal Jacquot**, directeur du pôle Handicap et dépendance à la fondation du Père Favron

- ▶ **Jean-Paul Pineau**, directeur territorial Réunion de l'ALEFPA
- ▶ **Dominique Samuel**, directeur Général de l'Association Frédéric Levavasseur.

L'ANAP remercie également vivement les membres des groupes de travail pour leur contribution active et très riche au présent kit méthodologique CPOM :

ARS/CD :

- ▶ **Valérie Pajak et Isabelle Legrand**, ARS Grand Est
- ▶ **Valérie Lastère**, ARS Nouvelle Aquitaine
- ▶ **Clément Souris**, ARS Île-de-France
- ▶ **Nadia Mainy**, ARS Bourgogne-Franche Comté
- ▶ **Sophie Ferrand**, ARS Bretagne
- ▶ **Christine Fontaine**, ARS Pays-de-la-Loire
- ▶ **Françoise Tourre**, ARS Auvergne-Rhône Alpes
- ▶ **Marie-Pierre Chapron**, CD Ille-et-Vilaine

Fédérations et organismes gestionnaires :

- ▶ **Murielle Chauvel**, responsable nationale projets, APF
- ▶ **Michel-Ange Martin**, contrôleur de gestion et **Adrien Casseron**, chef de projet secteur médico-social, la Croix Rouge
- ▶ **Adeline Leberche**, directrice du secteur médico-social, FEHAP

- ▶ **Annie Lelièvre**, responsable du pôle autonomie, FHF
- ▶ **Véronique Vinçonneau**, responsable création et tarification des établissements médico-sociaux et Elsa Fabreguettes, chargée d'études et suivi budgétaire, ORPEA
- ▶ **Alexandra Dal Gobbo**, responsable qualité nationale, ALEFPA
- ▶ **Éric Fregona**, conseiller technique médico-social, Antoine Fraysse et Maxime Chometon, SYNERPA
- ▶ **Alexis Roger**, conseiller en gestion et stratégie financière, FEGAPEI
- ▶ **Line Lartigue**, directrice santé, UNA
- ▶ **Benjamin Caniard**, chef du service des EHPAD, CASVP
- ▶ **Tharshini Bancel**, Mutualité
- ▶ **Serge Duver**, FNAQPA
- ▶ **Annabelle Malnou**, FNADEPA
- ▶ **Éric Plantard**, FNAPAEF

59

Ainsi que les personnes de l'ANAP (responsables de projets, contributeurs et relecteurs) : Jacques-Henri Veyron, Marie-Dominique Lussier, Pauline Sassard, Julien Marcelle, Alexandra Lam, Anabelle Billy.

Ce projet a été mené en étroite collaboration avec la DGCS, la CNSA, le SG et l'ANESM. L'ANAP souhaite remercier tout particulièrement :

- ▶ **Boris Minot**, DGCS
- ▶ **Julie Barrois**, DGCS
- ▶ **Adeline Bertsch-Merveilleux**, DGCS
- ▶ **Gilles Chalençon**, DGCS
- ▶ **Clémence Pohrel**, DGCS
- ▶ **Xavier Dupont**, CNSA
- ▶ **Pauline Blanc**, CNSA
- ▶ **Marlène Maubert**, CNSA, mission SERAFIN-PH
- ▶ **Virginie Hoareau**, SG
- ▶ **Aline Métais**, ANESM
- ▶ **Noémie Guitton**, ANESM

Enfin, l'ANAP remercie tous les participants au séminaire du 16 septembre 2016 qui ont contribué à la finalisation de ce kit méthodologique CPOM.

Bibliographie

Rapports et instructions

- Circulaire N° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles;
- Rapport 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 », Denis Piveteau, 10 juin 2014.
http://www.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution.pdf
- Référé de la Cour des Comptes du 24 novembre 2014 sur le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes et des adultes handicapés.
<https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Le-financement-des-etablissements-pour-personnes-agees-dependantes-et-adultes-handicapes>
- Rapport au parlement portant sur l'évaluation des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), direction générale de la cohésion sociale
- Rapport d'information de la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la mise en œuvre des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 21 janvier 2015).
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2507.asp>

Méthodologies

- **DGCS** : Recueil de bonnes pratiques de rédaction d'un CPOM
- **ANESM** : « Établissements et services : valorisez les résultats de vos évaluations ! Guide à l'attention des responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et leur inscription dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement »
- **ADF** : Guide juridique et financier CTP CPOM

Méthodologies pré-existantes - Agences Régionales de Santé

- **ARS Rhône-Alpes**
 - Guide objectifs socles CPOM
 - Instruction régionale CPOM-CTP
 - Note de cadrage méthodologique
- **ARS Bretagne**
 - Indicateurs retenus dans le cadre de la contractualisation
- **ARS Languedoc-Roussillon**
 - Document d'analyse et de diagnostic
- **ARS Midi-Pyrénées**
 - Fiche 1 Organisation interne
 - Fiche 2 Critères de priorisation
 - Fiche 3 Moyens financiers
 - Fiche 4 Objectifs type CPOM
- **ARS Pays-de-la-Loire**
 - Guide méthodologique 2015
 - Aide au diagnostic 1^{er} CPOM



Mentions légales

Financement: les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts: les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage: l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle: les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Négociier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation © ANAP 2016 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Janvier 2017

Dans un contexte de transformation du secteur médico-social, les acteurs se saisissent des CPOM, leviers de transformation de l'organisation et d'amélioration des parcours des personnes.

Ce document présente les enjeux de la contractualisation pour le secteur médico-social et propose une démarche méthodologique aux parties prenantes engagées dans la négociation et la mise en œuvre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

