

# CPOM

contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

actes du séminaire de formation  
des 28 et 29 avril 2009 | lyon

creai rhône-alpes



# sommaire

Introduction

## 3 Contexte du séminaire

Claude VOLKMAR

*Directeur général, CREAI Rhône-Alpes*

Conférences

## 4 Les CPOM dans le contexte des politiques publiques

Joël MAY

*Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, DDASS du Rhône*

## 14 Les CPOM : mettre en œuvre un projet de planification

Éliane CORBET

*Directrice technique, CREAI Rhône-Alpes*

## 19 Les enjeux méthodologiques des CPOM : penser le projet à cinq ans

Matthieu DEMARQUEZ

*Conseiller technique, CREAI Rhône-Alpes*

## 28 Les CPOM : articuler un projet et des ressources financières

Sandrine CHABERT

*Directrice administrative et financière, ADSEA du Rhône*

## 34 Négocier un CPOM avec l'autorité de tarification

Marie-Paule ROBIN

*Inspectrice hors classe, DDASS de l'Isère*

Marie-Pierre MARIANI

*Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale, DDASS du Rhône*

## 41 Retours d'expériences

Christian BERTHUY

*Directeur général, OVE*

Prosper TEBOUL

*Directeur général, ADAPEI du Rhône*

## 45 État de la mise œuvre des CPOM en région Rhône-Alpes

Anne MICOL

*Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, DRASS Rhône-Alpes*

voir aussi les **vidéoprojections** du séminaire  
sur <http://www.creai-ra.org>



## Contexte du séminaire

**Claude VOLKMAR**

*Directeur du CREAI Rhône-Alpes*

Les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et de services ont aujourd'hui la possibilité de conclure des *Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens* qui sont présentés par les pouvoirs publics – à cet égard, la DGAS a mené des plans de communication relativement énergiques – comme un progrès substantiel par rapport à la situation de la discussion budgétaire annuelle classique entre le tarifificateur et l'établissement.

Dans le contexte de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) où la notion de performance est récurrente, les CPOM fascinent et inquiètent à la fois. Depuis l'instauration en 2001 de la LOLF, la vision d'un budget n'est, en effet, plus du tout la même. La gestion ne tourne plus autour des moyens, mais des résultats ; la performance est recherchée *via* une contractualisation qui est censée permettre une stratégie pluriannuelle et une globalisation des crédits sur des programmes évaluables, ainsi que l'accroissement de la liberté du gestionnaire par un dialogue de gestion et une plus grande responsabilisation. Un examen plus approfondi révèle l'utilisation d'un vocabulaire strictement identique dans la LOLF et dans le décret budgétaire et comptable issu de la loi du 2 janvier 2002 : c'est le discours *gagnant-gagnant*.

Il est vrai que les CPOM présentent cinq atouts essentiels :

- une stabilisation sur cinq ans des relations entre les pouvoirs publics et les organismes gestionnaires par un financement rendu prévisible à travers la contractualisation ;
- une possibilité renouvelée pour les administrateurs des organismes gestionnaires de renouer avec la dimension éthique et le politique en faisant valoir la place de partenaire des pouvoirs publics qu'occupe l'organisme dans la conduite des missions d'intérêt général ;
- la modernisation effective des règles budgétaires dans le sens d'une plus grande autonomie de gestion ;
- la confirmation du rôle du siège dans l'animation et la gestion des établissements – c'est un point qu'il convient néanmoins de nuancer et nous verrons de quelle manière durant ce séminaire ;
- la réorientation des missions des pouvoirs publics du contrôle *a priori* vers un contrôle *a posteriori* et vers l'évaluation, de la performance notamment.

Toutefois, le secteur a peur que cela ne soit au fond qu'un prétexte à rationaliser, à rechercher encore plus la convergence des coûts à la place en comparant les établissements entre eux. Il est vrai que pour entrer dans un CPOM, il ne faut pas craindre d'exhiber ses points forts et ses points faibles. Il faut être capable de s'évaluer et d'en parler ouvertement pour négocier. Peut-être est-ce là l'occasion pour les établissements et les services de remettre à plat leur organisation, pour se poser, pour essayer d'optimiser, de mutualiser et de regrouper des postes de dépenses. Nous savons d'ailleurs que pour certains établissements, seul un rebasage obtenu dans un CPOM pourra redonner du souffle pour développer leur projet.

Alors, les CPOM sont-ils une menace ou une opportunité ? Ils ne sont au fond ni l'une ni l'autre. Les CPOM sont sans doute une possibilité raisonnée d'améliorer l'ordinaire, à condition de s'y engager sans naïveté.

En arrière-plan de ces préoccupations, la question de la pérennité de notre système de tarification administré dans l'espace européen se pose. Aujourd'hui, en France, il existe un système qui va de l'autorisation au CPOM, ce dernier en constituant en quelque sorte « *la cerise sur le gâteau* », un dispositif complexe de régulations techniques et économiques qui sont issues en grande partie de la loi du 2 janvier 2002. Or nous nous trouvons actuellement dans une période de silence quant à la transposition de la directive « *services* » et à l'application du droit communautaire des aides de l'État. C'est la fameuse question des services d'intérêt général, les SSIG, et je vous invite à lire le récent rapport de Michel THIERRY sur cette question, car elle nous préoccupera probablement de plus en plus dans les mois à venir. Nos services sont aujourd'hui pris en charge à prix coûtant, et il n'est pas sûr que cette situation puisse se perpétuer en l'état dans l'espace communautaire. Le CPOM peut constituer, dans ce cadre, un outil de consolidation du dispositif. C'est peut être un atout dont nous mesurerons la puissance dans les temps à venir.

# Les CPOM dans le contexte des politiques publiques

Joël MAY

Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, DDASS du Rhône

Mon intervention comprend l'étude de quatre points.

- Le premier point portera sur le contexte contemporain et actuel de la contractualisation dans la gestion publique. Les secteurs du sanitaire et du médico-social n'ont pas le monopole de la contractualisation dans la gestion des politiques publiques. Ce phénomène est certainement plus tardif dans notre pays que dans les pays anglo-saxons. Par ailleurs, il existe un parallélisme entre la contractualisation et le mode de régulation des politiques publiques. Les pouvoirs publics ne contractualisent pas avec vous uniquement pour des motifs tarifaires ou budgétaires, mais aussi (et c'est particulièrement frappant actuellement dans le secteur sanitaire) pour réguler le dispositif. Il est assez patent que la contractualisation sera, dans le secteur médico-social, un mode de régulation du dispositif, au-delà de cadrages budgétaires.
- Dans un deuxième point, nous verrons que cette contractualisation du social et du médico-social s'inscrit dans un nouveau cadre de pilotage dans la gestion publique. Là non plus, ne pensez pas un instant que la LOLF soit éloignée de vos préoccupations. La loi organique relative aux lois de finances est un cadrage tout à fait essentiel et présente un impact majeur sur le sanitaire et le médico-social, avec bien sûr l'émergence des ARS.
- Le troisième point concernera l'omniprésence du contrat dans le secteur sanitaire. Le contrat sanitaire n'est ni de même nature ni de même contenu et n'a pas le même impact que le contrat médico-social.
- Enfin, mon dernier point portera sur les CPOM au cœur de la régulation du secteur médico-social. Notre thèse : le CPOM, y compris dans le secteur du médico-social, est un facteur de régulation du dispositif pour la puissance publique avant d'être directement un facteur tarifaire.

## 1. Le contexte contemporain et actuel de la contractualisation dans la gestion publique

La contractualisation dans nos politiques publiques a connu une évolution lente, plus tardive que dans d'autres pays notamment anglo-saxons, mais affirmée. Ce phénomène a véritablement commencé dans les années 60, avec les contrats de programme et les contrats d'entreprise. On a ensuite parlé des contrats de plan État/région ; puis des contrats de plan entre l'État et certains établissements publics ; désormais, l'État contractualise systématiquement avec l'ensemble des établissements publics. Ce sera le cas de l'ARS.

Dans le domaine sanitaire, social, médico-social, depuis les années 80, les modalités de gestion par la puissance publique ont évolué de manière assez lourde en termes de tendances.

*Évolution du style d'action publique dans le cas des schémas et plans sur l'hôpital*

| DOMAINES                   | FORME TRADITIONNELLE                    | FORME NOUVELLE                                |
|----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| période                    | années 1970 et 1980                     | années 1990 et 2000                           |
| pathologies et disciplines | médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)  | gériatrie, PASS, suicide                      |
| organisation               | centralisée<br>système                  | territoriale<br>réseau                        |
| nom                        | plan<br>planification                   | schéma, programme,<br>organisation de l'offre |
| pilotage                   | tutelle administrative<br>autorisations | partenariat, contrats, projets                |

Dans la forme nouvelle de la gestion des politiques publiques qui apparaît à partir des années 90 à travers la gérontologie, le PASS (permanence d'accès aux soins) et la prévention du suicide, émergent plusieurs items :

- nous ne sommes plus du tout dans la tutelle ;
- nous passons du territorial au réseau ;
- nous passons du plan au schéma, au programme et à l'organisation de l'offre ;
- nous passons d'une tutelle administrative classique à un partenariat, aux contrats et aux projets.

Il existe également une continuation de la contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens *via* la loi ÉVIN de juillet 1991, les ordonnances JUPPÉ de 1996 qui ont par ailleurs créé les ARH et, à partir de 2000, les contrats d'objectifs unifiés et étendus.

La contractualisation est concomitante avec un nouveau mode de régulation du dispositif. Pour la puissance publique, elle est avant tout, même si on vous le cache un peu, d'abord un mode de régulation des dispositifs sanitaires et médico-sociaux avant d'être une contractualisation interne, voire budgétaire.

Je mets en parallèle l'évolution des modes de régulation avec :

- la carte sanitaire de 1970 ;
- le plan gérontologique départemental de 1982 ;
- le schéma des équipements sociaux et médico-sociaux en 1986 ;
- le guide méthodologique de planification en santé mentale en 1987 ;
- SROS 1 en 1991 ;
- SROS II en 1996 ;
- les conférences régionales de santé et les programmes régionaux de santé en 1997 ;
- les schémas d'organisation sociale et médico-sociale en 2002 ;
- le plan Hôpital 2003, l'ordonnance de simplification administrative et SROS III en 2003 ;
- la loi relative à la politique de santé publique (plans régionaux de santé publique, programmes de santé et plans nationaux, répartition des compétences, acte II de la décentralisation) en 2004 ;
- la loi sur le handicap, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) en 2005.

## **2. Un nouveau cadre de pilotage dans la gestion publique**

Il convient d'intégrer deux éléments de contexte absolument déterminants :

- la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) ;
- l'émergence des agences régionales de santé (ARS).

### ***2.1. La loi organique relative aux lois de finances (LOLF)***

Avant la loi LOLF de 2001, le régime budgétaire concernant les financements publics est extrêmement classique sur deux points :

- chaque ministère a ses chapitres budgétaires et le Parlement vote la loi de financement sur cette base ;
- on ne vote pas les recettes, mais on se détermine sur les dépenses, ce qui est incroyable ; en effet, c'est comme si nous partions dans les établissements sanitaires et médico-sociaux sur les dépenses de l'année précédente sans tenir compte des recettes disponibles. Rassurez vous, c'est encore un petit peu le cas... mais pour combien de temps ?

Par ailleurs, la LOLF introduit des démarches de performance et d'efficacité.

Jusqu'en 2005 (puisque la LOLF s'est appliquée à partir de 2006), le vote du budget de l'État ne portait chaque année que sur 6 % des crédits, soit 94 % des crédits d'intervention de l'État qui n'étaient donc pas votés, mais reconduits.

Depuis 2006 (c'est un premier élément de modification), l'ensemble du budget de l'État est voté chaque année sous forme de missions. C'est ce qu'on appelle la justification des crédits au premier euro.

La LOLF ne porte que sur le budget de l'État, pas sur celui de l'Assurance maladie. Néanmoins, au-delà de cette petite différence de périmètre, le processus est exactement le même pour les dépenses d'Assurance maladie. Afin que vous vous sentiez un peu plus concernés, imaginez un instant que chaque année, le budget des établissements sanitaires et médico-sociaux « *bénéficiaire* » de la justification au premier euro, c'est-à-dire que leur budget soit réévalué annuellement au premier euro.

Par ailleurs, la LOLF introduit de manière très précise la démarche de performance. Dans chaque loi de finances de l'État, à côté de chaque budget, il y a des projets et des rapports annuels de performance, et pour chacune des missions, un certain nombre d'indicateurs qui doivent être respectés. Ils ne sont pas seulement d'ordre quantitatif, mais sont véritablement des indicateurs d'objectifs.

Il en existe trois grands types :

- des indicateurs d'efficacité socio-économique ;
- des indicateurs de qualité ;
- des indicateurs d'efficience.

Ainsi, chaque année, le ministre de la Santé, au-delà du processus budgétaire interne au gouvernement, prépare son budget de l'année suivante, comme il le faisait avant, par mission, mais en même temps son projet annuel de performance avec les indicateurs. Il présente également son rapport annuel de performance pour montrer aux parlementaires qu'il a bien travaillé.

*Exemples indicateurs très concrets*

| POINT DE VUE | AXE D'ANALYSE               | EXEMPLES D'OBJECTIFS                                                                                          | EXEMPLES D'INDICATEURS                                                                                                                       |
|--------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Citoyen      | Efficacité socio-économique | Améliorer le dépistage organisé du cancer                                                                     | Taux de participation au dépistage organisé de la population cible                                                                           |
| Usager       | Qualité du service rendu    | Renforcer l'accès aux droits des publics les plus défavorisés par un meilleur accès aux dispositifs d'accueil | Taux de satisfaction des usagers sur le caractère de guichet unique des PARADS                                                               |
| Contribuable | Efficacité de la gestion    | Améliorer l'efficience de la prise en charge des personnes vulnérables                                        | Résorption des écarts de coûts par place et par type de prestation en CHRS ( <i>hébergement d'urgence, hébergement d'insertion et CAVA</i> ) |

Ainsi, dans le programme de santé publique, nous sommes mesurés chaque année selon le taux de participation au dépistage du cancer du sein. Par exemple en 2009, au niveau national, il est dit que 50 % des femmes âgées de 50 à 70 ans doivent bénéficier du dépistage organisé. Dans le rapport annuel de performance, nous serons jugés en fonction de ce pourcentage et des explications seront demandées si ce taux n'est pas atteint.

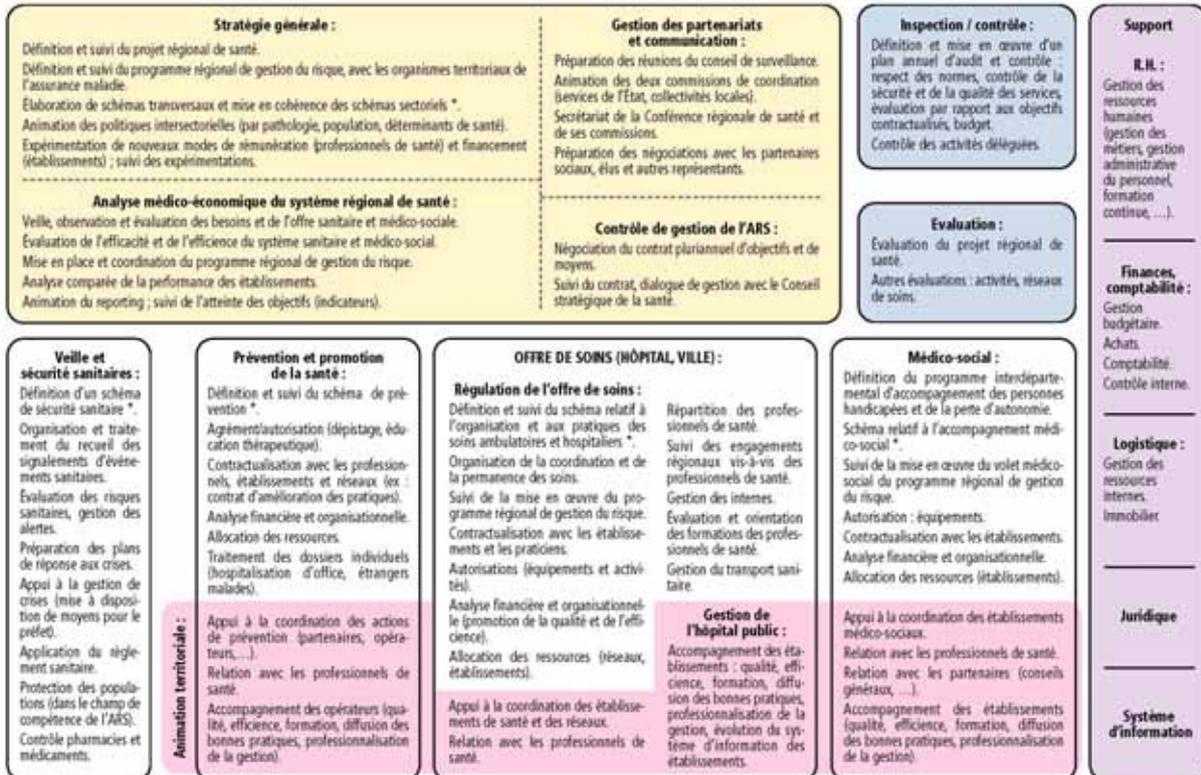
Un autre indicateur concerne le contribuable : la résorption des écarts de coûts à la place par type de prestation en CHRS. Là aussi, il nous est demandé chaque année de réduire les écarts non justifiés de coûts à la place dans les établissements.

## **2.2. L'émergence des agences régionales de santé (ARS)**

Les ARS verront juridiquement le jour le 1<sup>er</sup> janvier 2010, et leurs directeurs seront nommés en juillet pour une prise de fonction en septembre, avec une mise en place relativement progressive.

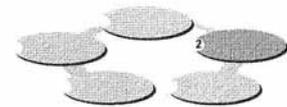
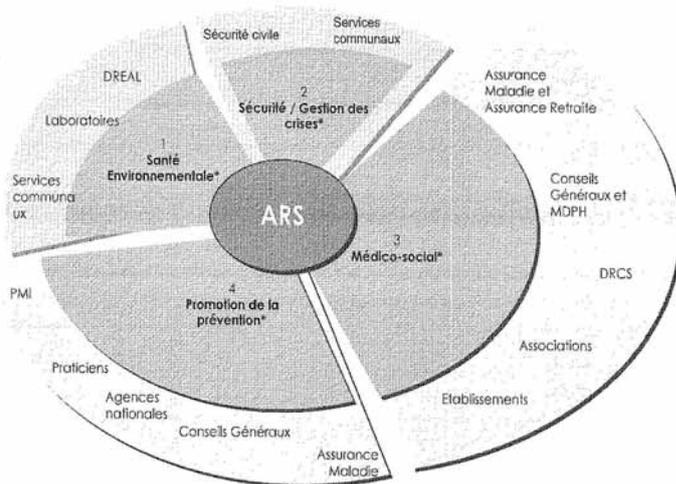
# Première cartographie des activités d'une ARS

Cette cartographie ne préjuge pas du modèle d'organisation interne des ARS.



\* La définition de schémas sectoriels et transversaux est laissée à l'appréciation des directeurs, ils s'inscrivent dans le cadre de Projet Régional de Santé.

## L'ARS pilote et coordonne l'ensemble des politiques de santé



### Objectifs et principes structurants

Identifier des points d'articulation entre les politiques relevant d'autorités compétentes différentes (\*)

Promouvoir la cohérence de ces politiques dans une stratégie unique et adaptée aux besoins et contextes locaux

### Implications organisationnelles

Création / mise en place de commissions de coordination, *a minima* sur :  
 ■ Le médico-social  
 ■ La prévention

Définition de politiques de contractualisation / autorisation avec les acteurs locaux

Lancement d'appels d'offres ciblés

**Commission de coordination sur le médico-social**

**Président :** Directeur général de l'Agence Régionale de Santé  
**Composition :** Présidents des conseils généraux ou leurs représentants  
**Missions :**

- Examen des modalités d'élaboration du projet régional de santé afin d'associer les services des conseils généraux et ceux de l'agence dans l'analyse des besoins et la définition d'actions adaptées
- Examen, pour les aspects relevant de l'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie, de la complémentarité entre le volet programmation du projet régional de santé et les dispositions prévues dans l'article L 312-5 du code de l'action sociale et des familles

**Commission de coordination sur la prévention**

**Président :** Représentant de l'Etat dans la région  
**Composition :** services de l'Etat compétents, représentants des collectivités territoriales soucieuses d'incrire leur action dans le cadre de la politique de santé régionale définie par l'ARS.  
**Missions :**

- Examen des modalités d'élaboration du projet régional de santé.
- Examen des priorités de santé définies par l'agence et des orientations du plan stratégique régional ou interrégional de santé
- Examen des programmes d'action de promotion de la santé et de prévention et de leur mise en œuvre commune, leur évaluation

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

\* Listes d'acteurs non exhaustive

\*\* Voir par exemple les gains attendus de l'ARS en termes de coordination des acteurs de la prévention et de coopération des acteurs de l'offre de soins (L12 Vision stratégique, enjeux par secteur - prévention)

BCG Capgemini Consulting 15  
 Les Services Clients et le Groupe

Dans le premier schéma, nous concernent directement les pavés relatifs à l'offre de soins (hôpital, ville) et au médico-social. Les ARS intégreront dans leurs compétences l'offre de soins (c'était déjà le cas), la médecine ambulatoire et le médico-social avec les ESAT, la santé publique et environnementale. Au sein des ARS seront maintenues des délégations départementales qui n'assumeront vraisemblablement pas l'ensemble des compétences des ARS listées ci-dessus, mais continueront probablement à se voir déléguer le médico-social.

Dans le second schéma, l'ARS se situe au centre des politiques de santé, placées sur le deuxième cercle : santé environnementale, sécurité/gestion des crises, médico-social, promotion de la prévention, et de tous les partenaires, non exhaustifs à mon avis, situés sur le troisième et dernier cercle qui travailleront avec elle, avec là aussi une mission de définition de politique et de contractualisation en liaison avec les acteurs locaux. Il y aura toute une série de contrats, de conventions, de protocoles, entre l'ARS et les divers opérateurs présents sur le dernier cercle.

### **3. Le contrat omniprésent dans le secteur sanitaire**

Je rappelle que les contenus, objectifs et impacts des contrats du sanitaire sont différents de ceux du secteur médico-social.

En premier lieu, les contrats sanitaires sont obligatoires. Tous les établissements de santé ont l'obligation de contractualiser avec l'ARS, alors que le contrat médico-social est actuellement optionnel.

Ces contrats sanitaires sont étendus. Le contenu comprend l'intégralité des items qui lient l'ARH aux établissements de santé, en termes de budget, qualité, autorisations, évaluation, ce qui n'est pas le cas dans les contrats médico-sociaux. Le contrat sanitaire est désormais le seul vecteur juridique qui lie l'ARH aux établissements.

Dans le sanitaire, les contrats sont avant tout un mode de régulation du dispositif. Ainsi le Schéma régional d'organisation du sanitaire (SROS) détermine très précisément les autorisations actuelles et futures ainsi que l'activité sanitaire dans une région. À partir de ce SROS, on autorise et, à partir de ces autorisations, on passe les contrats. Dans le social et le médico-social, il n'existe pas de schéma équivalent au SROS, mais des schémas à impact variable.

Autre différence avec le médico-social et le social, il existe dans le sanitaire une dimension territoriale très affirmée avec une graduation en termes d'offre de soins : sont définis des zones de soins de proximité sur des soins sanitaires, des bassins hospitaliers (treize actuellement en Rhône-Alpes) qui sont des pôles de référence chargés de missions plus importantes, et enfin des pôles hospitalo-universitaires au niveau régional. Le secteur social et médico-social n'est pas territorialisé, même si le nombre d'EHPAD nécessaires par canton est fixé en fonction de la population. Il ne s'agit pas de territorialisation alors que, dans le sanitaire, une organisation réfléchie sur un bassin est menée.

Imaginez que l'on vous annonce un jour que le médico-social doit être territorialisé sur un bassin, imaginez qu'on pousse l'outrage jusqu'à demander une graduation : trois EHPAD sur un bassin pour les personnes âgées et un EHPAD un peu spécialisé de recours pour les personnes très désorientées. Vous n'êtes pas territorialisés et il ne vous est pas demandé de graduer votre prise en charge sur un territoire. Je ne sais pas si cela est possible, mais telle est l'organisation du sanitaire. À mon avis, le secteur médico-social se dirige vers une territorialisation assez forte car parallèlement (c'est la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » qui le prévoit) les coopérations sur les territoires de santé seront beaucoup plus organisées et plus structurées à travers les communautés hospitalières de territoires. Il n'est pas interdit de penser qu'un jour, le médico-social puisse intégrer ces dernières.

Ainsi en 2009, sur le bassin de Lyon-Est, l'activité médecine sera cadrée et située entre un minimum de 138 526 et un maximum de 158 871 séjours ; de même pour la chirurgie, les soins de suite, etc. Il s'agit bien d'un mode de régulation et non d'un mode tarifaire. Nous allons au-delà des autorisations, nous cadrans l'activité des établissements de santé.

Ceci n'existe pas dans le secteur social et médico-social où un nombre de journées est défini en termes tarifaires. Il ne s'agit pas toutefois d'un mode de régulation de l'activité, mais d'un item tarifaire. Il n'est donc pas totalement impossible qu'en termes de mode de régulation, des objectifs quantifiés soient introduits dans le secteur le médico-social.

### **4. Les CPOM au cœur de la régulation du secteur médico-social**

Le contrat est avant tout un mode de régulation. L'article L 313-11 du CASF fait déjà référence aux objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale. Le législateur a donc prévu que le contrat s'intègre dans les objectifs de schéma.

*« Des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service, ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.*

*Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis sur une durée maximale de cinq ans. »*

Citons Jean-Jacques TRÉGOAT :

*« Je n'hésite pas à penser que nous devons nous engager dans une véritable "révolution" consistant à passer d'une "tutelle budgétaire a priori" à un contrôle "d'efficience a posteriori" visant à vérifier l'adéquation entre les moyens alloués, l'activité réelle et les résultats, qui si elle a été consacrée dans les textes réglementaires, n'est pas encore entrée dans les faits puisqu'il s'agit de nouvelles cultures professionnelles à ancrer chez les tarifificateurs comme chez les gestionnaires. Nous sommes là, pleinement dans la démarche LOLF ».*

Les contrats dans le secteur médico-social constituent des outils de gestion et de réorganisation internes au niveau :

- du retour à l'équilibre et de l'apurement des déficits ;
- du lissage des déficits opposables (*GVT, impact du turnover*) ;
- de la mutualisation interne : oui, avec force. Il est vrai que lorsque nous contractualisons avec des associations qui gèrent plusieurs établissements, nous souhaitons tous une mutualisation interne, quelles que soient les thématiques ;
- de la convergence tarifaire interne ; lorsque nous contractualisons avec des associations qui gèrent plusieurs établissements de même type, comme les ESAT par exemple, nous incluons obligatoirement la nécessité d'une convergence tarifaire interne sur les établissements et associations ;
- de l'évolution de la « *dirigeance* » et de la gouvernance, soit le rôle du siège et les positionnements, voire les repositionnements, entre le directeur général, les directeurs d'établissements et les conseils d'administration.

Tout cela est devenu assez classique dans les contrats que nous signons.

Ces contrats constituent également un outil au service du redéploiement au niveau :

- de la convergence tarifaire externe, des tarifs plafonds, du respect des indicateurs socio-économiques ;
- de l'exigence croissante de mutualisation et de globalisation des moyens, éventuellement par territoire.

Notre troisième approche reste pour l'instant une interrogation : la contractualisation est-elle un outil de régulation dans le secteur médico-social avec :

- l'organisation et la graduation d'une offre territoriale ? Pourquoi pas ? Pourquoi ne pas arriver à des contrats passés avec les associations sur un territoire en impulsant des coopérations et des mutualisations ?
- une mutualisation, des regroupements, des filières planifiées ?
- l'intégration dans les communautés hospitalières de territoire ?

En conclusion : la convergence entre la contractualisation sanitaire d'une part, sociale et médico-sociale d'autre part, est aujourd'hui un vrai sujet de débat.

## **Débat avec la salle**

**Intervention de la salle.** *C'est quand j'ai un rhume que je vais consulter un médecin. Là, c'est l'offre qui crée la demande avec un système planifié à l'extrême et les avantages de l'économie de marché : indicateurs, objectifs... Comment tout cela peut-il être efficient ?*

**Joël MAY.** Nous partons du postulat suivant : sur le territoire national, régional, sur les bassins, par établissement, il n'y a pas de raison particulière, sauf cas de pandémie, qu'une activité hospitalière en tendance lourde augmente de manière extraordinaire. S'il existe 20 millions de séjours chirurgicaux au niveau national en

2009, pourquoi voulez-vous qu'il y en ait 30 millions en 2010, ces objectifs quantifiés tenant bien sûr compte des évolutions en termes d'épidémiologie, de démographie et de vieillissement de la population ? Les déclinaisons s'effectuent ensuite au niveau régional, au niveau des bassins et au niveau des établissements. Cet item peut être contesté, mais il est logique. Par ailleurs, comment la déclinaison par bassin et par établissement est-elle effectuée ? Partons de l'hypothèse que ces 20 millions de séjours chirurgicaux au niveau national deviennent 2 millions en Rhône-Alpes. Ce chiffre est ensuite décliné par bassin. C'est là où la situation se complique, mais le système n'est pas rigide. Un bassin situé dans la Drôme peut diminuer son besoin en séjours chirurgicaux, à cause de départs de chirurgiens des hôpitaux de la Drôme par exemple et du déplacement de la population à Lyon pour les opérations. Il peut arriver qu'au sein d'un bassin, il y ait une perte d'activité en chirurgie parce que là aussi, des chirurgiens de notoriété partent dans un autre établissement. Nous avons néanmoins les moyens de transférer les activités d'un établissement à un autre en fonction des besoins. Ces objectifs quantifiés sont donc basés sur une approche objective et épidémiologique des besoins de la population résidant en France, sauf pandémie bien sûr. Ils sont répartis sur la région, en bassins, en établissements, et nous avons la souplesse nécessaire pour transférer l'activité entre les établissements. Les objectifs quantifiés figurent dans le contrat. Ce n'est pas grave si un directeur d'établissement voit que ses objectifs quantifiés dépassent ce qui lui a été attribué. Il vient dialoguer dans le cadre du contrat avec le directeur de l'ARH, et s'il présente des justificatifs, ses objectifs quantifiés sont revus.

**Claude VOLKMAR.** *Il serait intéressant de voir si des objectifs quantifiés pourraient se mettre en place et de quelle façon dans le secteur médico-social. Certains établissements et services ont une activité quantifiable ; je pense à un traçage possible des activités, par exemple des actes d'un SESSAD ou d'un CAMSP. Une prospective est-elle possible sur cet aspect ?*

**Joël MAY.** Il faut effectivement débattre de ce sujet, mais il convient alors de sortir du seul indicateur journée. Je complète donc la question : est-ce transposable, tout en ajoutant à la journée le critère des actes ? Ce n'est pas tellement le nombre de journées qui importe, mais les actes qui sont offerts.

**Intervention de la salle.** *Avant de parler de régulation par les actes, il faudrait être sûr que les actes correspondent aux besoins. En effet, dans le sanitaire, une régulation est effectuée par les professionnels eux-mêmes dont certains sont notoirement en sous effectif. Nous ne sommes donc pas sûrs que les équipements correspondent aujourd'hui totalement aux besoins. Dans le secteur social et médico-social, nous savons également que pour quelques équipements, l'offre est en deçà des besoins. Parler d'une régulation par les actes me semble aujourd'hui prématuré.*

**Joël MAY.** Le débat sur les besoins est éternel. Si nous attendons de répondre à tous les besoins, je pense que le médico-social du handicap (ce qui n'est pas tout à fait le cas dans le médico-social des personnes âgées) sera de plus en plus soumis à des contraintes. Le débat ne se situe pas au niveau des besoins, mais des contraintes économiques très fortes, y compris dans le médico-social. Je pense qu'il faut continuer sur l'efficacité ; que la nature des besoins des personnes handicapées a changé ; que nous sommes de plus en plus dans le séquentiel ; que la place de l'utilisateur et de sa famille, au-delà du contrat et du règlement intérieur, n'est pas simplement d'être au centre, mais peut-être co-gestionnaire ; qu'en termes démographiques, toute une génération de professionnels va partir ; qu'il faut véritablement passer à une mutualisation plus importante ; qu'il existe un vrai débat portant sur l'évolution des compétences, comme dans l'administration d'ailleurs, des cadres et des personnels sociaux ; et enfin, que le pilotage est modifié. C'est là, me semble-t-il, que résident les vraies questions. Certes, le problème de la réponse aux besoins existe, mais malheureusement, nous l'avons dépassé.

**Intervention de la salle.** *Nous avons les moyens de quantifier nos interventions dans nos établissements : nous connaissons le nombre d'heures de classe, d'orthophonie, de psychomotricité... Ma question porte plus sur l'intérêt de décomposer ces données, alors qu'actuellement, nous travaillons en journée. Aujourd'hui, deux types d'interventions sont déjà décomposées dans nos établissements : l'internat et l'externat. À ma petite échelle, il n'est déjà pas simple de faire en sorte que cela corresponde d'une année sur l'autre. Si nous nous engageons sur un certain nombre d'heures de classe ou d'actes d'orthophonie, cela ne posera-t-il pas un problème par rapport aux projets personnalisés des jeunes ?*

**Claude VOLKMAR.** Au contraire, je pense que la personnalisation induit la nécessité de disposer d'un ensemble de prestations disponibles et modulables au gré des besoins de personnalisation. Il n'est plus possible de raisonner aujourd'hui en termes de dispositif préformaté, que ce soit de l'externat, de l'internat, voire des prestations fournies par une équipe pluridisciplinaire ; sinon nous finissons par ajuster les jeunes aux prestations prépensées et nous ne faisons pas l'inverse. Nous aurons intérêt à décliner probablement dans le détail les

prestations qui figurent dans l'ensemble complexe que nous appelons « *accompagnement* », un mot valise un peu trop commode. Le rapport d'activité 2007 de la CNSA montre une orientation vers la définition d'un bouquet de prestations disponibles sur un territoire à l'aide de plateaux techniques, ce qui ne correspond plus tout à fait à la configuration des établissements et services tels que nous les imaginons aujourd'hui. Par conséquent, s'esquisse plutôt une logique de plateformes et de services. Tout cela est déjà inscrit dans la loi de 2005 à travers l'idée d'un plan de compensation qui s'imposera peut-être petit à petit aux établissements et services. Ce n'est pas du tout le cas pour l'instant, mais là surgissent des problèmes de cultures importants. Nous avons l'habitude de définir un projet global pour chaque résident ou chaque personne accueillie dans l'établissement, un peu comme si nous étions seuls. Peut-être deviendrons-nous un peu plus prestataires au service d'un projet global pensé à travers un dispositif de ressources disponibles sur un territoire. L'évaluation de l'activité deviendra alors vitale. Elle ne l'est pas pour l'instant. En revanche, notre souci réside dans les outils (que nous n'avons pas dans le médico-social de la même manière que dans le sanitaire) qui permettent de définir des groupes iso-ressources notamment... C'est possible dans le secteur gérontologique, mais pas encore complètement dans le champ du handicap. Je pense qu'à terme, la personnalisation du service rendu obligera à une définition beaucoup plus fine de l'activité que celle qui existe aujourd'hui.

**Intervention de la salle.** *Concernant la notion de régulation, en tant que citoyen, je pense qu'une France à deux vitesses se prépare. D'un côté, nous voyons que des limites sont fixées en fonction des besoins, alors que dans les MDPH, vingt-quatre voire trente-deux heures d'aide humaine sont accordées quotidiennement à certaines personnes. Allons-nous vers une régulation ou vers une inflation monstrueuse de l'offre ?*

**Éliane CORBET.** Je n'apporterai pas une réponse, mais plutôt une tentative d'analyse. L'intervention précédente se rapporte à l'élaboration des plans de compensation au titre de l'éligibilité de la PCH où il existe des heures à la personne. La direction de la MDPH de la Drôme nous a alertés sur quelques situations de coûts mensuels importants pour certaines PCH du département. Il s'agit là de cas extrêmes. Dans le cadre de l'identification du nombre d'actes au sein des établissements, il s'agira d'une personnalisation des services rendus, donc d'actes en direction des personnes. La logique sera finalement la même, mais sans avoir des budgets alloués à des structures. La modification vient donc doucement avec les plans de compensation qui sont des actes en direction de personnes, donc des coûts à la personne.

**Intervention de la salle.** *Aujourd'hui, à l'heure des discours sur la bientraitance, il est difficile dans les établissements de répondre instantanément aux besoins des usagers, alors que c'est possible à domicile. Un déséquilibre est donc inévitable et je ne vois pas comment, en termes de qualité qui est l'objet des lois de 2002 et de 2005, nous pourrions progresser dans les établissements en restant dans des financements restrictifs.*

**Joël MAY.** N'en faites pas une question préalable, sinon vous passerez à côté d'un positionnement politique stratégique du secteur qui est indispensable, à savoir celui de l'efficience, de la mutualisation, du plan personnalisé, de la tarification à l'acte. Nous sommes sur un secteur (je ne parle pas du médico-social des personnes âgées où la vision des prestations est beaucoup plus claire et où il existe déjà une tarification à l'acte) qui ne connaît pas suffisamment la prestation individualisée et son coût. La journée est un item intéressant, mais il ne suffit pas en termes de prestations et les usagers demandent à juste titre de quelles prestations ils ont pu bénéficier. L'exigence de demande de l'utilisateur nous rattrapera, et c'est heureux.

**Marie-Paule ROBIN.** Elle est déjà là. Nous entendons déjà des parents qui ont participé aux commissions de l'autonomie dans les MDPH et qui viennent demander pour leurs enfants des aides pour compenser ce qu'ils estiment nécessaire en termes de rééducation notamment, en plus de la prise en charge en IME.

**Intervention de la salle.** *Je reviens aux CPOM et au caractère obligatoire des contrats dans le secteur sanitaire. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » prévoit que les CPOM sont obligatoires pour les établissements à partir d'une certaine taille ; nous nous rapprochons donc du process du sanitaire. L'EPRD, vous l'avez évoqué, arrive également pour tous les établissements concernés par les tarifs plafonds. Nous avons tendance à suivre le secteur sanitaire, mais nous avons très peu de retours sur l'efficience des réformes qui y sont mises en place. Par ailleurs, des contrats peuvent être signés avec plusieurs financeurs, y compris avec des conseils généraux, du moins dans l'esprit des textes. Or sur le terrain, il semble que cela ne fonctionne pas très bien. De même, quid de la dimension départementale, voire régionale des contrats ?*

**Joël MAY.** La contractualisation est de nature et d'impact différents entre les conseils généraux et l'État. Cela ne veut pas forcément dire qu'il y a une incohérence totale, mais les conseils généraux, de manière normale, ont

des contrats de nature politique au sens noble du terme et de pluriannualité budgétaire. Nous avons également des contrats de nature politique, mais au sens du thème abordé, et pluriannuels certes, mais ce caractère est relatif car les lois de finances, tant de la Sécurité sociale que de l'État, ne sont actuellement qu'annuelles. Il est théoriquement possible que l'ONDAM médico-social de 2010 soit inférieur à celui de 2009, rien ne l'empêche, alors qu'un conseil général peut assurer cette pluriannualité. Mais je vais laisser la parole à Marie-Pierre MARIANI à propos de notre contractualisation et de sa cohérence avec celle du conseil général au niveau du département du Rhône.

**Marie-Pierre MARIANI.** Outre l'aspect ONDAM que vous avez évoqué, il convient de tenir compte de la programmation. Pour s'inscrire dans un contrat d'objectifs sur trois ou cinq ans, notamment sur le champ du handicap, les PRIAC donnent cette visibilité à cinq ans. L'enjeu est de pouvoir obtenir cette visibilité en termes de développement de l'offre du côté du conseil général. Il est important de travailler en amont avec les conseils généraux, pas seulement dans le cadre d'un contrat, pas avec une seule association, mais plus globalement sur les axes politiques départementaux, le schéma certes, avec parfois le risque d'être un peu trop dans la déclaration d'intention. Des aspects très concrets en termes de politique, de réponses aux besoins peuvent également être travaillés et le sont régulièrement avec les conseils généraux. À titre d'exemple, avec l'Éducation nationale, nous ne sommes pas dans un apport de moyens directs comme au niveau du conseil général ou de l'État, mais dans la participation à la construction d'une réponse à un besoin et d'un financement direct ou indirect. Un enjeu existe dans la contractualisation, dans la négociation et dans le temps de construction du contrat : l'association doit essayer d'obtenir l'engagement des autres financeurs à travers son contrat, mais c'est un point incontournable. Il n'est pas possible aujourd'hui de mettre en place un contrat sans y associer les partenaires financeurs, avec la difficulté, notamment pour les conseils généraux, de pouvoir s'engager dans une contractualisation. Et c'est aussi leur engagement qui donnera du sens aux engagements que nous pourrions prendre dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens, notamment sur un projet conjoint. Ce n'est pas encore une réalité aujourd'hui, nous sommes dans un entre-deux de négociation pour pouvoir donner un sens aux engagements pris dans le contrat État. Quant à l'interdépartemental, nous y serons demain, dans le cadre d'une ARS par exemple à l'échelle d'une même région. Il n'existe pas d'obstacle majeur à une telle démarche, si ce n'est faire évoluer les cultures, et cela donnerait beaucoup plus de sens pour une association. Les ARS nous y aideront.

**Claude VOLKMAR.** *À quelle taille minimum est-il possible de signer un contrat aujourd'hui ?*

**Marie-Pierre MARIANI.** Ce n'est pas seulement une question de taille. Ce point sera abordé plus précisément dans l'après-midi.

**Marie-Paule ROBIN.** En ce qui concerne l'Isère, le schéma a été bâti conjointement entre l'État et le conseil général, tant pour les personnes âgées que pour les personnes handicapées, après une enquête menée conjointement sur les besoins. Nous n'avons donc pas eu beaucoup de difficulté à nous mettre d'accord sur les programmations ; l'inscription au PRIAC coulait donc de source. Concernant la contractualisation au niveau de la globalisation des budgets sur cinq ans, le conseil général de l'Isère n'est pas prêt pour l'instant, et il ne veut pas s'engager pour cinq ans sur un ensemble d'établissements pour lesquels il continue à traiter des budgets presque compte par compte avec des analyses très poussées, des comptes administratifs, etc. Nous ne sommes pas tout à fait dans la même optique, nous n'avons pas non plus les mêmes contraintes ni les mêmes enjeux, encore que... Nous n'en sommes pas encore là. Peut-être pouvons-nous le regretter, mais pour l'instant, les contrats sont seulement bipartites, c'est-à-dire entre le gestionnaire et l'État, alors qu'il pourrait être intéressant de travailler beaucoup plus globalement. Mais peut-être est-ce une première étape par laquelle il faut passer.

**Intervention de la salle.** *Connaissons-nous le nombre de CPOM signés en 2008 au niveau national ?*

**Intervention de la salle.** L'enquête SOLEN publiée en décembre 2008 fait référence à deux cents CPOM environ.

**Sandrine CHABERT.** Je suis directrice financière, donc peut-être pas la mieux placée pour parler de votre cœur de métier, mais je pense qu'il est intéressant d'avoir une vision financière et administrative du CPOM. Je voudrais d'abord indiquer que nous avons signé un accord conventionnel globalisé sur trois ans multi-établissements et pluriannuel avec le conseil général du Rhône. Dans le Rhône, il semble donc possible de travailler sur cette notion de budget globalisé, de dotation commune, avec le conseil général et avec une collaboration très forte avec la DDASS. Nous sommes déjà dans la démarche de l'acte, puisque nous sommes quantifiés sur un nombre de mesures réalisées. Pour moi, le nombre de journées ne présente aucun intérêt, puisque très fluctuant ; le coût à

la place, qui est une notion plus intéressante, c'est un peu le coût à l'acte globalisé. Tout l'intérêt du CPOM réside dans le fait de savoir ce que chacun des cocontractants en attend. Fixons d'abord des objectifs clairs pour savoir sur quoi s'entendre, et n'en changeons pas pendant la durée du contrat.

## CONFÉRENCE

# Les CPOM : mettre en œuvre un projet de planification

Éliane CORBET

*Directrice technique du CREA Rhône-Alpes*

Nous allons comparer deux des outils de régulation introduits par la loi du 2 janvier 2002, c'est-à-dire lorsqu'elle a prévu des leviers de régulation de l'offre médico-sociale à partir de la réforme des lois précédentes.

En préparant mon intervention, j'ai eu l'impression de ne pas m'être livrée à un exercice très créatif, car j'ai comparé les objectifs et ingrédients d'un schéma départemental d'une part, et les attendus et ingrédients d'un CPOM d'autre part. Avec cette analyse comparative, nous pouvons nous rendre compte qu'il existe un lien direct entre les deux, c'est-à-dire un impact attendu des orientations du schéma que nous trouverons dans le CPOM, et en même temps, que le CPOM est un outil à la disposition de la mise en œuvre des schémas départementaux. Par ailleurs, tous deux sont décrits dans les textes avec des formules tout à fait comparables ; nous avons alors l'impression d'une redondance du vocabulaire, et nous nous rendons compte que nous pouvons les entendre comme deux outils ayant des objectifs de planification partagés.

Rappelons-nous les leviers de régulation de l'offre médico-sociale introduits par la loi 2002-2. Il s'agit d'abord d'un modèle participatif, avec l'introduction d'outils pour rendre effectifs non seulement les droits des personnes, mais leur participation aux décisions. Nous trouverons ce modèle participatif dans l'ensemble des éléments qui viendront ultérieurement : dans la révision de la planification, dans l'élaboration du projet d'établissement, dans l'évaluation interne, ainsi que dans les coopérations attendues et les contrats d'objectifs et de moyens tels qu'ils ont été introduits par cette loi. Toutes ces transformations doivent être comprises comme des leviers de régulation de l'offre selon un modèle participatif.

Nous nous intéresserons donc à deux d'entre eux : le schéma et le CPOM.

Les textes introduisent le mot « *schéma* » et, lors de son intervention, Joël MAY a souligné la modification du vocabulaire : d'abord la « *planification* », transformée en « *schéma d'équipement* », pour devenir aujourd'hui « *schéma d'organisation sociale et médico-sociale* ».

La loi du 2 janvier 2002 commence par un préambule qui définit nouvellement l'action sociale et médico-sociale, rappelant que celle-ci « *repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature* ».

Nous avons vu précédemment que la seule interrogation sur la mise en lien direct entre les besoins et les moyens ne suffit pas. Néanmoins, le premier article de cette loi indique que l'action sociale repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes, ce que nous reprendrons lorsqu'il s'agira de réinterroger tant des projets d'établissement que des schémas d'action sociale et médico-sociale.

L'article 18 de la loi 2002-2 rappelle les ingrédients des schémas d'organisation sociale qui « *apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population [ceci répond au modèle participatif évoqué précédemment, et également à l'évaluation continue] ; dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ; déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale ; précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [...], afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés ; définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas* ».

Il y a peu encore, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ne présentaient pas tous ces ingrédients, notamment celui relatif aux critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans ce cadre, qui n'est apparu que très récemment. Les schémas de dernière génération sont dotés, en plus de leurs plans d'action et d'évaluation, des outils d'évaluation de leur mise en œuvre relativement précis, les plus récents comprenant également parfois des référentiels interrogeant la mise en œuvre des impacts attendus.

Il y a presque deux ans, nous nous sommes livrés dans la région Rhône-Alpes à une comparaison entre tous les schémas en cours de validité sur trois secteurs : personnes âgées, personnes handicapées et protection de l'enfance. Seuls les schémas arrêtés après 2004 contenaient ces critères d'évaluation des actions.

L'article L.313-11 du CASF montre tout de suite l'impact avec le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Il est attendu que les contrats pluriannuels permettent la réalisation d'objectifs, la mise en œuvre de projets d'établissements et de services, et la coopération des actions sociales et médico-sociales. Ils fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis sur une durée maximale de cinq ans. Les textes prévoient une durée de validité de cinq ans pour les schémas. La durée maximale recommandée pour les CPOM ne relève donc pas du hasard.

Le guide méthodologique publié par la DGAS pour la mise en œuvre d'un CPOM souligne l'importance de la phase de diagnostic préalable avant toute négociation. Il convient d'examiner sur la base d'un diagnostic dit partagé les forces et les faiblesses de l'organisme gestionnaire et ses diverses réponses, mais aussi sa position dans le dispositif médico-social. Il s'agit bien là d'une entrée comparable à celle que nous conduisons lors d'un diagnostic préalable à l'élaboration d'un schéma départemental.

Ensuite seront déclinées les évolutions envisagées et nous voyons bien le lien direct entre le CPOM et le schéma départemental. Plus précisément, de la même façon qu'un schéma départemental se décline en orientations puis en objectifs opérationnels, les orientations stratégiques tiendront compte des politiques nationales (c'est également vrai pour les schémas départementaux), des objectifs des schémas départementaux et du PRIAC.

Les transformations attendues sont finalement les ingrédients d'un schéma départemental.

Au niveau d'un organisme gestionnaire, il s'agit donc d'une opération équivalente en termes de diagnostic, de programmation et de l'intérêt d'une négociation, avec un calendrier d'exécution. En outre, de la même manière que les schémas, il ne s'agit plus d'un catalogue de vœux d'intention, mais d'un plan d'action et d'une programmation. Il est également attendu que les CPOM mentionnent des indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à leur évaluation périodique (la périodicité n'est pas précisée dans les textes ; elle est conseillée au bout d'un an, à mi-parcours et au final), ce qui n'est pas prévu dans les schémas départementaux.

Comparons les ingrédients des schémas d'organisation sociale et médico-sociale avec ceux qui sont recommandés pour les CPOM (il s'agit bien de recommandations et non d'obligations) :

| SCHÉMAS D'ORGANISATION                                                                                                                                                                                                                                                        | CPOM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• un diagnostic partagé</li> <li>• l'analyse de besoins et d'attentes</li> <li>• un bilan quantitatif et qualitatif</li> <li>• des évolutions de l'offre envisagées</li> <li>• des orientations</li> <li>• un plan d'action</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• un diagnostic préalable de l'existant</li> <li>• l'analyse des besoins</li> <li>• l'évaluation des forces et des faiblesses</li> <li>• des évolutions de l'offre envisagées</li> <li>• des axes stratégiques</li> <li>• des actions</li> <li>• des indicateurs d'évaluation</li> </ul> |

Les deux mentionnent :

- un diagnostic partagé : l'un est dit « *partagé* », l'autre « *préalable de l'existant* » ;
- l'analyse des besoins et des attentes : c'est la nouvelle définition de l'action sociale et médico-sociale dans le premier article de la loi 2002-2 ;
- un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre : du côté CPOM, nous trouvons la même chose avec l'évaluation des forces et des faiblesses ;
- l'analyse des besoins des populations accueillies ou susceptibles d'être accueillies : nous voyons bien le renvoi au schéma départemental ;
- les évolutions de l'offre envisagées : le vocabulaire est le même ;
- l'un parle d'orientation, l'autre d'axes stratégiques : nous avons là un léger décalage lexical pour dire la même chose ;
- enfin, un plan d'action et des indicateurs d'évaluation.

Un type de présentation autre qu'un partage mettant en valeur cette similitude de vocabulaire et d'intentions aurait pu révéler qu'un CPOM peut presque devenir un sous-ensemble nous montrant un impact attendu d'un schéma départemental.

Pour résumer, nous avons là une comparaison, nous pourrions même dire une redondance, mais aussi une recherche de liens entre le schéma et le CPOM. Ceci est comparable pour les ingrédients, mais également pour les phases de construction telles qu'elles sont indiquées dans le guide méthodologique qui rappelle la phase de diagnostic pour le CPOM, puis l'étape d'établissement de propositions que nous retrouvons dans les schémas départementaux, la mise en place de groupes de travail en concertation qui sont force de propositions, la phase d'échanges et de discussion issue de la concertation, la définition des orientations pour le schéma départemental et l'identification d'axes stratégiques pour le CPOM. Même si l'échelle est différente, ces deux processus, dont l'un est au service de l'autre, sont donc éminemment comparables, comme le résume le tableau ci-après :

| SCHÉMAS D'ORGANISATION                                                                                      | CPOM                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ingrédients</li> <li>• phases de construction</li> </ul>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• comparables</li> <li>• comparables</li> </ul>                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• plan d'action</li> <li>• programmation</li> <li>• PRIAC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• actions</li> <li>• produits financiers</li> <li>• financement PRIAC</li> </ul>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• indicateurs d'évaluation</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• indicateurs de suivi de résultat</li> <li>• indicateurs de convergence</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• durée de validité : cinq ans</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• durée maximale conseillée</li> </ul>                                              |

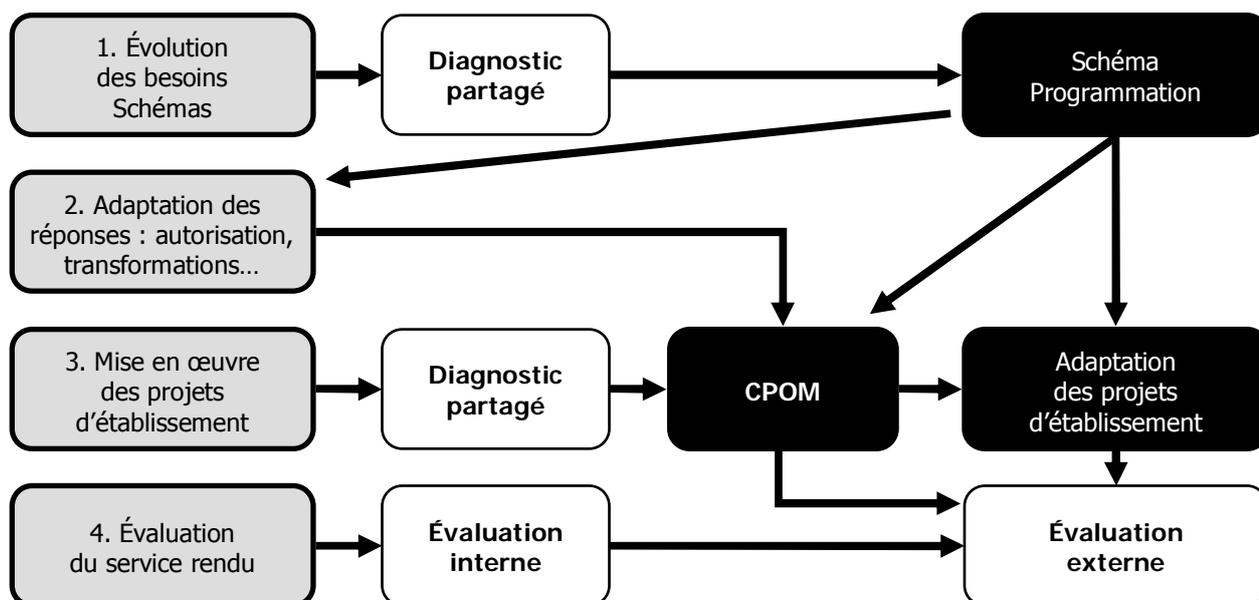
Nous retrouvons maintenant (c'est en tous cas vrai pour les derniers schémas et, en cela, ils suivent les attendus de l'article 18 de la loi du 2 janvier 2002), un plan d'action et une programmation depuis la loi relative au handicap et la mise en place de la CNSA et du PRIAC qui est un outil de programmation mais aussi de régulation. De l'autre côté, nous retrouvons des actions qui ne sont pas forcément formalisées dans le guide méthodologique comme un plan d'action, mais aussi l'attendu pour la mise en œuvre de produits financiers qui circulent à ce moment-là d'établissement en établissement en partie grâce à un CPOM, et le financement indiqué dans le PRIAC. Il existe donc un lien tout à fait direct d'utilisation du développement par le PRIAC pour la mise en œuvre des CPOM. Nous retrouvons également des indicateurs d'évaluation et l'attendu supplémentaire de l'autre côté avec des indicateurs de suivi de résultat et de convergence. La durée de validité est pratiquement identique et elle est conseillée pour le CPOM pour être en phase avec le schéma départemental.

Nous pouvons alors voir qu'il est attendu, tant des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale que des CPOM qui en seront un outil particulier, une actualisation des projets d'établissement et de service pour réorganiser probablement l'offre et ceci au regard des orientations des schémas, d'une analyse de l'évolution des populations accueillies ou à accueillir (là est repris l'attendu de la loi du 2 janvier 2002 qui différencie les besoins et les attentes), d'une évaluation des moyens, des résultats de l'évaluation interne et, pour les deux, d'une analyse prospective attendue au niveau du département et des organismes gestionnaires.

Quand nous résumons l'ensemble, nous voyons bien qu'il s'agit d'objectifs de planification qui sont ici partagés, d'où l'intérêt dans le cadre de l'élaboration d'un schéma départemental de mieux comprendre en laissant une place particulière à la concertation. Nous nous éloignerons donc de plus en plus des schémas départementaux catalogues pour aller vers des plans d'action, des orientations stratégiques avec des outils de mise en œuvre, et notamment des aides à la mise en œuvre.

Les objectifs de planification partagés ne sont pas seulement un impact direct, comme nous l'avons vu auparavant, entre un schéma départemental et un projet d'établissement, mais finalement des planifications à partager et une réorganisation de l'offre à cet égard.

Vous trouverez ci-contre le schéma des régulations introduites par la loi du 2 janvier 2002 et récemment revues, notamment par la loi du 11 février 2005. Ces régulations vont des usagers aux pouvoirs publics *via* différentes étapes qui sont vraies tant pour l'élaboration d'un schéma départemental que pour celle d'un CPOM.



Le lien entre les blocs noirs est tout à fait étroit et montre l'articulation du schéma et sa programmation avec les CPOM et l'adaptation des projets d'établissement. Nous voyons bien que l'adaptation des projets et des réponses passe par cet outil de régulation qu'est le CPOM.

Comment se servir dans tout cela de l'évaluation tant interne qu'externe ?

Pour ces questions d'évaluation, nous reprendrons celles que nous reprenons aussi pour l'évaluation de la mise en œuvre des schémas et nous comparerons finalement des indicateurs tels qu'ils sont indiqués dans la mise en œuvre des schémas, avec en plus pour les CPOM des indicateurs de convergence interne et externe.

Cet ensemble de régulations devient relativement complexe, mais en même temps beaucoup plus structuré, et l'ensemble des acteurs y ont leur place de participants. Nous avons là un modèle participatif tant pour l'utilisateur que pour l'ensemble des contractants.

Les quelques exemples ci-après sont issus de schémas départementaux récents.

Dans le champ du handicap et dans le cadre du développement de l'offre dans le secteur de l'enfance handicapée, la modification introduite par la loi du 11 février 2005, mais aussi présente dans les schémas préalables et renforcée depuis, concerne le soutien à la scolarité ordinaire. Une nouvelle mission est introduite dans les schémas les plus récents : celle de pôle ressource des établissements et services. Lors des concertations, les responsables d'établissements présents en voyaient parfaitement la pertinence mais se demandaient comment la réaliser. Certains l'assuraient déjà, comme les CAMSP et les SESSAD, mais les IME beaucoup moins. Il est maintenant possible de voir comment cela peut être mis en œuvre dans le cadre d'un CPOM, puisqu'il s'agit de s'éloigner de la seule réflexion par le coût à la journée. Nous sommes sur un financement beaucoup plus global, seulement à la place et relié à la file active. C'est par le CPOM qu'un tel axe d'orientation, que nous retrouvons dans d'autres schémas et dont nous comprenons la pertinence, peut être mis en œuvre et valorise en même temps le savoir-faire des équipes médico-éducatives pour l'accueil de l'enfant et de l'adolescent handicapés à l'école.

Quelques départements, notamment le Rhône, rencontraient une grande difficulté avec des personnes sans réponse médico-sociale, que nous appelions dans le Rhône les « *sans solutions* ». Réaffirmés dans le schéma et par des réponses au début expérimentales, mais confirmés dans le cadre de CPOM, des dispositifs d'accueil transitoire beaucoup plus souples ont vu le jour, sans être seulement dans la définition classique des missions des établissements et services médico-sociaux.

La réponse établissement par établissement, même si des compétences pointues existent, est actuellement insuffisante dans les situations de handicaps complexes.

La mise en œuvre d'actions coordonnées (des axes pourtant relativement classiques d'un schéma départemental, notamment sous la forme de ressources développées d'un établissement auprès d'un autre) ne va pas de soi, ni

au niveau culturel ni au niveau organisationnel. Les CPOM peuvent constituer un levier supplémentaire au-delà du schéma qui pourrait rester et malgré des fiches actions relativement précises.

Enfin, dernier exemple, des zones géographiques dans notre région sont moins pourvues en équipement médico-social que d'autres, malgré un développement de population (je pense notamment au nord de l'Isère). C'était indiqué dans deux schémas départementaux et ce n'est que tout à fait récemment que de nouvelles réponses peuvent être apportées dans ce département, et dopées par les plans de développement en particulier comme une sous-partie d'un schéma départemental et dans le cadre de CPOM en cours de contractualisation.

Ces quelques exemples montrent une proximité à la fois dans les processus, dans les attendus et en même temps dans les liaisons, dans les impacts d'un schéma vers un CPOM.

# Les enjeux méthodologiques des CPOM : penser le projet à cinq ans

**Matthieu DEMARQUEZ**

*Conseiller technique, CREAI Rhône-Alpes*

*« Moyens financiers, objectifs organisationnels, management, ressources humaines, services aux usagers, aspects architecturaux, démarche qualité, modalités d'évaluation, innovations et expérimentations, etc. Aucun thème n'est a priori exclu lors de la négociation d'un CPOM ».*

Cet extrait de la plaquette de présentation des CPOM éditée par la DGAS vous donne une idée de l'enjeu préparatoire à l'élaboration d'un CPOM. Bien sûr, si vous vous engagez dans un CPOM, vous ne travaillerez pas l'ensemble de ces thématiques. Certaines s'imposeront d'elles-mêmes du fait de la situation des établissements entrant dans le périmètre du CPOM et des attendus de l'autorité de tarification. Cela vous donne toutefois une idée des champs potentiels couverts par un CPOM.

Cela alerte évidemment sur les outils de diagnostic disponibles ou devant être créés pour monter le projet (car il s'agit bien d'un projet) de CPOM. Je rappelle qu'un projet est une idée que l'on met en avant ; c'est aussi un plan proposé pour la réaliser. Le CPOM est un des outils dont nous disposons aujourd'hui pour mettre en avant une idée et nous donner les moyens de la réaliser.

## 1. La montée en charge des CPOM

La montée en charge des CPOM est probablement aujourd'hui à son apogée. La loi du 2 janvier 2002 stipule que *« des contrats pluriannuels peuvent être conclus [la notion d'obligation est donc inexistante ; ceci est passé relativement inaperçu, et à juste titre, car d'autres aspects de la loi 2002-2 méritaient une attention immédiate] entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale »*. Le format est celui d'un contrat pluriannuel comme outil de mise en œuvre d'un projet social et médico-social.

Autre élément de montée en charge des CPOM : le décret budgétaire et comptable d'octobre 2003 qui prévoit que *« le budget d'un établissement ou service peut être fixé selon des modalités pluriannuelles »*. Il s'agit là d'un établissement et pas encore d'un ensemble d'établissements. Il précise également que les objectifs de la fixation pluriannuelle du budget seront d'assurer une reconduction, actualisée chaque année selon des règles permanentes, des ressources allouées lors d'un exercice antérieur, de garantir la prise en charge sur plusieurs années de surcoûts résultant d'un programme d'investissement ou de restructuration d'un établissement ou d'un service, d'étager sur plusieurs années l'alignement des ressources de l'établissement ou du service sur celles d'équipements comparables (nous sommes sur de la convergence tarifaire) et de mettre en œuvre un programme de réduction des écarts. La dimension financière et budgétaire est donc très présente dans l'approche de la pluriannualité dans le décret budgétaire et comptable d'octobre 2003.

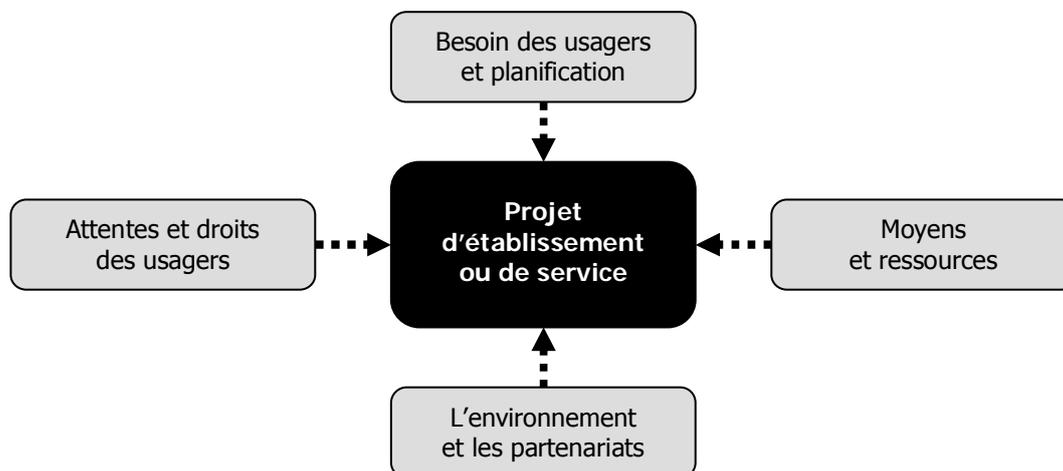
La troisième étape est celle des circulaires du 18 mai 2006 et du 26 mars 2007. Entre autres éléments d'intérêt de ces deux circulaires, la première prévoit que la pluriannualité budgétaire peut désormais être mise en œuvre sur un ensemble d'établissements et de services (et non plus seulement un seul), la deuxième ajoute que ces derniers peuvent être implantés dans différents départements et relever de diverses autorités de tarification. Le propos est clairement élargi et les contrats pluriannuels deviennent dès lors un outil de gestion d'un dispositif social et médico-social global d'un ensemble d'établissements et de services.

Nous assistons donc à une extension progressive du champ de la contractualisation, à un élargissement des champs couverts par les objectifs du CPOM, et nous sommes toujours dans la possibilité (et non l'obligation) de signer un CPOM. Néanmoins, le projet de loi *Hôpital, patients, santé, territoires* rappelle qu'au-delà d'un certain seuil qui sera fixé par décret, les CPOM deviendront obligatoires.

## 2. S'engager sur cinq ans

### 2.1. Le projet d'établissement ou de service

Si nous raisonnons sur cinq ans, je vous renvoie au projet d'établissement ou de service. Le projet de CPOM, c'est la mise en œuvre de votre projet d'établissement ou de service. Bien sûr, c'est beaucoup plus compliqué que cela parce que, comme le montre le schéma ci-dessous, un projet d'établissement ou de service n'est pas toujours aussi détaillé, précis et programmé que souhaité.



Idéalement, un projet d'établissement ou de service dresse un état des besoins des usagers et des orientations des schémas, définit les moyens et les ressources, est au clair avec les attentes et les droits des usagers, et s'inscrit dans un environnement et des partenariats. Ce n'est qu'à ce titre qu'il devient un outil véritablement opérationnel pouvant être directement reporté dans les objectifs du CPOM.

Le projet d'établissement est donc bien une source de projet de CPOM, mais à condition qu'il soit actualisé au regard des orientations du ou des schémas départementaux applicables et d'une analyse fine de la cohérence population accueillie/agrémentés (nous savons qu'il existe régulièrement des écarts) comprenant les résultats de l'évaluation interne et du plan d'amélioration, une évaluation des moyens dont dispose l'établissement pour réaliser son projet et une analyse prospective, à savoir de quelle manière l'environnement vient interroger le projet d'établissement.

J'ajoute la notion de projet associatif car un CPOM peut également mettre en œuvre un projet associatif, le consolider, voire le réviser. En effet, une association engagée depuis longtemps dans l'accueil de personnes déficientes intellectuelles et qui se trouve requestionnée par l'environnement et l'évolution des besoins pour l'accueil de personnes présentant un handicap psychique devra se repositionner différemment.

La dimension du projet associatif doit également reprendre toute sa place par rapport aux phénomènes de régulation qui sont repérés aujourd'hui, et pourrait réintroduire une dimension politique au sens citoyen du terme dans la gestion de dispositifs sociaux et médico-sociaux.

### 2.2. Les nouveaux enjeux introduits par les CPOM

Il est important de garder à l'esprit cette notion d'engagement sur cinq ans, d'autant plus qu'il sera contractualisé.

Dans cet engagement, les nouveaux enjeux introduits par le CPOM sont :

- la programmation pluriannuelle d'objectifs sociaux et médico-sociaux ;
- la programmation pluriannuelle des moyens (financiers, humains...) ;
- la recherche d'efficacité et d'efficience des moyens déployés ;
- l'évaluation de la mise en œuvre des objectifs.

### 2.3. Le diagnostic en année N

Les axes du diagnostic relèvent de quatre ordres :

- le projet social et médico-social du gestionnaire et de ses établissements sociaux et médico-sociaux ;
- l'organisation du dispositif médico-social du gestionnaire ;
- les moyens humains, matériels, architecturaux, etc. ;
- la situation financière des établissements sociaux et médico-sociaux.

Cette structure couvre globalement le champ des questions soulevées par un CPOM. À travers ce diagnostic, l'enjeu sera d'objectiver la situation en année N : les points forts à consolider, les axes d'amélioration à programmer, les arbitrages à réaliser, etc., sachant que les moyens seront contraints.

- *Le projet social et médico-social du gestionnaire et de ses établissements sociaux et médico-sociaux.* Une des premières questions à se poser porte sur la cohérence des agréments et de la population accueillie. En cas d'absence de coïncidence, un ajustement est nécessaire (probablement en se référant également aux orientations du schéma), des réorganisations doivent être pensées, de nouvelles prestations doivent être développées... Il convient aussi de se pencher sur l'adéquation entre la capacité agréée et le nombre d'usagers accueillis : il peut y avoir un décalage, un taux d'activité un peu bas ou un peu élevé par rapport au nombre d'usagers relatif à l'agrément. Une autre interrogation concerne l'état de la demande observée par rapport à l'offre existante : quels sont les besoins non pourvus sur le territoire, quel est l'état de la qualité des prestations fournies par rapport au niveau de qualité inscrit dans les référentiels, les textes de lois et bien sûr les recommandations de l'ANESM, quelle complémentarité peut être pensée entre l'offre proposée et celle qui existe déjà sur le territoire, quelle est l'adéquation entre le projet d'établissement et le projet associatif ? Telles sont les questions qui peuvent se poser à l'origine du diagnostic préalable au CPOM en année N.
- *l'organisation du dispositif médico-social du gestionnaire.* La négociation d'un CPOM peut être l'occasion de repenser l'organisation du dispositif médico-social : les établissements sont-ils bien localisés, la localisation est-elle pertinente par rapport au projet, le dispositif se superpose-t-il avec des territoires d'action sociale qui ont pu être mis en place par le conseil général, quel est l'état de l'organigramme (ceci concerne plutôt des grosses associations qui pourront se restructurer en pôles d'activité), quelles sont les missions du siège par rapport aux services attendus dans les établissements ? Je rappelle que la signature d'un CPOM est conditionnée à l'existence d'un siège agréé et que les missions du siège peuvent être l'objet d'une négociation dans le cadre du CPOM.
- *les moyens humains, matériels, architecturaux, etc.* Le CPOM est également le moyen de se (re)questionner sur le prévisionnel de gestion des emplois et des compétences : les compétences et les effectifs sont-ils suffisants pour la mise en œuvre du projet actuel ou celle du projet prévu à cinq ans, quel est l'état des qualifications du personnel, quel est le taux d'encadrement ? Toutes ces questions peuvent être soulevées par le travail préalable à la négociation d'un CPOM. C'est la même chose pour les moyens architecturaux (qualité des équipements immobiliers, vétusté, accessibilité, sécurité, coût). Bien sûr se posent également des questions de mutualisation de moyens dans un objectif de recherche d'intérêt entre l'économie d'échelle et le maintien de la qualité des prestations.
- *la situation financière des établissements sociaux et médico-sociaux.* Là encore, il convient de conduire un état des lieux assez vaste de l'existant par rapport au compte de résultat, par rapport au coût à la place des établissements sociaux et médico-sociaux entrant dans le cadre du CPOM, du groupe II de dépenses et des groupes I et III des dépenses et recettes, par rapport au bilan financier, par rapport aux investissements. À partir de cet état des lieux, sont effectués un diagnostic de l'existant, une analyse globale pour l'ensemble des établissements entrant dans le périmètre du CPOM et une analyse plus détaillée pour chaque établissement. Un autre exercice difficile consiste en l'évaluation des besoins financiers à cinq ans dans le cadre à la fois de la reconduction des objectifs du projet et des nouvelles mesures introduites dans le CPOM. La démarche est donc assez lourde et complexe. Certaines associations ont réalisé ce diagnostic en trois à quatre mois, ce qui est très court. Pour mener une telle démarche dans ce délai, il faut être parfaitement préparé, disposer des outils, des moyens, des compétences, mobiliser les services comptables, ceux de la direction administrative et financière, faire le lien avec les établissements, avec les administrateurs... Idéalement, cette démarche devrait déjà être conduite, mais bien souvent le CPOM vient réinterroger toutes ces données de façon très pointue puisqu'il s'agit de contractualiser et de programmer à cinq ans. Il peut toutefois arriver que l'on soit sollicité pour signer un CPOM dans des délais très courts. Même si aujourd'hui, vous n'êtes pas sûrs de vous engager dans un CPOM, autant vous y préparer tout de suite. Que vous vous y engagiez ou pas, ces outils vous seront utiles.

## ***Les outils du diagnostic***

Pour conduire ce diagnostic, vous devrez collecter le projet associatif, le projet d'établissement ou de service, le ou les schémas applicables, les agréments des établissements, les rapports d'évaluation interne, les outils d'observation des besoins tant régionaux que départementaux, voire vos propres outils, les outils d'observation de la population déjà accueillie dans l'établissement, les rapports d'activité, les outils de gestion prévisionnelle d'emplois et de compétences, les indicateurs médico-sociaux, les outils d'évaluation architecturale, vos outils d'analyse financière et les outils d'analyse de l'activité.

Bien sûr, il existe également un enjeu de concertation avec les administrateurs, les directions des établissements, les instances représentatives du personnel, les partenaires, et la ou les autorités de tarification.

Les indicateurs médico-sociaux peuvent être une clé pour démarrer la réflexion un peu plus technique. Au-delà du projet, a été introduite par le décret budgétaire d'octobre 2003 la notion d'indicateurs sociaux et médico-sociaux. Le décret rappelait ceci : *« Afin de permettre, notamment, des comparaisons de coûts entre les établissements ou services qui fournissent des prestations comparables, leur fonctionnement peut être décrit par un ou plusieurs indicateurs construits à partir de différentes mesures de leur activité ou de leurs moyens ».*

Une quinzaine d'indicateurs existent aujourd'hui au niveau des établissements relevant de l'État, sans équivalent pour ceux financés par les conseils généraux. Concernant l'objet de ces indicateurs, je vous renvoie au décret budgétaire et à la circulaire du 5 novembre 2004 qui nuancent quelque peu leur intérêt. À travers eux, il ne s'agit pas d'arriver à une convergence tarifaire, mais de résoudre la problématique des écarts injustifiés entre les établissements délivrant des prestations comparables, et de justifier des écarts au sein d'un agrément identique (des écarts peuvent en effet se justifier par la nature des prestations délivrées et les usagers accueillis).

*« L'analyse des diverses composantes des indicateurs doit donc contribuer à mieux cerner les particularités de chaque structure, mais également à évaluer la justification d'écarts importants par rapport à l'ensemble des structures de même nature, pour une allocation efficiente des ressources. »*

Ces indicateurs peuvent constituer un bon point de départ, car ils apportent des éléments comparatifs sur des données relatives à l'activité, aux ressources humaines, à la population accueillie et au coût des établissements. La DRASS les agrège au niveau régional pour établir des comparaisons départementales par catégorie d'établissements.

Dans un certain nombre de cas, les indicateurs sont avancés comme un des premiers éléments de lecture de la situation des établissements qui projettent d'entrer dans le périmètre d'un CPOM. Ceci a été le cas dans la Loire. Ainsi, si vous cherchez à évaluer la cohérence entre un agrément et la population accueillie, vous pouvez par exemple, si vous êtes en ESAT, regarder le nombre de travailleurs handicapés à temps partiel et vous reporter à la répartition des populations des déficiences primaires – une importante association régionale a utilisé ces indicateurs pour objectiver le décalage qui pouvait exister entre l'accueil des personnes présentant une déficience intellectuelle et un taux relativement élevé d'accueils de personnes ayant des troubles envahissants du développement, ce qui lui a permis de faire valoir la situation auprès de l'autorité de tarification.

C'est le seul outil commun comparatif qui existe. Ces indicateurs doivent bien sûr être utilisés avec précaution, mais ils constituent un des éléments comparatifs (peu nombreux) dont nous disposons aujourd'hui. Il semble qu'ils seront quelque peu modifiés prochainement, mais leur pérennisation n'est pas remise en cause. Ils constituent les premiers éléments que vous pouvez utiliser. Leur intérêt est que ce sont des outils d'objectivation et de comparaison ; leur inconvénient réside dans les conditions de leur remplissage. Ils ne sont, en effet, pas toujours renseignés avec la précision nécessaire. Je me souviens d'un projet de CPOM dans l'Ain qui nous a amenés à reprendre de façon un peu plus allégée le poids des chiffres, du moins d'apporter les explications qualitatives nécessaires. Les indicateurs doivent donc être accompagnés d'un argumentaire explicatif.

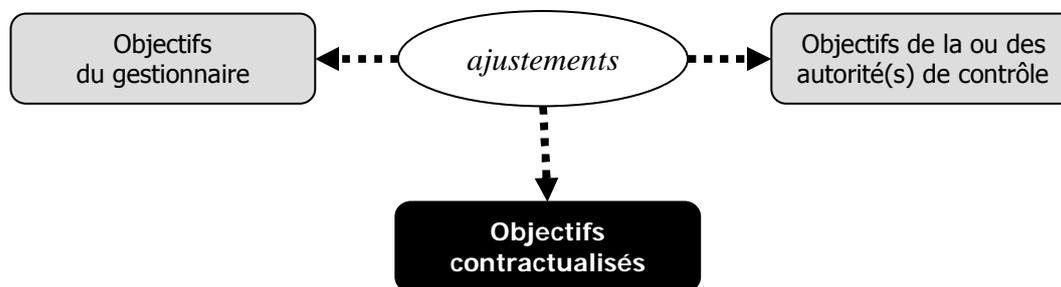
Quand le diagnostic est réalisé, reste à formaliser les objectifs prévisionnels du CPOM.

### ***2.4. Les objectifs prévisionnels du CPOM***

Les objectifs prévisionnels du CPOM se déclinent en :

- objectifs généraux du gestionnaire ;
- objectifs déclinés par établissement ou groupe d'établissements ;
- objectifs valorisés budgétairement.

Ces objectifs sont mis à la négociation avec la ou les autorités de tarification compétente, sachant que cette négociation a déjà commencé en amont (vous vous êtes vus régulièrement, vous vous êtes mis d'accord sur un certain nombre d'objectifs de cadrage) sinon l'écart risque d'être grand entre vos objectifs et les contraintes que doivent vous renvoyer les autorités de tarification. Ce travail est bien sûr mené dans la durée et dans un regard partagé.



## 2.5. Se préparer

L'engagement dans un CPOM demande une mobilisation importante en amont pour :

- collecter ou produire les éléments du diagnostic ;
- construire une réflexion partagée en interne (associer les directeurs et administrateurs, informer les salariés) ;
- formaliser les supports de diagnostic ;
- conduire une réflexion partagée en externe ;
- programmer des objectifs et des moyens à trois ou cinq ans.

Cette préparation est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'un engagement contractuel, que les champs couverts par le CPOM sont très larges et nécessitent une réflexion d'ensemble, que les délais de préparation sont souvent courts et que les « petites » associations ne disposent peut-être pas toujours des ressources et du temps nécessaires pour établir ce diagnostic et au-delà gérer le CPOM. Un des enjeux du CPOM réside dans la manière de s'en emparer dans le cas d'une association de quatre ou cinq établissements qui n'a pas forcément une direction générale avec un(e) directeur(trice) administratif(ve) et financier(ère) et avec des services comptables très développés. C'est une problématique importante.

En conclusion, un des grands intérêts du CPOM, reconnu par ceux qui se sont engagés dans la démarche, est qu'il apporte une incontestable dynamique de projet. Quel autre outil nous permet de fixer un certain nombre d'objectifs à cinq ans sachant que nous disposons des moyens ?

En revanche, il existe un important transfert de responsabilités vers l'organisme gestionnaire : une dotation globale est allouée à un organisme gestionnaire qui doit se charger de la gérer et de la répartir entre ses différents établissements selon un système de clés de répartition. Des compétences et des moyens humains doivent être mobilisés, et un dialogue entre la direction générale et les établissements doit être repensé. Nous savons, grâce à des témoignages d'associations engagées dans un CPOM, que le diagnostic préparatoire a été l'occasion de repenser ce dialogue.

En outre, à travers le CPOM, des projets associatifs d'établissements ou de services sont revisités et, selon moi, sont appelés à prendre une nouvelle dimension.

Enfin, un CPOM est un dispositif complexe, ambitieux et qui reste à être évalué (les premiers CPOM ayant été signés en 2004). Peut-être faut-il encore deux ou trois ans afin de pouvoir dire si cet outil est à la hauteur des ambitions prévues, sachant qu'une fois qu'un établissement est engagé dans un CPOM, il est difficile de revenir à la situation antérieure.

La démarche requiert beaucoup de travail et certaines étapes contiennent probablement des éléments qui peuvent faire débat au sein d'associations et d'établissements. Ainsi, le dialogue du siège entre la direction générale et les établissements mérite d'être attentivement pensé car, comme dans toute équation nouvelle à trouver, certains établissements peuvent avoir le sentiment d'y gagner, d'autres au contraire d'y perdre. Cela suppose néanmoins un management très actif de ces divers processus pour que l'idée globale soit d'y avoir gagné et non perdu.

## Débat avec la salle

**Intervention de la salle.** *Des éléments doivent également être pris en compte dans la préparation de la négociation d'un CPOM. Je pense qu'il existe une vraie dimension de conduite du changement dans un CPOM. Prévoir à cinq ans n'est pas habituel dans notre secteur. Cette dimension, qui doit être bien appréhendée, pose de ce fait le problème de la gouvernance dans les associations, c'est-à-dire des délégations qui sont données par les conseils d'administration aux professionnels. Finalement, ce n'est pas le siège qui s'engagera ; il ne sera que l'opérateur du conseil d'administration. C'est bien l'association qui, par le biais de son(sa) président(e), signera pour cinq ans et donnera les directives de travail pour cinq ans au siège et aux directeurs d'établissements. Cette dimension ne doit pas être laissée de côté, notamment lors du diagnostic. J'ai eu l'occasion d'accompagner un certain nombre de CPOM et je crois, lorsqu'on a à faire à un conseil d'administration qui a les mains sur toutes les manettes, qu'il est difficile de conclure un CPOM. De la même façon, quand un conseil d'administration délègue trop, il n'existe pas non plus de véritable responsabilisation de l'organisme gestionnaire. Cette dimension de conduite du changement doit être bien analysée dans le diagnostic préalable, car elle fait partie des interrogations majeures concernant la possibilité de contractualiser : sommes-nous véritablement dans une situation de délégation au niveau des professionnels, qui permet à ceux-ci de s'engager sur cinq ans, avec les moyens de conduire le CPOM sur cette durée ?*

**Claude VOLKMAR.** Je vous remercie pour cette remarque très pertinente. Au vu des difficultés actuelles pour faire émerger une vision un peu claire de ce qu'est le document unique de délégation, nous comprenons le contenu de vos propos.

**Matthieu DEMARQUEZ.** Votre remarque est très juste. L'outil est complexe techniquement. Le risque est donc qu'il reste seulement entre les mains des techniciens. Là réside toute la difficulté. Je pense que la préparation d'un CPOM peut mettre en lumière l'écart éventuel entre la dimension associative et la dimension technique, et le réajustement après coup, s'il n'est pas pensé au préalable, peut être très douloureux pour l'association. C'est la même chose pour tout ce qui concerne la vie de l'établissement. Selon moi, comme lors des démarches d'évaluation interne, de qualité, etc., un plan d'amélioration ne se joue pas seulement au niveau d'un établissement, mais aussi d'une association. Les administrateurs doivent donc reprendre la main, à leur niveau bien sûr, sur les orientations d'amélioration d'une association.

**Claude VOLKMAR.** Je pense que les directeurs d'établissement vivent une période un peu plus difficile aujourd'hui. Ils sont pris en tenailles entre de nouvelles contraintes qui auront un effet tout à fait considérable à terme. Une première tenaille est le fait de leur expliquer qu'un établissement n'est plus tout à fait la définition de base pour délivrer des prestations. Par ailleurs, dans une opération de type CPOM, ils peuvent se sentir vraiment contraints par un mécanisme qui les dépasse complètement, auquel ils sont totalement assujettis, sur lequel ils n'ont pas la maîtrise de la pensée ni celle des chiffres. Ceci va de pair, probablement dans un certain nombre d'associations importantes, avec la redéfinition des missions respectives du siège et des établissements, la recentralisation d'un certain nombre de données et l'apparition de nouvelles formes de contrôle sur l'exécution budgétaire. Il est important d'arriver à expliquer aux directeurs d'établissements le gain qu'ils peuvent y trouver dans la période actuelle, ce qui ne me paraît pas évident.

**Intervention de la salle.** *La problématique du management est très forte dans la mise en place d'un CPOM. La question est de savoir si le CPOM sera un outil (un de plus) qui reste technique, ou s'il permettra de créer une nouvelle dynamique. Le rôle des directeurs est donc très important, mais également celui des cadres des établissements. En effet, le siège est mis en place pour porter la politique d'une association, ce qui est normal, et la démultiplication des décisions stratégiques se fait au niveau des établissements, mais aussi de leurs cadres. De fait, le CPOM peut être vu comme un outil contraint, ou au contraire une chance de réfléchir à sa mission, donc à la problématique du pilotage, donc à la problématique de la délégation concertée. Par conséquent, la concertation oblige à la mise en place d'outils de pilotage, donc à la remobilisation des ressources d'un établissement ou d'une association, tant matérielles que financières, mais surtout humaines. Nous ne sommes donc pas dans une approche financière, ni même économique, mais sociale et économique. À mon sens, c'est tout l'enjeu du CPOM, s'il ne reste pas (malheureusement, je l'ai vu pour l'avoir accompagné) un simple outil de rebasage où on met des chiffres en face de questions et où on se contraint à une augmentation de 2 % par an. L'efficacité d'un CPOM est donc liée à des problématiques de mobilisation et de pilotage des ressources, par conséquent de réponse à une mission.*

**Claude VOLKMAR.** Nous en sommes d'accord. Là réside probablement l'aspect le plus important de l'affaire. Dans l'intervention de Matthieu DEMARQUEZ, une petite hésitation a porté sur l'agrément du siège. Pouvons-nous approfondir cette question ?

**Marie-Pierre MARIANI.** La mention d'obligation de l'agrément du siège pour entrer dans une démarche de CPOM nous a effectivement fait un peu réagir. Si nous prenons l'exemple du Rhône, vu le très faible nombre d'agréments de siège, nous n'entrerions jamais dans une démarche de contractualisation. Nous devons toutefois consulter les textes pour en vérifier le caractère obligatoire ou non, car cela a pu nous échapper. Il convient, en revanche, d'être particulièrement vigilant sur deux aspects dans la démarche de contractualisation. D'abord, la capacité d'un siège associatif à mener à bien un CPOM en fonction de son organisation et de ses moyens. Il est possible de conclure un CPOM très ambitieux, mais aussi d'avoir une direction générale qui n'est pas en mesure de le mettre en œuvre. Par ailleurs, si des attentes existent vis-à-vis d'un siège, des financements sont nécessaires et, dans la négociation des nouveaux moyens des contrats, c'est l'aspect financier qui importe. Il convient donc de bien mesurer l'impact de la mise à niveau du siège. Dans l'idéal, il est vrai que l'agrément du siège et la démarche de contractualisation sont concomitants. Cela suppose néanmoins un double exercice, la procédure d'agrément étant assez rigide et assez cadrée dans les textes, et la démarche de contractualisation impliquant une négociation. L'exercice est difficile s'il est mené durant la même année, mais il l'est encore plus s'il est mené à des moments différents. Pour autant, l'absence d'agrément du siège n'est pas un obstacle à l'entrée dans la démarche de contractualisation.

**Matthieu DEMARQUEZ.** Je l'ai effectivement présenté comme un idéal. Il me semble qu'au début, la démarche était conditionnée à l'existence d'un siège. Le principe de réalité a fait évoluer cette condition.

**Marie-Paule ROBIN.** Nous ne voyons pas comment passer un contrat avec une association importante qui n'aurait pas un siège suffisamment solide pour mener les opérations. Un siège doit être agréé. Dans le contrat, il peut nous arriver de travailler avec une association qui a déjà un siège agréé qui devra être renouvelé, et c'est là qu'une discussion aura lieu au niveau de la contractualisation, à savoir jusqu'où nous irons dans notre apport au siège. Quand l'association établit son diagnostic, c'est l'occasion pour elle de bien repérer où sont les ressources entre son siège et les établissements. Je pense qu'il faut le faire. Ce ne sont pas forcément de nouveaux moyens pour le siège, mais parfois ils existent et sont dispersés, donc peu efficaces. Les regrouper ou les rapatrier vers le siège permet de donner à ce dernier les moyens de signer son CPOM.

**Claude VOLKMAR.** Encore une fois, ce sont les manières de piloter qui importent. Il est possible d'avoir un très petit siège, très efficace, même avec un nombre important d'établissements, certaines fonctions habituelles d'un siège étant réparties dans un organigramme matriciel par exemple entre des établissements avec certaines fonctions de régulation inter-établissements assurées non pas directement au niveau du siège, mais au niveau du terrain. De même, des organigrammes très centralisateurs peuvent exister en d'autres associations qui rapatrient la plupart de ces dimensions et de ces façons de réguler directement au niveau du siège. Cela ne veut pas dire toutefois qu'un petit siège, de ce point de vue, serait moins efficace qu'un très gros siège. C'est donc l'occasion de repenser la conception même d'un siège.

**Marie-Paule ROBIN.** Absolument. Je peux vous donner l'exemple d'un organisme qui ne comprenait que quatre établissements et un siège peu important. Quand nous avons voulu contractualiser, nous nous sommes rendus compte que le siège avait besoin de se conforter pour mener à bien son contrat et, à l'examen, que des personnes étaient dispersées dans les établissements et pouvaient être rattachées au siège pour un pilotage unique et de base. C'est une question de concentration ou de déconcentration, mais l'essentiel est l'existence d'une gouvernance définie et lisible.

**Intervention de la salle.** *Avoir un siège n'est pas une obligation réglementaire pour signer un CPOM. Ce sont les circulaires DGAS qui soumettent éventuellement l'agrément des sièges aux signatures des CPOM.*

**Intervention de la salle.** *Je suis le directeur du dispositif Entraide universitaire de l'Ain qui a signé dernièrement un CPOM dans l'Ain avec l'aide du CREA. Selon moi, le management et le dialogue entre le siège et les établissements devraient également faire partie du diagnostic, de l'architecture de l'organisation. Cet élément doit être précisément analysé au cours du diagnostic, notamment pour les directeurs qui s'interrogent sur le fait de passer du pouvoir ou une prérogative. La question est de savoir comment s'approprier la démarche de CPOM afin que nous puissions en tirer des bénéfices. Je peux témoigner du fait que nous sommes partis des projets. Nous avons ensuite travaillé sur une argumentation autour de ces projets. Nous n'inventons rien, nous travaillons sur des réalités, et nous sommes dans la complexité, une notion chère à Edgar MORIN.*

**Claude VOLKMAR.** Ces projets sont portés par des acteurs pouvant avoir des stratégies qui ne sont pas convergentes tous les jours, et il faut faire tenir tous ces intérêts ensemble. On oublie souvent que pour faire une bonne contractualisation en externe, il faut déjà avoir un bon niveau de contractualisation en interne, ce qui n'est pas évident tous les jours.

**Intervention de la salle.** *J'aimerais avoir votre avis sur les CPOM ESAT, sachant qu'il s'agit d'un budget État, que nous allons droit vers les OPRD et que la crise économique arrive.*

**Intervention de la salle.** *Je suis le directeur de l'ESAT de Pierrelatte dans la Drôme et nous avons signé un CPOM il y a peu de temps. Nous n'avons pas suivi la même démarche que ce qui a été présenté. L'articulation interne n'est pas aussi évidente que l'idéal que vous brossiez, à savoir la cohérence en interne avant la signature d'un CPOM en externe. Il est signé et maintenant nous devons le faire vivre. À mon sens, nous n'y avons pas beaucoup gagné. Nous sommes plus partis sur une gestion financière que sur une gestion de projet.*

**Marie-Paule ROBIN.** Dans l'Isère, nous avons signé un CPOM avec la principale association du département qui détient près de 60% des ESAT. Ce contrat n'était pas lié à des besoins financiers, mais plutôt à la nécessité de rééquilibrer les moyens entre les établissements et de se fixer des objectifs très clairs par rapport au développement. En effet, les établissements étaient de tailles diverses, tout en correspondant au même type de population. Ce fut l'occasion pour l'association de revoir la population de ses ESAT, sachant qu'elle était plus vieillissante dans certains que dans d'autres en fonction de leur date de création, des disparités entre les établissements et de la variété des besoins à satisfaire d'un établissement à un autre. Ce fut donc l'occasion de faire un diagnostic de la situation des divers établissements, tant au niveau de la population accueillie que des moyens en ressources humaines (sachant que ces derniers ont évolué en fonction de la pyramide des âges et de la situation des travailleurs handicapés) et au niveau architectural (certains établissements sont vétustes, des ateliers sont anciens, des problèmes de normes et de sécurité se posaient). Il était donc important que l'association, en accord avec le financeur, puisse prioriser ses investissements. Il est en effet impossible de tout faire en cinq ans. Nous avons donc passé en revue les investissements les plus urgents, sachant que certains pouvaient être restructurants et permettre des gains de productivité. Ce contrat ayant été signé en 2007, nous avons pu bénéficier de quelques crédits de la DGAS qui ont permis de conforter certains axes que nous avons priorisés. Quant à l'évolution du contrat, nous savons que l'enveloppe ne sera pas réduite, du moins pour 2009.

**Claude VOLKMAR.** Je profite de cette intervention pour attirer l'attention sur un exercice que nous ne pratiquons pas assez souvent au sein des établissements : se réinterroger sur les caractéristiques et l'évolution de la population accueillie. Ce point est central. Le problème réside dans le vieillissement par exemple et les moyens particuliers qui sont nécessaires pour l'accompagner ; il réside aussi dans la poussée, dans un certain nombre d'ESAT notamment, à côté d'une population déficiente intellectuelle, d'une population plus handicapée psychique avec d'autres éléments déterminants. Le travail ne peut pas être organisé de la même manière avec ces deux populations. Cela génère donc de nouveaux problèmes et suppose une organisation différente des postes de travail, etc. Un autre problème que nous connaissons en France est celui de la langue à utiliser pour faire ce diagnostic : nous comparons des données non comparables. Il faut que cela soit désormais possible et surtout que nous puissions échanger sur les données relatives aux populations accueillies. C'est un des enjeux importants dans un certain nombre d'établissements. Par ailleurs, quand nous regardons de près les indicateurs relatifs aux caractéristiques de la population accueillie, nous sommes encore sur une espèce de compromis instable où la classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap, n'est pas passée jusqu'au bout. Malgré les défauts des outils, il est quand même nécessaire de mener ce diagnostic régulièrement, car nombreux sont les changements en ce moment au niveau des populations accueillies.

**Éliane CORBET.** C'est là encore un point de similitude entre un processus d'élaboration d'un schéma et celui d'un diagnostic préalable à un CPOM. C'est aussi l'occasion de se doter d'outils qui ne relèvent pas du seul bricolage pour qu'ils puissent être comparables et surtout être maintenus en continu. C'est un objectif retenu dans les schémas départementaux les plus anciens et nous voyons des difficultés à les maintenir en continu. Mais cela s'améliore et nous les appelons maintenant «GEVA compatibles», à partir du nom du guide d'évaluation multidimensionnel (GEVA) utilisé dans les MDPH, qui est en cours de précision - ce qui ne veut pas dire en cours d'utilisation partout. Malgré la difficulté, ces compétences se construisent et c'est l'occasion de se doter d'outils en continu pour que ce diagnostic préalable ne soit pas aussi complexe. De même qu'auparavant de grandes enquêtes étaient lancées pour les schémas départementaux, la tendance actuelle est de disposer d'observations en continu quand elles ont pu être gardées lors de la mise en place des MDPH. Cette volonté existe donc bien, de même que celle d'avoir des évaluations à mi-parcours et pour la mise en œuvre des CPOM.

**Marie-Pierre MARIANI.** Je souhaite apporter un complément sur la question des ESAT. Si on attend le rebasage d'un établissement existant, l'intérêt d'entrer dans un CPOM n'existe pas. En revanche, il convient de garder à l'esprit que dans le cas de plusieurs établissements, c'est le meilleur moyen d'avoir une marge et une masse financière plus larges pour pouvoir réaffecter des moyens finement et à un horizon à cinq ans. Cela permet également d'inscrire ses projets. Quand vous êtes face à une DDASS qui a une programmation limitée, un schéma, le meilleur moyen de garantir des créations de places aujourd'hui est de les inscrire dans un CPOM. Vu les incertitudes existant actuellement sur les créations de places et le volume plutôt en baisse chaque année, le meilleur moyen pour une association d'avoir plus de garanties que ses collègues est de les inscrire dans le cadre d'un CPOM. Par ailleurs, si une évolution de la masse salariale est projetée, toujours dans le cas de plusieurs établissements, cela permet aussi de se repositionner sur l'accueil du public au quotidien et de le renforcer. Enfin, quand une dynamique associative existe, par exemple avec des établissements pour enfants et d'autres pour personnes handicapées vieillissantes, positionner les axes est essentiel, car cela interroge en termes d'évolution de population, de projets, d'échanges avec le conseil général, de création d'accueil de jour adapté par exemple, etc. Pour moi, il existe un vrai intérêt de ne pas exclure les ESAT d'un CPOM.

**Intervention de la salle.** *Nous sommes dans l'analyse de l'offre et de la demande, donc sur une logique de marché. Pensez-vous que le CPOM puisse être également l'occasion d'analyser son offre au niveau départemental et des schémas, voire au niveau interdépartemental ? Si la mutualisation est un objectif, n'est-ce pas aussi l'occasion de se repositionner par rapport à l'offre concurrentielle de certains services et établissements, ce qui impose un questionnement par rapport à l'évolution de la population sur un territoire plus ou moins large ? S'ouvre alors la problématique d'une vraie démarche marketing, même si nous sommes dans le champ du handicap.*

**Claude VOLKMAR.** Votre question porte sur la définition de l'offre et de la concurrence sur un territoire donné.

**Intervention de la salle.** *Absolument. J'ai eu l'occasion de travailler dans une association basée à Toulouse, mais intervenant sur plusieurs départements. Nous nous interrogeons sur son positionnement, les mutualisations nécessaires en interne, mais également la nécessité d'étudier dans le diagnostic une approche concurrentielle de l'offre de services par rapport aux autres établissements et le jeu qui pouvait être envisagé avec des collègues ou des concurrents de la profession.*

**Claude VOLKMAR.** Quid d'une gestion intelligente de la concurrence à travers le CPOM ?

**Intervention de la salle.** *Je reviens sur le champ de la protection de l'enfance. À mon sens, il s'agit plus d'une analyse des besoins que de celle de la concurrence. Venant moi-même du secteur marchand, je ne pense pas que les deux secteurs s'opposent. Les valeurs du secteur associatif nous rapprochent, mais il ne faut pas pour autant occulter la nécessité d'être en adéquation avec les besoins d'une population. C'est inévitable. Je n'irai pas jusqu'à la notion de concurrence (peut-être y viendrons-nous contraints et forcés), je parlerai plutôt d'anticipation des besoins et de diagnostic de l'adéquation entre l'offre de services et les besoins présents et surtout futurs.*

**Sandrine CHABERT.** Nous travaillons actuellement avec le conseil général sur la partie adultes handicapés. Il nous a été clairement signifié que nous allions vers des appels à projets. L'expression de marché concurrentiel est forte, mais elle est réelle. Cela n'existe-t-il pas déjà ? Ne nous voilons-nous pas la face en attendant que les mots viennent d'autres personnes pour enfin affronter la réalité ? Toute démarche est concurrentielle à partir du moment où un choix est effectué. Je pense que cette situation existe déjà et qu'elle s'intensifie. Il est vrai que le conseil général parle d'appels à projets, pas encore d'appels d'offres, mais nous y sommes déjà, et ce depuis des années à partir du moment où un choix de financement est effectué par des financeurs. Le projet d'établissement n'est-il pas déjà un positionnement concurrentiel ?

**Intervention de la salle.** *Le CPOM en lui-même crée de la distorsion de concurrence. Madame MARIANI vient de nous dire que les créations de places auraient lieu dans le cadre d'un CPOM. Les circulaires sont très claires : les moyens supplémentaires iront sur les contrats ou sur d'autres dispositifs comme les groupements de coopération. Nous sommes donc au-delà de la concurrence, ce qui est très inquiétant pour les petites associations qui se trouvent systématiquement exclues de tous ces dispositifs.*

# Les CPOM : articuler un projet et des ressources financières

**Sandrine CHABERT**

*Directrice administrative et financière, ADSEA du Rhône*

La notion de ressort financier est importante et on entend souvent parler de contraintes financières. Or le CPOM doit être vécu comme une ressource, et non comme une contrainte financière, pour sa réussite. Le but de cette présentation est d'éclairer le CPOM avec un regard financier sachant que ce n'est pas un outil financier. C'est un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, et non un projet budgétaire.

Le CPOM peut être présenté sous quatre angles :

- les principes généraux, avec une vision financière ;
- la préparation et la constitution du CPOM : ce projet est long et doit être rythmé pour aboutir à sa réussite ;
- les aspects financiers du contrat, afin de montrer l'importance de l'analyse des ressources financières et la façon dont elle sera déclinée tout au long de la vie du contrat, soit sur cinq ans ;
- enfin, quelques problématiques liées aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

## 1. Principes généraux

Le contexte financier est le suivant :

- le secteur est en évolution permanente et impose une réelle anticipation de tous les moyens, tant humains que techniques, tant internes qu'externes à l'association ;
- actuellement, dans le secteur du handicap et dans le médico-social, s'exerce une réelle pression budgétaire de la part des organismes financeurs et surgissent des contraintes importantes de rationalisation des moyens ;
- par ailleurs, il existe des disparités en termes de produits de la tarification entre établissements comparables, et également une nécessité de rebasage pour certaines structures sous-dotées ;
- le CPOM ne peut pas être vécu seulement comme un outil de rebasage, ce serait le réduire à une donnée financière qu'il ne doit pas avoir - certes, il peut être nécessaire d'effectuer un rebasage, mais ce n'est pas le préambule de la signature d'un CPOM ;
- nous vivons tous l'insatisfaction des gestionnaires d'associations qui n'obtiennent que difficilement les moyens nécessaires à la réalisation de leurs projets d'établissement.

La stratégie des associations est la suivante :

- contribuer à la mise en œuvre des projets d'établissements : le projet d'établissement est le principe de base du CPOM ;
- passer d'un contrôle administratif très lourd qui existe actuellement à un contrôle d'efficience *a posteriori* ;
- assurer la continuité des financements grâce au caractère pluriannuel du CPOM : un projet ne peut pas exister sur une année et un CPOM permet de lui donner un rythme sur du long terme ;
- mutualiser et globaliser des moyens du fait de l'aspect « *multi-établissements* » ;
- permettre la liberté d'affectation des résultats : pour pouvoir affecter son résultat, il faut pouvoir l'intégrer dans la négociation au niveau du contrat, négociation qu'il convient de mener avec les financeurs. La négociation n'existe actuellement que lors des dépôts des comptes administratifs. Ce qui est intéressant désormais, c'est que nous analyserons les résultats au préalable et que nous pourrons utiliser cette notion de résultat réalisé d'une année sur l'autre sur cinq ans. Cet aspect constitue donc une véritable avancée en termes financiers.

Les procédures actuelles sont les suivantes :

- une campagne budgétaire annuelle, donc sur un projet à court terme et par établissement. Cette campagne budgétaire est très lourde et très longue : une campagne est entamée lors du dépôt officiel du budget en octobre ; les réponses arrivent en mars / avril / mai ; les réponses contradictoires sont produites jusqu'à fin

juillet ; la moitié de l'année est déjà écoulée. Sur un budget de réalisation, nous nous apercevons donc que les procédures actuelles de campagne budgétaire de négociation semblent peu adaptées à un rythme de projet. Lors d'une négociation pour cinq ans, même si la procédure est longue, elle est conclue au début du CPOM. Le changement de rythme est donc évident ;

- une négociation qui porte sur le budget de l'année en cours, mais qui valide également les affectations du résultat N-2 : nous sommes toujours en train de regarder deux ans en arrière pour voir les charges refusées qui viendront impacter la vie financière de l'année en cours ;
- une enveloppe limitative de crédit ;
- une approche souvent seulement budgétaire, puisque nous sommes sur le transfert de dossiers « *budget d'exploitation* » ou « *budget des effectifs* » ; la dimension budgétaire est devenue presque plus importante que celle de projet.

La procédure actuelle n'est donc que perfectible.

Les principes du nouvel outil de contractualisation que constitue le CPOM sont les suivants :

- une dotation globale commune : elle doit permettre de pouvoir raisonner en termes de masse financière, non plus sur un seul établissement, mais sur plusieurs, ce qui donne une marge de manœuvre plus importante ;
- un diagnostic préalable négocié avec le financeur qui a donné lieu à un rebasage pour la détermination de la dotation globale commune : avant de commencer à réfléchir, une négociation aura donc lieu, alors qu'actuellement la réflexion porte sur le budget présenté. Nous sommes donc sur une analyse de ce qui s'est passé au cours des trois années précédentes et de ce qui se passera dans les années à venir de façon beaucoup plus posée et plus réfléchie ;
- une formule d'ajustement annuel ;
- la notion de multi-établissements ;
- la possibilité de crédits non reconductibles sous forme de subventions d'investissement ou de provisions pour le renouvellement des immobilisations : là aussi, il s'agit d'une nouveauté. Actuellement, nous déposons un BPI que nous fixons sur trois à cinq ans et nous distinguons tout ce qui concerne les investissements de ce qui relève des exploitations. Puisque nous déposons un BPI qui courra sur trois ans, d'une année sur l'autre, nous ne nous posons plus de questions sur l'évolution de nos biens et nous ne réfléchissons plus que sur le résultat d'exploitation. Le CPOM nous permettra de mener une analyse d'exploitation avec nos comptes de charges et de produits, mais aussi de notre actif et des besoins de les faire évoluer au niveau de l'association et des établissements. Il s'agit là d'une vraie différence ;
- la liberté d'affectation des excédents ;
- la reprise des résultats déficitaires des exercices antérieurs : le CPOM nous ouvrira deux possibilités, d'une part celle de dire que l'analyse préalable des résultats d'exploitation montre la nécessité de rebaser l'établissement ; d'autre part, celle de négocier une reprise des résultats déficitaires venus impacter les fonds propres de l'association.

## **2. Les différentes étapes financières du CPOM**

Pour réussir un CPOM, il est essentiel de prendre le temps et de le cadencer comme un vrai projet. Les associations ont l'habitude de raisonner sur la base du projet d'établissement en tant que cœur de métier et de moins penser et moins rythmer tout autre projet plus administratif. Or le CPOM est un projet qui doit être pensé comme un projet d'établissement.

### ***2.1. Phase 1 : préparation***

Selon moi, ce contrat commence par la constitution d'un comité de pilotage. Le premier élément à définir est le nombre de personnes qui travailleront sur ce contrat et en auront des visions différentes. Le comité de pilotage peut être constitué, au choix de l'établissement ou de la direction générale ou de l'association, d'administrateurs, de membres de la direction générale (financière ou des ressources humaines), du ou des directeur(s) d'établissement(s) et peut-être d'autres intervenants ponctuels. La constitution de ce comité de pilotage est un passage obligé pour la réussite de ce projet. Le CPOM n'est pas un outil financier et doit être un contrat passé à plusieurs. La participation de tous les acteurs est donc nécessaire, ce qui rend l'exercice plus difficile, mais conditionne la réussite d'un CPOM.

Viennent ensuite les diagnostics. L'axe « cœur de métier » rythme l'ensemble du CPOM : le premier diagnostic à effectuer porte donc sur le projet d'établissement, suit le diagnostic de la situation budgétaire qui est essentiel. Certes, le CPOM n'est pas un outil financier, mais cet aspect est indispensable. En cas d'erreur sur le plan financier, le CPOM courra malheureusement à l'échec.

Parmi les axes financiers, le diagnostic portera sur plusieurs sujets. Il convient de s'éloigner de la notion de résultat d'exploitation pour aller vers celle de moyens financiers. La situation financière de chaque établissement sera donc analysée grâce aux indicateurs financiers et il convient :

- d'effectuer le bilan financier (fonds de rendement d'investissement, fonds de roulement d'exploitation) qui n'est mené qu'une fois tous les trois ans au mieux, tous les cinq ans lors du PPI. Cette analyse doit être effectuée année par année sur le passé et sur l'avenir. Négliger cet aspect générera par la suite un problème au niveau de l'exploitation, car la partie investissements sera déstabilisée ;
- de réanalyser son besoin de fonds de roulement ;
- d'essayer d'appliquer des ratios d'analyse financière en termes bilanciel et en termes d'exploitation (nombre de jours d'exploitation pour les clients, pour les fournisseurs, analyse des créances clients).

Cette démarche est importante, car elle rendra une dimension financière au CPOM. Par ailleurs, vous pourrez montrer à vos financeurs votre connaissance parfaite des forces et des faiblesses de votre établissement. Or c'est un aspect important de la connaissance d'un établissement que nous avons actuellement un peu perdu de vue.

Suit alors la négociation du rebasage *via* l'analyse des divers résultats d'exploitation des années précédentes. Un chiffre en lui-même ne veut rien dire : le résultat peut être en déficit ou en excédent. Ce qu'il est intéressant d'analyser, ce sont les raisons du déficit ou de l'excédent. Dresser des tableaux avec des colonnes entières de chiffres sans avoir pris le temps de mener cette analyse ne permettra pas le rebasage et les discussions ultérieures avec les organismes financeurs. Prenez le temps d'analyser ces chiffres, ce qui vous permettra d'identifier la dotation globale commune de référence.

Cette phase préparatoire est longue et sa durée généralement estimée entre six mois et un an. Elle n'est pas uniquement financière, mais également liée au projet d'établissement et à tout ce qui entoure l'établissement.

## **2.2. Phase 2 : contractualisation**

Dans un premier temps, seront définis ce qui pour moi constitue le fondement même du CPOM : les objectifs prioritaires et les moyens pour les atteindre. Ils doivent être déterminés par le comité de pilotage. Je pense qu'il est important, lors de la phase préparatoire, d'avoir un premier aller-retour avec les financeurs pour tomber d'accord sur ces objectifs prioritaires. L'idée n'est pas de se présenter devant les financeurs en ayant déjà défini ses objectifs prioritaires seul dans son coin. N'oublions pas qu'un contrat suppose deux parties. L'analyse doit être clairement identifiée de votre côté, mais pour qu'elle soit acceptée, un regard doit avoir été porté sur l'autre partie contractante. L'analyse de ses propres besoins est indispensable, mais celle du cocontractant l'est encore plus. La négociation n'est possible que si l'on arrive à trouver un schéma commun ou une base de négociation commune. La première phase doit donc peut-être s'achever sur la réception d'une lettre de cadrage de la part du financeur pour être sûr d'être sur la même longueur d'ondes au moins dans un premier temps.

Grâce aux objectifs prioritaires, le budget de reconduction pourra être distingué des mesures nouvelles pérennes et non pérennes. La démarche est complètement liée à la notion d'objectifs. Nous le verrons dans l'étape de formalisation du contrat où chaque objectif sera chiffré, quantifié et daté, ce qui permettra de rythmer cette notion de mesure nouvelle pérenne et non pérenne d'une année sur l'autre.

Une fois les objectifs prioritaires définis et les projets de reconduction distingués, les aspects financiers du contrat sont vérifiés et validés, les termes en sont finalisés, puis le CPOM est présenté aux instances dirigeantes – conseil d'administration et président. Le rythme est le même que celui du rapport budgétaire, mais de façon plus cadencée.

Viennent ensuite la conclusion et la signature du CPOM.

Nous pourrions alors aspirer à un peu de tranquillité, or la troisième phase est presque aussi lourde que les autres, car il faudra faire vivre ce contrat sur cinq ans.

### **2.3. Phase 3 : suivi et évaluation**

Nous sommes à peu près sûrs de la première année, un peu moins de la deuxième. Il convient donc de mettre en place des tableaux de bord qui pourront rythmer la vie du contrat. Après avoir défini les objectifs, il faut quantifier les actions envisagées pour les atteindre et vérifier que les moyens et échéanciers prévus sont conformes à la réalité. Ces tableaux de bord sont l'ouverture à la validation d'une année sur l'autre de la part de vos financeurs de l'atteinte de vos objectifs. Le financeur vous dotera d'une année sur l'autre, mais après avoir vérifié que vous avez bien fait ce que vous aviez prévu lors de la première année. Sinon, pourquoi cela n'a-t-il pas été fait, est-ce reporté ? Nous parlons beaucoup de diagnostic, de contrat et de signature de contrat, mais n'oublions pas que la troisième phase sera plus longue et plus difficile : en effet, nous ne sommes plus dans l'intention, mais dans la réalisation, d'où l'importance des tableaux de bord.

Ensuite, il faut évaluer et mettre en place un suivi régulier du contrat avec les financeurs. Dans le contrat, seront décrits les moyens mis en place pour ce faire.

En outre, communiquer en externe et en interne autour du CPOM est une clé de la réussite. Après la signature du CPOM, il ne faut pas se contenter de la satisfaction du financeur à notre égard, mais il convient de mettre en place une communication en interne. En effet, ce contrat suivra le cycle d'un long projet : après la période de prise en charge du dossier, pendant cinq ans alternent des phases de plus ou moins grande motivation. Donc en l'absence d'un axe de communication fort, les personnes, très fortement mobilisées dans un premier temps, se désintéresseront progressivement du dossier. Selon moi, le comité de pilotage doit continuer à exister tout au long de la vie du contrat et, en cas de dérapage, il doit se demander pourquoi le contrat est en phase de veille.

Par la suite, il convient de préparer les prochains contrats ou avenants. Un CPOM se renouvelle *a priori*. Au terme de la première expérience d'un contrat sur cinq ans, il faut immédiatement envisager la suite du contrat et les éventuels réajustements, changements ou validation du contrat mis en place.

## **3. Les aspects financiers du CPOM**

Juridiquement, un contrat est assez lourd à mettre en place et ce qui n'y est pas écrit n'existe pas. Il est donc important de ne rien oublier au moment de la contractualisation. Prenons un exemple.

### **3.1. Préambule**

En préambule, il convient de préciser les objectifs généraux et les buts à atteindre : c'est la clé de voûte de votre contrat et il doit donc être parfaitement étayé.

Suivront des aspects plus techniques.

### **3.2. Article sur l'objet du contrat d'objectifs et de moyens**

Un article fixant la dotation globale commune de la première année doit être prévu. Cette dernière est essentielle, car elle sera le montant récurrent d'une année sur l'autre. Il convient donc de ne pas se tromper sur son montant qui devrait intégrer en première année la reprise des résultats déficitaires des exercices antérieurs. Ce point doit être négocié avec le financeur. Ce contrat doit aussi fixer la notion de liberté d'affectation des résultats et tout ce qui concerne le désistement des recours contentieux non jugés. Ceci n'est pas anodin : en acceptant de signer un contrat, vous faites le deuil des contentieux en cours. Cela fait partie de la négociation de base. Cet élément est donc important.

### **3.3. Article sur la définition des objectifs et des modalités de mise en œuvre**

Cet article définira tous les objectifs que vous avez choisis de faire figurer dans le contrat. La notion d'objectif est essentielle. Quel objectif devons-nous fixer ? Doivent-ils être liés au projet d'établissement, à la notion de prise en charge du vieillissement des personnes handicapées par exemple, ou à un changement de positionnement par rapport au projet d'établissement ? La fixation de ces objectifs est fondamentale : ne nous trompons pas sur leur définition, car ils dureront cinq ans. Après avoir déterminé vos objectifs, vous devez créer un mini résultat d'exploitation par objectif. Un objectif, ce sont des moyens en effectifs, ainsi qu'en termes d'immobilier et de mobilier.

### **3.4. Article sur les moyens financiers**

Dans cet article, sera fixé le montant du budget de reconduction : la dotation globalisée commune de référence, les taux directeurs (actuellement, nous appliquons des taux directeurs annuels de l'ordre de 1,2 à 2 selon les années). Nous fixerons dans ce contrat le montant des taux directeurs d'une année sur l'autre sur cinq ans. Seront également déterminées toutes les mesures nouvelles rythmées dans l'année, pérennes ou non pérennes, en années N, N+1, N+2... et ce sur cinq ans. L'affectation des résultats doit aussi être prévue. Actuellement, lorsque nous présentons un compte administratif, nous formulons une proposition d'affectation des résultats. Nous pouvons mettre cette proposition en réserve de compensation qui permet d'absorber les éventuels déficits à venir ou en subvention d'investissement. La proposition est formulée en fin de compte administratif et la réponse arrive deux ans après. Grâce au CPOM, nous pourrions faire une proposition d'affectation des résultats d'une année sur l'autre avec un seuil éventuel, dans certains cas et certains CPOM si c'est présenté, comprenant un pourcentage restant à la charge de l'association. Certains contrats ont été signés avec 2%, voire 5% de charges liées laissées à l'association, en excédent ou en déficit. D'une année sur l'autre, si ce seuil est fixé, il n'est plus possible de récupérer des charges en dessous de ces 2% de la masse. La démarche est donc tout à fait différente et il convient de fixer des seuils. La notion de pourcentage est-elle cohérente ou faut-il continuer à raisonner en natures de dépenses refusées ou pas ? C'est la première question qu'il faut se poser à ce niveau. Par ailleurs, un déficit correspond à des charges refusées, ce qui impactera directement les fonds propres. Un excédent viendra également restaurer les fonds propres de l'association. Sera-t-il possible d'affecter cet excédent à l'association ou servira-t-il tout de suite de réserve de compensation ? Cette démarche doit être pensée au moment de la signature du contrat.

### **3.4. Article sur les indicateurs d'évaluation des objectifs fixés**

Nous connaissons tous les indicateurs médico-sociaux. Je pense qu'il faut aller au-delà. En effet, même s'ils sont essentiels pour rythmer un prix à la place ou pour donner une notation de l'établissement, ils ne sont pas suffisants pour expliquer les raisons d'un projet, les dépassements d'un coût à la place, etc. Ces indicateurs peuvent être d'ordre financier, qualitatif, quantitatif. Il est essentiel de trouver des indicateurs peu complexes, mais qui permettront d'évaluer l'atteinte des objectifs de votre contrat pluriannuel.

### **3.5. Article sur les procédures, documents et indicateurs financiers et budgétaires à transmettre aux financeurs**

Un CPOM dure cinq ans, mais il convient de donner régulièrement quelques informations financières aux financeurs. Nous ne sommes plus dans la démarche lourde du document budgétaire envoyé chaque année, mais dans les négociations de gestion. Cela implique peut-être la disparition de BCP1, BCP2... Sommes-nous dans l'analyse groupe par groupe, compte à compte ? Les documents financiers seront-ils envoyés aux financeurs sur demande ou de façon régulière ? Voilà quelques-uns des points qu'il convient de fixer lors de la négociation.

### **3.6. Article sur les conclusions d'avenants à la présente convention**

Cette possibilité doit toujours être envisagée que ce soit à cause d'un changement de loi sociale, d'un problème de sécurité qui imposera des montants non prévus lors de la contractualisation ou de nouveaux projets qui sont apparus et donneront lieu à des dotations complémentaires.

## **4. Quelques problématiques afférentes à la mise en œuvre d'un CPOM**

- La première interrogation concerne le caractère pluriannuel du contrat : travailler sur un budget sur une année est parfois difficile, mais l'avantage est qu'il porte sur une année ; travailler sur des budgets à cinq ans est déjà beaucoup plus complexe en termes d'anticipation. Par ailleurs, la loi de finances est annuelle. S'engager sur des contrats à cinq ans, déterminer des objectifs et des projets ayant des termes à deux ou trois ans quand des modifications peuvent intervenir sur des montants alloués au cours de la deuxième année, c'est d'autant plus dangereux. En outre, il nous est difficile à moyen terme d'anticiper sur l'inflation et la hausse des taux d'intérêts des emprunts.
- Que se passe-t-il lors de variations de l'activité ? La suractivité permet parfois d'absorber des déficits sur les charges. Si la notion de suractivité n'existe plus, donc comment gérer les variations de l'activité d'une année sur l'autre ? Nous revenons alors sur la notion de nombre de journées qui est une donnée importante.

- Quels indicateurs choisir, qui pourront être suivis aisément par la suite d'une année sur l'autre ? Nous connaissons tous les indicateurs médico-sociaux, mais ils ne sont pas suffisants pour rythmer la vie d'un contrat.
- Ces contrats sont financièrement et administrativement plus lourds à gérer qu'un budget sur une année. Les associations disposent-elles des structures administratives suffisantes pour les suivre ?
- L'allocation des ressources d'une année sur l'autre est non seulement soumise à la loi de finances, mais également à l'évaluation des résultats. Que se passera-t-il dans le cas d'une enveloppe limitative moins importante d'une année sur l'autre, malgré la présence des résultats ? Ensuite, comment sera réajusté le contrat initial si les projets sont profondément modifiés d'une année sur l'autre ?

En conclusion, le CPOM est un projet intéressant, car il définit de nouvelles postures par rapport à l'outil financier, ainsi que des objectifs négociés. Un contrat est un engagement de deux parties. La démarche est donc intéressante sur du long terme et permet l'allocation de ressources nécessaires à la réalisation des projets après leur validation, ce qui devrait garantir une certaine pérennité des financements. Enfin, l'état de réalisation des objectifs peut être évalué d'une année sur l'autre.

La démarche introduit toutefois un changement radical dans notre posture par rapport aux moyens financiers : nous ne sommes plus dans de la comptabilité, mais réellement dans de la prévision, de la gestion, du contrôle de gestion, de l'analyse de résultats et de moyens de gestion. Elle nécessite donc un certain effectif. Les associations peuvent-elles gérer ce dispositif qui est plus lourd administrativement ?

Le processus permet d'introduire une certaine rationalisation et de la cohérence dans le discours avec le financeur, entre l'établissement et la direction générale. Il positionne les divers acteurs. Concernant le positionnement du siège, il est vrai que dans le cadre d'un projet multi-établissements et d'une dotation globale, les résultats excédentaires des uns permettront d'absorber les déficits éventuels des autres. Comment les établissements excédentaires vivront-ils cette situation ? Cela crée une synergie qui n'existait pas jusqu'à présent. Il conviendra de réfléchir à la cohérence globale de cette enveloppe. Certains établissements ont l'habitude de travailler seuls sur leur exploitation ; ils devront travailler ensemble, avec d'autres établissements et avec la direction générale. Il est vrai que cela repositionne tous les acteurs d'une association, tant au sein des établissements et de la direction générale que du conseil d'administration, tous ayant des visions différentes du résultat. Le CPOM est, par conséquent, un outil de pilotage complet, mais également complexe à mettre en place et requérant une très grande implication des divers acteurs du contrat.

# Négocier un CPOM avec l'autorité de tarification

**Marie-Paule ROBIN**

*Inspectrice hors classe, DDASS de l'Isère*

**Marie-Pierre MARIANI**

*Inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale, DDASS du Rhône*

Avant d'étudier la mécanique du CPOM plutôt du côté du tarificateur, rappelons l'apport de la contractualisation et le contexte dans lequel il se situe.

## 1. L'apport de la contractualisation dans un contexte d'évolution des politiques publiques

### 1.1. L'évolution du secteur médico-social

Le secteur médico-social est en pleine période d'évolution des politiques publiques. Le retour d'expérience manque encore de recul : les premiers contrats qui nous concernent datent de 2007 et ont plutôt ciblé le secteur médico-social. Néanmoins, quel que soit le secteur, un contrat est un accord, une négociation entre deux ou plusieurs parties. En l'occurrence, nous n'avons pas d'expérience d'un contrat multipartite.

Dans le secteur médico-social, l'évolution des besoins et des attentes des publics a amené les politiques publiques à évoluer. Les populations accueillies dans les établissements ne sont plus tout à fait les mêmes que celles accueillies précédemment. D'où l'importance d'analyser les populations auxquelles une réponse est apportée. Ainsi, l'augmentation de la scolarisation en milieu ordinaire fait que dans nos établissements, les enfants pris en charge ne sont plus tout à fait les mêmes. L'augmentation du nombre de personnes vivant à domicile (c'est un choix que la loi leur donne) et la mise en place de la prestation de compensation en particulier impliquent un changement de profil des personnes accueillies dans les établissements. De nouveaux handicaps sont reconnus : l'autisme qui est beaucoup mieux dépisté, le handicap psychique... Par ailleurs arrive une génération de personnes handicapées vieillissantes ayant des besoins particuliers.

L'évolution des besoins implique donc un questionnement sur les orientations données aux établissements. La loi 2002-2 avait déjà apporté une évolution en voulant responsabiliser davantage les gestionnaires qui sont garants de la qualité de l'accueil, des soins, de la vie sociale... En parallèle à cette évolution du côté des établissements, les moyens de l'autorité de tarification ont également changé et ses missions ont été recentrées sur des aspects beaucoup plus stratégiques face au nombre croissant d'établissements : la planification des équipements, la programmation des moyens et leur évaluation. La DDASS ne peut donc pas continuer à consacrer du temps à la procédure budgétaire annuelle établissement par établissement, procédure dont la plus-value est d'ailleurs limitée. À titre personnel et arrivant au bout de ma carrière, je trouve satisfaisant que l'on raisonne aujourd'hui un peu plus loin que cette annualité qui est tout à fait limitée dans ses apports. L'autorité de tarification doit donc se recentrer sur des missions beaucoup plus stratégiques : contrôler le fonctionnement, vérifier l'adéquation des besoins avec les moyens, la qualité des prestations fournies, le respect de la bientraitance, la mise en place de protocoles et de guides de bonnes pratiques dans les établissements, etc.

### 1.2. Les enjeux de mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales

Face à cette évolution, les enjeux de mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales s'imposent tant au tarificateur qu'aux établissements.

Il convient d'abord d'adapter l'offre aux besoins, donc faire face aux listes d'attente, aux personnes vieillissantes, aux personnes accueillies en établissement et ayant de nouveaux besoins, aux IME en termes de données comparables concernant la prise en charge, le type de handicap accueilli... Il est donc nécessaire de savoir d'où nous partons et vers quoi nous souhaitons faire évoluer nos structures.

Pour adapter l'offre aux besoins, il convient d'avoir une approche prospective. Adapter l'offre, c'est faire évoluer l'existant, les agréments par exemple (nous savons que des établissements ont été agréés à un moment donné et, face à la demande, accueillent des populations parfois éloignées de celle pour laquelle ils ont été agréés), les projets associatifs et les projets d'établissement, les effectifs, les qualifications, les compétences, le patrimoine

(nous nous apercevons que certains locaux, notamment des maisons d'accueil spécialisé construites il y a vingt ans, recevaient une population différente de celle qu'ils accueillent aujourd'hui et ne sont parfois plus adaptés, au niveau de l'accessibilité par exemple, ce qui est un comble). L'adaptation suppose donc une approche prospective forcément supérieure à un an, de la souplesse dans la transition, d'éventuelles reconversions, un minimum de garanties et d'engagement pour le gestionnaire comme pour le financeur, finalement un engagement réciproque sur des objectifs communs à partir d'un diagnostic partagé.

Il s'agit également de gérer des dispositifs complexes dans un cadre de moyens contraints, puisque nous disposons d'enveloppes limitatives. Par conséquent, chaque institution ne peut se considérer isolément. Elle doit tenir compte de son environnement et s'interroger sur son rôle en complémentarité avec les autres acteurs. Ainsi, elle doit réfléchir à un lien éventuel entre un établissement pour enfants et un établissement ou un service pour adultes susceptible d'assurer un suivi du parcours, avec l'établissement sanitaire de proximité pour garantir la continuité des soins, à la coopération avec l'école, avec l'environnement général, avec les familles qui demandent parfois à être accompagnées, relayées et demandent des solutions temporaires d'accueil. L'ensemble de ces liens, de ces coopérations, de ces complémentarités doivent s'élaborer à partir des moyens de chacun et dans des enveloppes globalement définies. Les enveloppes financières fermées imposent à l'autorité de tarification de dégager des marges, donc une recherche permanente de réorientation, de mutualisation, de mise en synergie des moyens disponibles.

Face à ces enjeux, quel peut être l'apport de la contractualisation ?

### ***1.3. L'apport de la contractualisation***

Contractualiser, c'est faire se rencontrer des objectifs généraux et des objectifs particuliers, soit des intérêts partagés. Nous devons nous situer sur un plan de négociation où les deux parties puissent trouver leur compte.

En termes d'intérêt partagé, ce sera penser et programmer un projet médico-social à cinq ans qui s'intègre dans les objectifs plus généraux : le schéma départemental, les programmes nationaux, interdépartementaux. Les schémas départementaux fixent des objectifs et des priorités en fonction de certains thèmes ou de certains secteurs géographiques ; les projets des établissements doivent s'inscrire dans ces priorités. Ce peut être également assurer ses projets en les inscrivant dans un cadre plus général de programmation de moyens : un établissement ayant un projet de développement devra s'inscrire comme une option dans la programmation plus générale du PRIAC. À l'occasion d'un contrat, il sera possible de négocier avec le gestionnaire de programmer une partie des places qu'il a prévues en échange peut-être d'une meilleure organisation ou d'un management plus opérationnel sur d'autres secteurs.

En fait, le CPOM permet de définir ensemble des priorités et des choix pour l'affectation des moyens, de programmer et d'évaluer pour améliorer l'efficacité des dispositifs, de donner plus de souplesse, de simplifier les procédures, de s'inscrire dans des objectifs et des budgets négociés pour cinq ans et dans une globalisation au niveau d'un organisme. Avec une dotation globalisée, l'organisme gestionnaire, dans le respect des objectifs fixés en commun, priorisera ses besoins, gèrera sa trésorerie, mettra en œuvre les regroupements, les réorganisations, la recherche de gain de productivité auquel il s'est engagé. Il est vrai que c'est plus motivant de chercher des gains de productivité si nous savons que nous les garderons et que nous les affecterons librement. Ainsi, la réorientation du gain de GVT à l'occasion des départs en retraite, qui donnera une marge de manœuvre à l'association, peut être négociée. Tout un ensemble de gains resteront ainsi à la disposition du gestionnaire. Par ailleurs, quand on pense au temps passé à présenter des budgets chaque année et à facturer, c'est autant de gain que l'association pourra consacrer à d'autres activités comme l'évaluation interne. À un moment, un transfert de responsabilité s'opère entre le financeur et le gestionnaire, et elle est plus globalisée. L'association doit s'organiser et répartir les moyens qui lui seront accordés.

Les motivations pour entrer dans un CPOM peuvent être diverses : la mise en place d'un projet d'établissement, l'accompagnement d'une opération d'investissement lourd qui supposera des moyens, l'adaptation à l'évolution et au développement d'une association importante qui doit mettre en place un projet associatif. Le CPOM est un moyen de planification et de réponse aux besoins de manière globale.

Avant d'aborder la deuxième partie, situons les motivations amenant une association à entrer dans un CPOM qui font souvent débat : quatre points permettent cet engagement de manière commune et dans une démarche contractualisée.

- L'association doit être prête (la DDASS aussi bien sûr) d'abord à réinterroger l'existant, ce qui permet à terme de s'engager dans une négociation constructive. Ceci renvoie au climat social et aux problèmes de délégation au sein de l'association. Tous ces points doivent être préalablement clarifiés. Ce cumul de problématiques est un indicateur qui permet à l'autorité de tarification de porter un regard sur l'association, de voir si elle est prête à rentrer dans un contrat, son intérêt dans cette démarche et le risque encouru. Si une association n'est pas prête la première année, elle peut l'être l'année suivante.
- Une association qui s'engage dans un contrat est une structure en projet et qui a des projets. Il convient donc de s'inscrire dans des réponses à des besoins et à des priorités départementales. Là non plus, toutes les associations ne sont pas prêtes au même moment. Cela nécessite un temps de préparation en amont.
- Une autre motivation à la démarche de contractualisation peut être une situation de difficulté d'ordre financier rencontrée par une association, au regard de ses publics, de ses indicateurs, des retours de ses partenaires, de ses résultats, etc.
- Enfin, il est important de mettre en regard les associations qui entrent dans un contrat la même année. Il faut pouvoir porter sur une même année des contrats nécessitant beaucoup de moyens et d'autres un peu moins. Si tous les contrats sont importants la même année, le risque est qu'aucun partenaire ne puisse atteindre ses objectifs en termes de consolidation de l'existant et de développement de projets.

L'ensemble de ces facteurs doit donc être pris en compte. Il ne s'agit pas d'une décision unilatérale prise dans un délai très court, mais d'un processus continu avec des rencontres un à deux ans avant avec des associations avec lesquelles une contractualisation serait envisageable et des incitations à leur évolution sur certains points.

## 2. Négociation et mise en œuvre d'un CPOM

Ce n'est pas un hasard si les contrats se développent plus sur le champ du handicap : en effet, des moyens lui sont dédiés pour leur mise en œuvre *via* la CNSA. Le département du Rhône compte plus de 8 300 places, dispose d'une enveloppe de plus de 200 millions d'euros et crée 1 000 places tous les quatre ans. Les volumes sont donc extrêmement importants. Trois contrats ont été signés en 2008 et deux sont en cours de négociation en 2009, ces cinq contrats représentant 35 % du dispositif.

### 2.1. Concilier les objectifs des politiques publiques et les objectifs des gestionnaires

Les objectifs doivent s'inscrire dans les orientations des politiques nationales et départementales, les objectifs départementaux déclinant bien sûr les objectifs nationaux et prenant en compte les particularités locales. Cela peut sembler évident, mais un contrat ne visant qu'à consolider l'existant ou proposer des projets ne s'inscrivant pas suffisamment dans les orientations nationales, comme la diversification des modes d'accueil, la prise en compte du choix des personnes souhaitant vivre plus à domicile, se situerait en dehors des objectifs, sachant toutefois que ces derniers sont mesurés et gradués au niveau national. Le PRIAC décline ces objectifs nationaux, départementaux et interdépartementaux, mais pas régionaux, ce qui est un enjeu majeur avec la mise en place des ARS. La contractualisation interdépartementale est possible et nous devons y arriver dans le cadre des ARS, mais tant que nous disposerons d'enveloppes départementales allouées par la CNSA, un pas reste à franchir.

Un autre point d'attention est une priorisation articulée avec la réalité des enveloppes financières, les marges de redéploiement identifiées à travers les diagnostics et le PRIAC. À l'issue de la démarche de diagnostic permettant d'identifier les marges, les points forts et les points faibles de l'association, et notamment sa santé financière, il est également important de pouvoir connaître, au niveau régional cette fois, la marge de manœuvre annuelle dans le cadre du contrat. Lors d'un engagement dans une procédure de contractualisation, pour le moment nous ne connaissons réellement la marge de négociation qu'en juin au mieux et elle est confirmée en septembre, d'où l'intérêt du temps de contrat et l'importance de la phase de diagnostic. Il convient donc d'avoir une visibilité sur les moyens dédiés au CPOM (nouveaux moyens, marge de redéploiement ou point d'attention particulier sur tel établissement) et de partir de la réalité du PRIAC avant de s'engager sur des objectifs démesurés et impossibles à atteindre.

Enfin, la mise en œuvre doit être compatible avec la situation globale de l'association. Au-delà de l'agrément du siège associatif qui est l'idéal, il s'agit de s'assurer de la capacité à faire, accompagner, suivre le contrat, sachant qu'en toile de fond, cette capacité des DDASS diminue et que la responsabilité des associations augmente. Il convient également d'être vigilant à la structuration associative et à son fonctionnement avant l'entrée en CPOM.

Tout cela s'appuie sur une expérience, sur les liens qui se sont tissés entre les DDASS et les associations au cours d'autres projets, sur les échanges quotidiens, les résultats, etc. Je souligne ici le rôle déterminant du DAF ou de la personne qui est au côté de la direction pour assurer le support du contrat afin de permettre sa gestion opérationnelle au-delà des aspects de mise en œuvre des projets. Il convient de garder ce binôme à l'esprit. Il n'est pas possible d'avoir une politique associative très forte et une mise en œuvre économique globale difficile.

## ***2.2. Les attendus réciproques du diagnostic partagé***

Il est nécessaire de prendre le temps du diagnostic qui doit faire consensus. Le diagnostic correspond à la première phase du contrat, la deuxième étant celle de la négociation. Si le consensus n'existe pas sur le diagnostic, ce peut être le moment de décider de ne pas contractualiser. Ce temps est important.

L'intérêt majeur du diagnostic est de dresser un état des lieux structurant et de réinterroger l'existant. Il convient de ne pas oublier les aspects financiers (il ne faut pas penser seulement projet ou politique générale, mais également finances), tout ce qui concerne l'organisation et la gestion des ressources humaines (projection de la masse salariale et identification de la marge de manœuvre) et l'environnement des établissements (ils apportent des réponses à l'échelle d'un territoire, autour d'une problématique, par rapport à la prise en charge de tel type de handicap, mais ils ne sont pas seuls, et si des projets voient le jour dans le cadre du CPOM, d'autres projets existent aussi ailleurs). Il convient de ne pas oublier cet aspect qui relève peut-être plus de notre rôle d'informer sur certains projets méconnus et de mieux articuler les engagements pris.

Par ailleurs, un raisonnement comparatif avec des données objectivées et argumentées doit être mené. Les données objectivées sont obtenues grâce aux indicateurs et concernent également des informations plus qualitatives, comme le nombre de plaintes par établissement auquel nous prêtons plus d'attention qu'auparavant, des indices récurrents qui permettent de conforter l'idée et de la nuancer par rapport aux indicateurs. Nous mettons en avant les indicateurs quand l'association ne le fait pas suffisamment, et si l'association les valorise beaucoup, nous avons tendance à ne regarder que cela. Les indicateurs présentent une unité de réponse sur le sanitaire. Peu de nuances permettent de distinguer deux activités de même nature sur deux territoires différents. En revanche, dans le champ des personnes âgées, des différenciations existent entre deux EHPAD en termes de projet, de prise en charge renforcée... La particularité du champ du handicap est d'apporter des réponses de manière très diverse, et comparer deux IME avec internat et de même capacité n'est pas vraiment pertinent sur l'ensemble des indicateurs. Nous travaillons beaucoup avec les données de la CNSA et leurs analyses au niveau national nous permettent de positionner des projets, notamment dans la mise en œuvre dans le cadre d'un PRIAC. Nous nous référons également aux données de la CRAM, car des comparaisons sont effectuées au niveau local.

Le diagnostic partagé doit être mené en toute transparence et appuyé par une communication. Faire un diagnostic voilé, tant d'un côté que de l'autre, n'est pas de nature à favoriser une contractualisation de qualité. Chacune des deux parties réinterroge l'existant, confronte son diagnostic et s'ouvre, mettant ainsi au jour des difficultés, mais aussi des marges. Le champ du handicap est certes en difficulté, mais ce secteur a encore une marge de manœuvre. Il est vrai qu'expliquer les choix et les repositionnements de part et d'autre n'est pas forcément simple. La transparence s'entend sous deux angles : entre les contractants, mais aussi en interne, au niveau de l'association. En effet, une dynamique interne est impulsée par le contrat, de même qu'une participation des directeurs, une confrontation de la situation établissement par établissement, et un positionnement au sein de l'association sur des thématiques transversales. Ceci nécessite une certaine transparence au sein de l'association, et c'est là qu'apparaît le rôle des directions générales d'association partagées entre la transparence au sein de leur structure et celle vis-à-vis de l'autorité de tarification.

## **3. La négociation d'un CPOM : points d'attention**

### ***3.1. L'élaboration des propositions contractuelles***

L'élaboration des propositions contractuelles s'appuie sur le diagnostic. Le risque serait qu'une phase de diagnostic ne soit pas menée à terme et que les objectifs soient décalés par rapport au résultat du diagnostic. Au milieu de la démarche, il est important que le comité de pilotage vérifie que les membres s'entendent sur le diagnostic et fixe les grandes orientations du contrat qui s'appuie sur le diagnostic, le projet d'établissement et les priorités de la politique départementale. C'est la conjonction de ces trois facteurs qui fonde la note d'orientation, une note co-construite qui détermine les grands axes du contrat.

### ***3.2. La formalisation des objectifs et engagements***

Ceci paraît moins évident quand vous êtes plongé dans votre contrat, d'où l'importance d'un regard extérieur (partenaires, président d'association ou DDASS) pour rappeler un certain nombre de points, et notamment les objectifs concrets, précis, mesurables et réalistes. Si un objectif n'est pas encore concret, il faut se donner un temps d'analyse pour qu'il le devienne. Tout n'est pas calé en six mois de démarche. La réalité d'un contrat actuellement, ce sont six à huit mois d'échanges. Certains points seront bien clarifiés, d'autres resteront à approfondir (ce peut être une action du contrat s'inscrivant dans un objectif plus global). Les objectifs doivent donc être concrets (il ne s'agit pas d'une déclaration d'intention) et réalistes, notamment par rapport à la faisabilité financière.

Je rappelle que le contrat se distingue du projet associatif. C'est un outil où on doit retrouver des axes du projet associatif et ce dernier ne figure pas pour partie intégrante du contrat. Les deux approches sont différentes.

Ce contrat se négocie sur trois ou cinq ans. Généralement, sur le champ du handicap, la visibilité est bonne sur trois ans, bien que plus compliquée dans les ESAT. Dans le cadre d'un contrat à cinq ans, la prudence est de mise quant aux objectifs retenus et il convient de savoir utiliser ce temps du contrat. Tout n'est pas mis en place le 1<sup>er</sup> janvier de la première année de la mise en œuvre. Il faut graduer l'action et se donner le temps d'installer ou repositionner un dispositif sur toute la durée du contrat. Le risque serait d'aller trop vite et de perdre le sens du contrat.

### ***3.3. L'apport des autres décideurs dans le cadre du contrat***

Les autres décideurs doivent être entendus au sens large : le conseil général, l'Éducation nationale. Des avis peuvent également être pris auprès de l'assurance maladie. Il convient de négocier certains points avec le conseil général, d'échanger avec l'Éducation nationale qui peut être associée à des travaux relatifs au champ de la protection de l'enfance pour accompagner la mise en place de dispositifs. Nous ne signons pas encore des contrats tripartites avec l'Éducation nationale, mais nous essayons de développer cet axe.

Suite au décret qui vient de sortir sur les unités pédagogiques, nous devons arriver à passer des conventions tripartites avec l'Éducation nationale, ce qui n'aura malheureusement pas d'impact sur les contrats déjà signés. Il s'agit du décret du 2 avril 2009 qui fait obligation aux établissements accueillant des jeunes adolescents d'établir une convention tripartite avec l'Éducation nationale et la DDASS pour régler le fonctionnement de l'aspect scolaire au sein des établissements.

### ***3.4. La mise en œuvre et le suivi du contrat***

L'intérêt est de donner une plus grande souplesse et une plus grande autonomie de gestion aux associations, d'accroître leur responsabilisation, mais avec un rôle déterminant du management interne du contrat. Ce dernier n'est pas une fin en soi, mais le début de quelque chose. Donc tout reste à faire quand il est signé. Alors que la signature vient au terme d'une dure année de négociation, le plus difficile est à venir : la mise en œuvre du contrat, son appropriation par les associations et la mise en place d'un management pour en tirer le meilleur. Cela renvoie à des problèmes de communication en interne et d'appropriation de la démarche par l'ensemble des directeurs d'établissement et les administrateurs. Il existe des risques d'hypercentralisation de la direction générale et de déresponsabilisation des directeurs. Néanmoins, c'est plus un repositionnement des directeurs qui est attendu dans le cadre d'un CPOM et moins une fin de marge de manœuvre. Celle-ci est toute relative lors d'une négociation établissement par établissement.

Par ailleurs, il convient de mettre en place des outils de suivi et des tableaux de bord clairs, précis et simples permettant de suivre régulièrement la mise en œuvre du contrat.

Le rôle des directions générales et des directions d'associations est essentiel : direction générale pour les grandes associations, représentation commune d'une association quand elle est plus petite. Le fait de ne pas avoir de directeur général ne constitue pas un obstacle à l'entrée dans une démarche de contractualisation. Ce qui interroge en amont, c'est plutôt l'identité de l'interlocuteur qui pourra porter la voix de l'association et surtout la dynamique entre la direction générale, le directeur financier ou la comptabilité, en fait la personne qui pourra donner au directeur général toute la dimension du contrat et sa marge de manœuvre sur les plans technique et financier avec des chiffres à l'appui.

## Débat avec la salle

**Intervention de la salle.** *J'aimerais témoigner de la modification des relations avec les autorités de tarification. Dans l'Ain, l'Entraide universitaire a effectivement constaté, dans le cadre de notre négociation, un changement dans les rapports avec le tarificateur qui a semblé manifesté un intérêt accru pour le projet lui-même et les projets. L'inspecteur DDASS a quelque peu caricaturé les relations que nous pouvions entretenir en assimilant le BP à la lettre au Père Noël et la réponse budgétaire à celle du Père Fouettard. Cela change donc complètement la donne. Nous travaillons en effet de façon totalement différente et nous nous sommes mis d'accord puisque nous avons signé un contrat. Reste à espérer qu'au niveau du suivi, ce type de relations demeure.*

**Intervention de la salle.** *Quid des CPOM dans le secteur de la protection de l'enfance avec le cofinancement du conseil général et de la protection judiciaire ? Avez-vous déjà assisté à la signature de tels contrats ? Si oui, comment cela s'est-il passé ? J'ai en effet cru comprendre que cela ne serait pas obligatoire.*

**Intervention de la salle.** *L'ADSEA de la Loire a contractualisé un CPOM avec le conseil général.*

**Intervention de la salle.** *Il me semble qu'un établissement de Savoie est entré dans une démarche de contractualisation avec le conseil général.*

**Intervention de la salle.** *Cette démarche existe également dans l'Ain. Dans le Rhône s'est tenue une réunion relative au CPOM dans le champ du handicap au cours de laquelle il a été clairement dit que c'était l'antichambre d'une signature avec la protection de l'enfance. Le conseil général du Rhône souhaite contractualiser un accord partenarial sur trois ans avec une logique de maintien du prix journée.*

**Sandrine CHABERT.** Cette réunion est une lueur d'espoir sachant que nous avons un accord PJJ-CG, ce qui rend parfois les négociations plus difficiles. Je pense que si le conseil général est seul sur certains dossiers, on pourrait espérer y aller assez rapidement. Nous rencontrons plus de difficultés sur les dossiers conjoints dans le secteur de la protection de l'enfance. Je souhaiterais revenir sur le suivi du contrat qu'il convient de ne pas sous-estimer. Les CPOM étant à leurs débuts, la mobilisation est forte sur les phases de diagnostic et de signature. Or nous nous apercevons que la dernière phase sera la plus difficile à vivre et à suivre. Par ailleurs, il est vrai que les rapports de travail sont totalement modifiés entre le financeur et l'association après la signature du contrat : une confiance s'installe du fait de cette transparence et d'un choix de territoire commun. C'est le point fort du CPOM et c'est un élément moteur qui gomme dans un premier temps toutes les difficultés liées au contrat. Nous ne sommes plus dans la demande, mais dans une construction conjointe.

**Claude VOLKMAR.** Il a souvent été dit, notamment dans le plan de communication de la DGAS lors du lancement des CPOM et des groupements de coopération, que trop de temps était consacré à la discussion budgétaire et il était reproché aux autorités budgétaires et aux associations de se centrer seulement sur la gestion. Là se trouve peut-être l'amorce d'une autre relation possible, et c'est probablement la base la plus intéressante du CPOM s'il est bien conduit.

**Intervention de la salle.** *Ce matin, a été évoquée la notion des seuils minimums qui n'a pas été résolue. Ces seuils minimums et maximums obligatoires existent-ils et sont-ils ou seront-ils mis en place ?*

**Claude VOLKMAR.** Des bruits ont couru, mais nous n'avons pas su s'ils se rapportaient aux groupements de coopération. Une information relative à un seuil minimum de six établissements circule : qu'en est-il ?

**Intervention de la salle.** *L'enquête Solen, qui donne la moyenne des contrats signés à ce jour au niveau national, mentionne effectivement six établissements pour 300 salariés. Cela constituera la base des futurs contrats, mais nous ne pouvons qu'espérer une révision de ces chiffres à la baisse si les contrats deviennent obligatoires.*

**Claude VOLKMAR.** Il s'agit donc d'une moyenne et non d'une norme.

**Intervention de la salle.** *Je suis directeur général de l'OLPPR. Lorsque j'ai pris mes fonctions, le CPOM était signé et je considérais que je n'avais plus rien à faire. Mais je découvre toute l'ampleur et la complexité du travail. Cette association est plutôt petite : cent ETP, deux gros ITEP et un pôle SESSAD. Pour autant, la DDASS a témoigné de sa volonté de soutenir ce projet associatif. Je pense que la dynamique de projet est vraiment au cœur de la constitution même du CPOM et que c'est sur cette dynamique de projet articulée avec une programmation et une planification qu'un vrai dialogue de gestion peut s'instaurer entre une association, quelle que soit sa taille, et l'autorité de tarification.*

**Marie-Pierre MARIANI.** À mon avis, cela dépend des départements et de la demande des associations. J'ai une vision un peu différente de celle de ma collègue de l'Isère. Dans le Rhône, les demandes sont nombreuses et pratiquement toutes les associations souhaiteraient entrer dans une démarche de contractualisation. Nous excluons néanmoins pour le moment les CPOM mono-établissement qu'il est selon moi possible de soutenir différemment. Même avec trois établissements seulement, les enjeux peuvent être importants. C'est également une question d'équilibre, un rebasage qui peut être modéré par rapport à de plus grosses associations. Si on compare deux associations, un appui dans le cadre d'un CPOM pourrait être très limité pour l'ADAPEI, mais ne l'est pas pour l'OLPPR. Cela permet également de répondre à différents objectifs et divers publics sur une même année, donc d'équilibrer à travers la programmation du PRIAC.

**Claude VOLKMAR.** Le champ de la protection de l'enfance me semble être celui qui compte le plus d'associations mono-établissement.

**Intervention de la salle.** *De moins en moins. Le problème réside surtout dans le caractère conjoint du financement avec deux acteurs qui sont le conseil général et la protection judiciaire. Nous sentons bien que l'un serait plus prêt à avancer que l'autre. Pour une association comme la nôtre qui est exclusivement concentrée sur ce secteur, il est vrai que la conclusion d'un CPOM est complètement bloquée pour le moment. Un même secteur compte donc deux vitesses.*

**Marie-Pierre MARIANI.** Je ne vois pas comment les services du conseil général et les services déconcentrés de l'État pourront continuer à arrêter des budgets comme ils le font actuellement au vu de l'évolution des effectifs et du nombre d'établissements. Le département du Rhône compte près de 580 structures dans le champ médico-social des personnes handicapées et des personnes âgées, ce qui représente plus de 20 000 places, des missions sur le principe de précaution, la notion de bienveillance, des plans divers et variés qui percutent la réalité... Les services de la DDASS se sont adaptés, ceux de la PJJ ne tarderont pas à le faire. Je suppose que les conseils généraux y viendront également bientôt.

## Retours d'expériences

Nous allons accueillir deux directeurs généraux :

- **Christian BERTHUY**, *Directeur général de l'Œuvre des villages d'enfants (OVE)*, qui nous parlera du CPOM conclu pour ses établissements implantés dans la Loire,
- **Prosper TEBOUL**, *Directeur général de l'ADAPEI du Rhône*.

À la lumière des interventions précédentes, nous essaierons de voir comment les parcours se sont développés pour ces deux associations situées dans des départements différents et dont les points de départ ne sont pas les mêmes.

**Claude VOLKMAR**. *Pourquoi êtes-vous entrés dans un CPOM ?*

**Christian BERTHUY**. En préparant cette intervention, nous nous sommes rendus compte que c'était l'OVE qui avait sollicité le directeur de la DDASS de la Loire en insistant sur l'intérêt de s'engager dans un CPOM. Nous étions en juillet 2007 dans le cadre d'une audience que nous avions demandée. Lorsque nous avons fait le tour des établissements et services de l'association (sept sur le département), nous avons imaginé qu'il serait intéressant de pouvoir nous engager dans le cadre d'un CPOM. C'est ce qui a été indiqué au directeur de la DDASS qui a d'abord fait preuve de beaucoup de prudence et n'a pas voulu s'engager, puis vers le mois de mars a repris contact pour démarrer la démarche.

Ensuite, il a fallu travailler très vite : une réunion toutes les trois semaines avec la DDASS, ce qui supposait en amont un temps de préparation avec les directeurs d'établissements notamment, même si ces derniers faisaient partie du comité de pilotage. La démarche de CPOM a été lancée début avril 2008 et le contrat a été signé fin septembre 2008. Tous les travaux étaient terminés et écrits fin juillet pour une présentation du CPOM pour avis à l'assurance maladie en août.

Nous étions donc très heureux de cette signature en septembre et nous en tirons un bilan très positif. L'élément déclencheur était notre approche de l'OVE sur le département de la Loire où nous avons besoin de pouvoir repositionner l'offre de service de l'association. Dans les actions que nous avons menées, figurent l'obtention de crédits de rebasage conséquents car nos établissements, depuis de nombreuses années, étaient en deçà des moyens qui pouvaient leur être apportés et des actions importantes en matière de restructuration de sites.

**Prosper TEBOUL**. La démarche fut différente. La première fois que nous avons utilisé le terme de CPOM, c'était en 2006 avec une MAS. Suite à la visite de Joël MAY, nous avons envisagé un rebasage de cet établissement avec la DDASS et une proposition devait nous être produite pour un premier CPOM, mais dédiée à un établissement. Courant 2007, nous avons évoqué à plusieurs reprises notre souhait mutuel d'entrer dans une démarche de CPOM que nous avons envisagée de manière progressive, soit un démarrage en 2008 avec les ESAT en 2009 et les IME en 2010. Un déclic a eu lieu en novembre 2008 suite à une discussion avec Joël MAY au cours de laquelle la DDASS a souhaité notre entrée dans un CPOM, mais pour la totalité des établissements sous compétence DDASS. Nous avons donc pesé le pour et le contre très rapidement, d'autant plus que sur quarante-cinq établissements que nous gérons, vingt-trois ou vingt-quatre étaient éligibles à un CPOM puisque sous compétence DDASS. En termes d'opportunité, il existait également dans le Rhône une volonté d'initier la démarche avec trois associations de taille différente. Nous avons donc répondu assez vite présents, d'autant plus que nous avons un souhait politique de négocier avec des interlocuteurs que nous connaissions et qui nous connaissaient, à savoir la DDASS, et non pas en 2010 avec les ARS par exemple.

**Claude VOLKMAR**. *Comment avez-vous procédé pour les dispositifs à mettre en place, à savoir le diagnostic et les phases de négociation ?*

**Christian BERTHUY**. Nous avons considéré le CPOM comme un projet, donc en y appliquant une méthodologie de démarche de projet, c'est-à-dire dans un premier temps en identifiant les acteurs qu'il nous semblait important d'y associer. Nous nous sommes alors interrogés sur la place des directeurs d'établissements et il nous est apparu, après réflexion, que leur présence au sein du comité de pilotage était incontournable au côté de la directrice économique et financière et de la direction générale.

Dans le même temps, il a fallu conduire la communication auprès des autres acteurs qui allaient être impliqués. Au niveau de l'association et des élus du bureau, il a été souhaité que l'un des administrateurs du bureau intègre le comité de pilotage. Pour des raisons de calendrier, cette personne n'a pratiquement jamais pu assister aux réunions du comité de pilotage, mais a été régulièrement présente dans les temps qui se glissaient entre les séances de discussion avec la DDASS. Par ailleurs, les directeurs d'établissements ont relayé l'information sur ce projet auprès des personnels à travers des réunions au sein de leurs structures. Et de notre côté, nous avons régulièrement commenté l'état d'avancement du CPOM auprès de la direction générale. Cette approche communication est importante, si on veut que tous les acteurs impliqués suivent.

Concernant les outils pour conduire le diagnostic, nous découvrons la méthodologie dont j'ai retrouvé beaucoup d'éléments dans la présentation de Matthieu DEMARQUEZ. Nous nous sommes renseignés sur ce qui existait, car les outils disponibles ne sont pas très nombreux. C'était pareil du côté de la DDASS. Nous avons donc utilisé les résultats de l'évaluation interne que nous avons réalisée dans l'ensemble de nos établissements qui permettaient d'avoir une première approche des points forts et des difficultés dans chacune des structures. Faire un état de mise en œuvre du projet d'établissement est un travail conséquent. En allant du côté des résultats de l'évaluation interne par rapport à notre référentiel, nous avons résolu une bonne partie de ces questions. Mais ce n'est pas suffisant. Nous nous sommes attachés à comprendre les indicateurs médico-socio-économiques (IMSE). Nous les renseignions sans vraiment prendre le temps d'analyser ces données. Ce fut très intéressant pour nous dans le dialogue qui s'est instauré entre les directeurs d'établissements et la direction générale, et nous avons découvert des données très intéressantes sur les coûts de structures, la place de l'encadrement, la qualification, des données que l'OVE n'exploitait pas.

Quant aux projets d'établissement, ils sont comme dans toutes les structures, c'est-à-dire parfois actualisés, mais souvent pas très récents car les efforts avaient porté ces trois dernières années sur l'évaluation interne à cause de restructurations ou de créations de nouveaux services. Mais ce problème de mise à jour du projet d'établissement apparaissait dans l'évaluation interne que nous avons menée et a été identifié comme un point faible à travailler.

**Prosper TEBOUL.** Il ne faut pas sous-estimer l'entrée en CPOM et le changement de culture qui l'accompagne. Le parallèle avec la démarche projet est intéressant et pertinent, et conditionne la réussite du CPOM. Étant donné le nombre d'établissements concernés, il n'a pas été possible d'impliquer l'ensemble des directeurs au sein d'un comité de pilotage. Nous avons donc constitué une fusée à trois étages : un comité de pilotage associatif composé de quatre personnes (le président, le vice-président, le directeur général et la DAF), donc restreint, qui était en lien direct avec le directeur de la DDASS, Madame MARIANI et deux inspectrices ; des groupes projet par champ de CPOM (enfance, Assurance maladie adultes, ESAT) à travers lesquels tous les directeurs concernés par le champ en question ont été consultés et ont travaillé. Nous avons touché du doigt le changement culturel pendant l'année 2008 où nous avons travaillé avec la DDASS, mais c'est surtout maintenant que ce nouveau mode de management prendra tout son sens et nous sommes au démarrage de cette dynamique culturelle. Le pire des risques lors d'une entrée en CPOM est la centralisation au niveau de la direction générale. On perd alors tout sens de l'initiative, toute responsabilisation, toute innovation. Avant le CPOM, c'était la DDASS qui assurait les arbitrages et nous pouvions faire l'économie d'un mode managérial vis-à-vis de la conduite de projet. C'était donc simple et très confortable pour tout le monde. À partir de 2009, la direction générale devra arbitrer et justifier les arbitrages, bien sûr après un an de travail. Si la phase d'autodiagnostic réalisée par l'association, puis partagé dans un deuxième temps avec la DDASS, est menée correctement, c'est-à-dire en toute transparence et toute confiance, nous disposons de tous les outils pour parler ensuite de rebasage, de différence de traitement entre des IME...

La phase de diagnostic partagé est indispensable et, selon moi, la plus passionnante. Nous nous sommes souvent rencontrés entre janvier et juillet, et nous avons convenu de ne pas parler budget avant juillet pour consacrer notre énergie au qualitatif, à la prise en charge de la personne, aux besoins, à l'essentiel. Nous avons mené un autodiagnostic indépendamment de la DDASS, et tous les établissements ont travaillé dans un esprit de vérité, sur la base d'une trame précédemment proposée à la DDASS, à travers les groupes projets, les directeurs, le comité de pilotage. Puis nous avons livré notre autodiagnostic à la DDASS et, une semaine plus tard, nous avons reçu celui de la DDASS qu'elle avait mené en parallèle, ce qui nous a apporté un autre regard sur la même activité. Nous n'avons ensuite eu aucun mal à nous mettre d'accord sur le diagnostic partagé, soit le mélange entre notre autodiagnostic et le diagnostic de la DDASS. À l'issue de ces six mois, nous nous sommes dit que le travail effectué n'était pas perdu, même si nous ne signions pas, car cela nous a permis de connaître parfaitement nos établissements.

**Claude VOLKMAR.** *L'idée de confronter des diagnostics pour arriver à un ensemble partagé est intéressante. Peut-être souhaitez-vous, Christian BERTHUY, nuancer le dispositif lui-même, c'est-à-dire le mode d'implication des directeurs dans le dispositif ?*

**Christian BERTHUY.** Non, car dans la présentation de Prosper TEBOUL, vu le grand nombre de directeurs, nous comprenons la nécessité de ces paliers. C'est d'ailleurs ce que nous mettons en place avec la DDASS du Rhône, car cette année nous travaillons pour un plus grand nombre d'établissements dans le cadre de la préparation d'un CPOM. Il est fondamental que les directeurs d'établissements soient associés à tous ces moments du CPOM. S'ils ont, parfois à raison, le sentiment de ne pas avoir été associés à la définition des objectifs, il leur sera très difficile de les mettre en œuvre.

**Claude VOLKMAR.** *Avez-vous également mené une analyse croisée dans la Loire ?*

**Christian BERTHUY.** Non, l'analyse a plutôt porté sur la partie évaluation et lecture/compréhension des IMSE. Par ailleurs, nous avons effectué un travail de fond qui a pris du temps sur la partie financière avec la DDASS, et une étude qui a été menée par le service des ressources humaines en lien avec la DDASS sur l'évolution des organigrammes afin de voir sur cinq ans quels moyens nous pouvions mobiliser en interne pour pouvoir conduire les évolutions structurelles que nous étions en train d'identifier.

**Claude VOLKMAR.** *Au-delà de la question des qualifications pour des missions qui évoluent ou qui sont nouvelles, la marge de manœuvre provient-elle du GVT ?*

**Christian BERTHUY.** Nous mettons en œuvre les évolutions que nous avons proposées en utilisant bien sûr le GVT. Encore faut-il que l'association et la direction générale l'identifie comme un levier de changement. Il faut donc l'expliquer aux personnels concernés qui ne sont pas très contents. Nous devons bien mesurer notre capacité à mettre en œuvre les objectifs que nous nous assignons, sous peine d'être très vite confronté à des difficultés, soit avec l'autorité de contrôle avec laquelle le CPOM a été signé, soit avec les élus d'une association, soit avec le personnel qui se trouve totalement déconnecté. Il convient donc d'être pragmatique et très réaliste dans les objectifs que nous nous fixons. Mais il n'y a pas de souci sur l'appréciation du GVT et de sa capacité à financer les évolutions. C'est même un des points positifs que nous avons pu identifier.

**Claude VOLKMAR.** *A quels résultats ont abouti tous les efforts fournis par l'OVE pour les cinq ans à venir ?*

**Christian BERTHUY.** La DDASS de la Loire a proposé de sérier les objectifs par catégorie. Le premier objectif était le retour à l'équilibre. En effet, les établissements et services de l'OVE étaient en déficit. Ce problème a été identifié et la DDASS a reconnu la nécessité de ne plus fonctionner avec des crédits insuffisants. Trois autres objectifs, ambitieux pour nous, ont été définis : restructurer et regrouper en un seul lieu deux internats situés sur deux sites distincts pour des adolescents relevant d'IME ; faire évoluer un établissement disposant aujourd'hui d'un agrément IME-ITEP pour quarante places en externat vers un ITEP de vingt places dont huit lits d'internat ; suite à la délocalisation d'un site vers un autre évoquée précédemment, organiser le changement d'établissement de façon harmonieuse. Nous faisons donc l'économie d'un site dont nous étions locataires avec tous les coûts que cela engendre. Ces trois objectifs spécifiques ont été datés les uns derrière les autres. Des objectifs transversaux sur l'ensemble de l'établissement ont également été fixés. Ainsi, nous avons décidé de mettre fin aux sujétions spéciales des enseignants qui permettaient le fonctionnement des structures pendant les périodes de vacances scolaires. Nous nous habituerons donc à fonctionner différemment en faisant appel à d'autres ressources. Les résultats de l'obtention des crédits qui ont permis le rebasage sont tout à fait conséquents. La DDASS de la Loire a également pu affecter des crédits non reconductibles à des projets de travaux. Cette enveloppe importante nous permet d'imaginer que l'OVE dispose des moyens nécessaires à ses objectifs. La corrélation est bonne entre ce qui était nécessaire, ce qui a été obtenu et ce qui reste à conduire à ce jour.

**Claude VOLKMAR.** *Qu'en est-il des résultats de cette opération pour l'ADAPEI ?*

**Prosper TEBOUL.** Les résultats furent tangibles. À partir de ce CPOM, nous avons pu faire émerger vingt-sept projets de natures différentes, à la fois en termes de créations de places ex nihilo, d'évolution de structures et d'axes transversaux. Nous avons pu construire ces projets dans un climat de confiance, voire d'encouragement, c'est-à-dire que sur le volet associatif qui n'est pas forcément le point de préoccupation majeur de la DDASS, nous avons pu constater le fort souhait, notamment du directeur de la DDASS, de voir traiter la partie relative à la gouvernance associative. Je ne pensais pas trouver cet interlocuteur-là pour nous faire réfléchir sur cet aspect. Ceci m'a beaucoup aidé pour faire passer certains messages au sein même du conseil d'administration. Par ailleurs, l'association familiale de l'ADAPEI du Rhône était plutôt attachée à la culture de l'oral. En outre, nous

avons conduit les démarches de CPOM et d'agrément du siège simultanément en 2008, ce qui a été idéal, en minimisant volontairement certaines parties du CPOM en accord avec la DDASS et en précisant qu'elles seraient plus développées, notamment les volets RH et gouvernance associative, dans le dossier d'agrément du siège. En outre, dans les prochains jours, se tient notre première réunion de suivi du CPOM. Dans le cadre de ce contrat, nous nous sommes engagés à mettre à jour tout ce qui concerne la démarche qualité, l'évaluation interne, la bientraitance et les projets d'établissements pour fin 2009 - début 2010.

**Claude VOLKMAR.** *Un CPOM modifie-t-il la dynamique inter-établissements dans une association ?*

**Christian BERTHUY.** Je peux donner un exemple pour l'OVE. Chaque structure (sept établissements et services : quatre IME-ITEP et trois SESSAD) dispose bien sûr d'un numéro de téléphone, mais dans un SESSAD, une personne n'est pas toujours disponible pour répondre au téléphone. Ce sont les directeurs d'établissements qui ont imaginé un dispositif permettant la mutualisation du téléphone, dispositif qui fait partie d'un des objectifs transversaux. Le CPOM touche donc au management global et constitue une bonne manière de pouvoir imaginer des évolutions avec les personnes concernées.

### **Débat avec la salle**

**Intervention de la salle.** *Je voudrais témoigner de l'importance de tout le travail préparatoire à la négociation. L'Entraide universitaire est une association qui représente trente-neuf établissements et mille salariés. Sa particularité est que le siège est à Paris. Le CPOM est petit, puisqu'il concerne quatre établissements dans l'Ain : deux ITEP, un SESSAD et un CAMSP. À l'occasion d'une réorganisation de la direction des établissements de l'Entraide universitaire de l'Ain, la DDASS nous a sollicités pour entrer en CPOM. Nous étions a priori d'accord sans vraiment savoir dans quoi nous nous engageons. Sans l'aide du CREA, notamment pour le diagnostic, je ne sais pas comment nous aurions pu monter ce dispositif dont l'élaboration a pris un an. Nous ne nous étions pas dotés de la logistique adéquate, car nous ne savions pas où nous allions et nous agissions différemment aujourd'hui. Nous nous sommes lancés dans le projet sans réelle préparation. Il est vrai que cela change notablement les relations avec la DDASS, que cela demande du management et que cela interroge, pour les petites associations, sur les outils à mettre en place, sur la méthodologie du diagnostic, sur les tableaux de bord que nous modifions au fil du temps. Les relations avec le siège s'en trouvent également modifiées et intensifiées. Il est vrai que très vite des problèmes logistiques peuvent apparaître pour les petites associations. À mon sens, il est important d'anticiper, car le travail à mener est énorme.*

# État de la mise œuvre des CPOM en région Rhône-Alpes

Anne MICOL

*Inspectrice de l'action sanitaire et sociale, DRASS Rhône-Alpes*

Dressons un bilan de la mise en œuvre à ce jour des CPOM en région Rhône-Alpes, en ne traitant que ceux conclus dans le secteur de l'assurance maladie et le champ du handicap. La démarche est beaucoup plus balbutiante dans la région dans le champ des personnes âgées. C'est dans le secteur de l'assurance maladie que les CPOM se sont le plus développés, du fait également des moyens disponibles et alloués par la CNSA, contrairement aux secteurs relevant des crédits de l'État et aux possibilités de contractualisation pour les ESAT où les moyens ont été totalement différents.

## 1. Caractéristiques principales

Sur le secteur de l'assurance maladie, ce sont quatorze CPOM qui ont été conclus au 31 décembre 2008 dans l'Ain (3), l'Ardèche (1), la Drôme (1), l'Isère (3), la Loire (3) et le Rhône (3).

Certains d'entre eux incluent également des ESAT, mais pas tous. Le volet ESAT a parfois été différé du fait de la différence de moyens et des dotations allouées au cas par cas. De nombreux projets sont en cours, notamment sur les deux départements de la Savoie qui n'avaient pas encore contractualisé sur ce champ en 2008.

Tous les CPOM ont été conclus pour une durée de cinq ans, à l'exception d'un CPOM de trois ans et de deux de quatre ans plus trois mois.

Treize CPOM concernent des associations qui appliquent la convention de 1966 et un CPOM celle de 1951. Pour l'instant, aucun CPOM n'a été conclu avec des établissements publics, mais plusieurs sont en projet en 2009.

Les quatorze CPOM concernent le champ des enfants et adolescents handicapés. Six d'entre eux incluent aussi des établissements et services pour adultes. Tous les CPOM ont exclusivement un champ départemental dans la région. Dans d'autres régions, des CPOM ont pu avoir un champ bi-départemental, voire tri-départemental, ce qui n'a pas été le cas pour l'instant en Rhône-Alpes.

Cent deux établissements et services régionaux sont inclus dans le périmètre de ces CPOM, soit 3 925 places en établissements et services, 2 402 équivalents temps plein salariés et environ 130 millions d'euros de base budgétaire, c'est-à-dire un cinquième de la dotation globale régionale sur le handicap, voire entre un quart et un tiers de l'enveloppe dans le Rhône, la Loire et l'Isère.

Sur le champ de l'enfance, soixante-quinze établissements et services sont à ce jour inclus dans le périmètre d'un CPOM, soit près de 20 % des établissements et services régionaux pour enfants et adolescents handicapés.

Il n'existe pas jusqu'à présent de stratégie nationale ni régionale unique présidant au choix et aux caractéristiques des CPOM à conclure. Il n'existe pas non plus de condition posée quant au nombre de structures incluses ni au volume budgétaire concerné. Les propositions de CPOM et les demandes de crédits remontant de la région ont donc toujours été entérinées par la CNSA sans discussion sur le nombre d'établissements, le volume ou les caractéristiques des associations. Les choix ont vraiment résulté des politiques départementales.

Ceci implique donc une grande variété des CPOM en Rhône-Alpes sur le champ de l'assurance maladie :

- entre 2 et 20 établissements et services (une moyenne de 7,3 établissements contre 5,5 au niveau national) ;
- entre 82 et 899 places en structures (une moyenne de 280 places contre 321 au niveau national) ;
- entre 35 et 575 équivalents temps plein concernés (une moyenne de 171 ETP contre 146 au niveau national) ;
- entre 2 et 32 millions d'euros de base budgétaire (une moyenne de 10 millions d'euros environ).

Les CPOM ont connu une montée en charge assez rapide en Rhône-Alpes : un CPOM a été conclu en 2007, treize en 2008, et plus de vingt projets sont recensés à ce jour pour l'année 2009. La région occupe donc une position plutôt dynamique au niveau national avec quatorze CPOM conclus sur 91 recensés au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## 2. Les moyens financiers accordés

Des dotations de crédits spécifiques ont été attribuées par la CNSA pour accompagner la montée en charge de la démarche de contractualisation :

- en 2007, ont été notifiés 1,2 million d'euros ;
- en 2008, ont été notifiés 3,4 millions d'euros et 3,85 millions d'euros finalement attribués ;
- en 2009, sont actuellement prénotifiés 3,2 millions d'euros sur 31 millions d'euros annoncés au niveau national.

En 2008, la région Rhône-Alpes s'est vue attribuer un budget plus important que celui qui lui avait été prénotifié du fait de son dynamisme qui n'existait pas forcément dans les autres régions, toutes n'ayant pas consommé leur enveloppe budgétaire d'aide à la contractualisation. La région Rhône-Alpes dispose donc d'environ 10 % des crédits disponibles au niveau national. Il convient également de noter qu'en 2008, en plus de ces crédits qui sont des dotations pérennes, 6 millions d'euros ont été attribués au niveau de la région au titre des crédits non reconductibles. Ces derniers constituent également une aide importante dans le démarrage des CPOM. Le système de gestion des enveloppes départementales fait que ce levier trouve là toute son utilité. Ces dotations spécifiques des CPOM ne constituent néanmoins qu'un aspect des moyens à mettre en œuvre. Certains objectifs des CPOM se traduisent par des programmations de places nouvelles qui seront inscrites dans le PRIAC, par exemple. Il s'agit ici d'une enveloppe d'aide à la contractualisation de rebasages dans les situations difficiles.

Ces moyens ont augmenté petit à petit. Cette période de trois ans était annoncée au niveau national pour favoriser la montée en charge de ces contrats.

## 3. Les objectifs poursuivis

Les objectifs poursuivis se partagent de manière relativement équitable comme suit :

- 30% pour des objectifs budgétaires ;
- 25% pour des objectifs organisationnels ;
- 25% pour des objectifs d'amélioration de l'offre ;
- 20% pour des objectifs de GRH et de GPEC.

Chaque association et chaque CPOM a sa particularité et poursuit ses objectifs propres, mais certains objectifs sont récurrents dont pour les quatorze CPOM conclus en région :

- la prévision liée au GVT, au remplacement de départs et à la politique de recrutement (douze CPOM) ;
- la recomposition de l'offre (onze CPOM) ;
- la maîtrise des coûts (onze CPOM) ;
- la mutualisation de fonctions (dix CPOM) ;
- la démarche qualité (dix CPOM) ;
- la diversification des modes d'accueil (dix CPOM) ;
- le retour à l'équilibre et l'apurement de déficit (huit CPOM) ;
- le programme de qualification et de formation des personnels (huit CPOM) ;
- la réorganisation des structures (huit CPOM) ;
- le développement d'activités non couvertes (huit CPOM).

Les objectifs relèvent donc de divers ordres : financier, qualitatif, organisationnel...

Le CPOM est l'occasion de balayer l'ensemble des champs et de revoir le positionnement et le mode d'intervention d'une association et de ses établissements. Je pense notamment à la diversification des modes d'accueil : cet objectif est apparu dans beaucoup de CPOM de manière détaillée sous la forme de création de sections d'accueil temporaire, de redéploiement de places d'IME ou d'ITEP vers des places de SESSAD, de requalification de places pour créer des sections dédiées à l'accueil de jeunes autistes, etc. Le CPOM est également l'occasion de recomposer l'offre, et pas seulement d'améliorer et de mettre à niveau un existant.

Dans plusieurs CPOM, figurent également des objectifs liés à la problématique des locaux : restructuration, reconstruction, voire relocalisation de certains établissements. Le CPOM peut également être l'occasion de faire le point sur un bâti parfois vétuste à réorienter et à améliorer.

Apparaît également fréquemment un objectif lié à la problématique du siège, la conclusion du CPOM étant là aussi l'occasion de procéder à l'agrément du siège de l'association.

La question de l'allègement de la procédure budgétaire découlant de la conclusion d'un CPOM est également citée dans presque tous les cas.

#### **4. Les perspectives**

Une dynamique réelle est enclenchée au niveau régional avec une vingtaine de projets en cours de réflexion et d'estimation en 2009, soit un nombre de projets supérieur au nombre de CPOM conclus jusqu'à présent, et une dotation régionale prévisionnelle de 3,2 millions d'euros pour la région Rhône-Alpes en 2009 contre 31 millions d'euros annoncés au niveau national.

Si on se tient à cette dotation financière d'aide à la contractualisation, les perspectives de développement sont largement supérieures à la dotation régionale annoncée pour 2009, d'où une nécessaire priorisation et un échelonnement des projets. En effet, au niveau d'un département, il est impossible de conclure dix CPOM d'une même importance la même année et il convient de prendre en compte les rythmes des partenaires qui ne sont pas nécessairement les mêmes.

Il n'existe pas de visibilité sur les modalités de développement et d'accompagnement des CPOM ni sur les moyens qui permettront de les accompagner au-delà de 2009. Le mouvement de contractualisation se poursuivra néanmoins clairement en 2009 dans la région avec de nombreux projets à accompagner.

**creai rhône-alpes**

18 avenue félix faure

69007 lyon

téléphone

04 72 77 60 60

télécopie

04 78 37 03 38

courriel

accueil@creai-ra.org

site

[www.creai-ra.org](http://www.creai-ra.org)