

LES CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS



*Vers le tout contractuel
dans le secteur social
et médico-social ?*

Dossier coordonné par Bruno LEQUAY

- 3 **Introduction**
Claude VOLKMAR, Directeur du CREAI Rhône-Alpes
- 4 **Un nouveau mode de management pour passer de l'institution à l'organisation¹**
Joël CLEMENT, Enseignant chercheur, ENSP
- 6 **Un lien entre le schéma départemental et le projet d'établissement**
Claude VOLKMAR, Directeur du CREAI Rhône-Alpes
- 8 **Négocier un contrat d'objectifs et de moyens : éléments de méthode**
Bruno LEQUAY, Responsable du département Conseil-Formation du CREAI Rhône-Alpes
- 12 **Point de vue sur le conventionnement tripartite**
Joël CLÉMENT, Enseignant chercheur, ENSP
- 19 **Un exemple en Isère : les contrats d'objectifs et de moyens des SAVS pour adultes handicapés**
Jacques CARTON, Chef de Service, Direction de la Santé et de l'Autonomie, Conseil Général de l'Isère
- 23 **Convention d'objectifs et de financement entre le Conseil Général et l'ADAPEI de l'Ain**
Richard AUMOND, Directeur Général de l'ADAPEI de l'Ain
Thierry CLÉMENT, Directeur Général Adjoint chargé de la Prévention et des Affaires Sociales, Conseil Général de l'Ain
- 25 **Préconisations de la DRASS Rhône-Alpes**
Cécile RUSSIER, Inspectrice Principale, DRASS Rhône-Alpes
- 26 *Notes législatives et bibliographiques*

Introduction

Claude VOLKMAR

Directeur du CREAI Rhône-Alpes

Les **contrats d'objectifs et de moyens** se multiplient aujourd'hui dans le champ médico-social, après avoir connu des fortunes diverses dans le champ sanitaire depuis la place belle faite au contrat dans la réforme hospitalière du 24 avril 1996.

Déjà, l'ambiguïté de la notion de «*contrat*» pour un exercice somme toute assez dirigé, voire unilatéral, y a suscité de nombreux commentaires de doctrine juridique.

Lors de leur installation, sous la forme des conventions tripartites, dans le domaine gérontologique, la même ambivalence est constatable chez les responsables d'établissements : promues comme outils de renforcement des moyens des établissements pour une meilleure qualité du service rendu, les conventions sont souvent vécues comme contraignantes du fait de la crainte d'obligations nouvelles à souscrire, sans réels moyens nouveaux.

La pratique administrative du contrat est pourtant ancienne. Depuis les contrats de plan des années 80, conclus entre l'Etat et des entreprises publiques, la «*tutelle*» laisse peu à peu place à la politique plus entrepreneuriale et managériale du contrat. Véritable outil de management mis en œuvre par les pouvoirs publics pour atteindre des objectifs d'intérêt public (maîtrise des coûts et qualité accrue du service rendu), le contrat permet d'éviter une imposition directe et unilatérale de ces objectifs en recherchant un processus «*gagnant-gagnant*».

Dès lors, s'engager dans un contrat relève d'un parcours où la négociation tient une place essentielle.

Ce dossier ne prétend pas, dans ses quelques pages, faire le tour de la question et «*armer*» le responsable associatif ou d'établissement à être un «*gagnant infaillible*».

Il s'agit plus modestement de reprendre ici les principaux enseignements de notre troisième séminaire *Prospective & Stratégie* ayant pour thème : «**Le contrat d'objectifs et de moyens. Un nouveau support stratégique dans le secteur social et médico-social**», que nous avons tenu en novembre 2003 à Lyon Bron

Ce qui nous permet également d'exprimer notre gratitude aux intervenants conviés.

Un nouveau mode de management pour passer de l'institution à l'organisation¹

Joël CLEMENT

Enseignant chercheur, ENSP, Rennes

Le *contrat d'objectifs et de moyens* est, à la fois, une philosophie de l'engagement administratif et une instrumentation des rapports, en référence à un concept symboliquement fort.

Il faut toutefois se garder des analogies faciles qui pourraient être établies avec le Code Civil (le contrat de mariage) ou le droit des affaires (contrat de vente). Le *contrat d'objectifs et de moyens* n'est ni l'une ni l'autre formule. C'est un accord limité dans le temps entre deux porteurs de projets dont les intérêts sont liés. Il ne s'agit pas de vendre à un financeur public des objectifs de développement d'une action sociale ou médico-sociale attractive, mais d'élaborer ensemble un «*scénario du futur*» et de s'assurer des conditions d'un management qui concilie le respect des politiques publiques, les intérêts des institutions, ceux des personnes prises en charge... et non prises «*en otages*» de conceptions dépassées ou exclusives de l'une ou l'autre des parties.

La supériorité du contrat ou de la convention sur l'acte administratif unilatéral est moins dans sa juridicité supposée que dans sa double caractéristique de mise en scène, de mise sur la table, au sens d'objectivation, des enjeux professionnels et sociaux de la démarche et de construction technique du changement.

La contractualisation puise son inspiration dans les modèles théoriques qui combinent et articulent en permanence des exigences de rationalité et de performances. Cet arrière plan culturel ne sert pas seulement à délimiter le cadre de la négociation, il permet de donner un sens et une force à la démarche en imposant à tous les contractants une discipline commune par les moyens de l'amélioration de la qualité, de la rationalisation des décisions, de la protocolisation et de la traçabilité des actions et l'évaluation des résultats.

Ainsi, la construction contractuelle doit s'élaborer obligatoirement à partir d'une réflexion prospective préalable et traduite par le projet d'établissement. A défaut de respecter ce temps, le *contrat d'objectifs et de moyens* n'assure ni la lisibilité de l'offre de service dans le temps, ni les indispensables participation et responsabilisation des professionnels, ni la sécurisation de l'avenir institutionnel qui devient dépendant des aléas de la politique des financeurs.

Les liens entre projet d'établissement et contrat d'objectifs et de moyens

Bien que se situant sur des plans différents, les deux notions présentent des points communs et des spécificités techniques qui les distinguent.

¹ L'expression est de Joël CLEMENT et Jean COIRATON, responsables pédagogiques au département Management, Audit, Techniques de Gestion des Institutions Sanitaires et Sociales (MATISS), Séminaire «*Du projet hospitalier au contrat d'objectifs*», ENSP, 2001.

1. Rappel sur la notion de projet d'établissement

Le projet d'établissement est le document de référence de toutes les institutions. Il est obligatoire et il présente une double finalité :

- *dynamique* : c'est la projection des professionnels dans l'avenir et l'image de la situation qu'ils veulent créer ;
- *opératrice* : c'est l'ensemble des actions sur l'organisation, les structures et les procédures qui doivent être engagées pour assurer le développement de l'institution et de ses actions.

2. Les caractéristiques du projet

Le projet doit proposer des actions en conformité avec les besoins à satisfaire et répondre à des caractéristiques simples relatives à sa forme, son contenu et son expression. Il doit être lisible, court et comporter des actions (plan d'action) traçables. C'est le document de base à partir duquel seront construits les liens avec la communauté professionnelle, les personnes prises en charge (contrat de séjour ou équivalent) et les tarificateurs.

Le projet est le socle des projets individualisés ainsi que le garant d'une justice distributive et équitable des actions par la formalisation claire des objectifs, par la méthodologie d'évaluation des actions et des résultats qu'il propose. Le projet concerne ce qui est fait (quand, pourquoi, par qui, comment) et il exige l'aménagement d'un système d'information et des procédures prévues de réajustement des actions.

Pour ces motifs, aucun projet ne s'élabore sans une méthodologie de partage de points de vue, d'arbitrage sur les intérêts en jeu et les choix de solutions en fonction du diagnostic de la situation.

Ce que dit un projet en peu de pages :

- ce que l'on veut continuer de faire : les forces à maintenir,
- ce que l'on veut abandonner de faire : les faiblesses à corriger,
- ce qui ne se faisait pas et doit se faire,
- ce qui ne se fait pas et qu'il n'est pas justifié de faire.

Pour chaque objectif, comment il est mis en oeuvre :

- déclinaison en actions (fiches actions),
- planning de mise en oeuvre,
- moyens nécessaires à la réalisation,
- mode d'évaluation de l'action (champ, nature, méthode, fréquence...).

3. L'articulation entre le projet et le contrat

A la différence du secteur sanitaire, les contenus des contrats dans le domaine médico-social sont moins précisés. Les contrats sanitaires « définissent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération ». C'est en quelque sorte un protocole managérial passé entre les gestionnaires et les financeurs dans l'esprit du législateur où la conduite des institutions sanitaires est guidée par le projet d'établissement qui précise la philosophie et la mission, et par le contrat qui alloue les moyens pour les objectifs retenus.

Le projet est le support du contrat sans que le contrat soit la reprise de toutes les attentes du projet. En d'autres termes, le projet demande les moyens de sa politique et le contrat contraint à réaliser la politique des moyens accordés. A ce titre, le contrat peut exiger la prise en compte de pratiques que le projet n'aurait pas suffisamment développées.

Un lien entre le schéma départemental et le projet d'établissement

Claude VOLKMAR

Directeur du CREAI Rhône-Alpes

Les contrats pluriannuels qui pourront, selon la loi, «être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements ou de services et les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale» permettent la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale et la mise en œuvre du projet d'établissement.

Le lien entre le *contrat d'objectifs et de moyens* et le projet d'établissement est abordé par l'article précédent. Le lien complémentaire avec la planification permet d'assurer le rebouclage stratégique donnant toute sa dimension à l'outil managérial qu'est le *contrat d'objectifs et de moyens*.

Les fondements de l'action sociale et médico-sociale «conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire» sont aussi les fondements des **schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, instruments de politique sociale, outils d'aide à la décision**.

Les principes et les finalités ont été récemment par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui en a amplifié l'enjeu en les instituant comme véritables outils de régulation de l'action sociale.

«Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale [...] :

- apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;
- 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 et notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant d'accueils familiaux [...] ;
- précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services [sociaux et médico-sociaux, à l'exception des structures expérimentales], ainsi qu'avec les établissements de santé [...] ou tout autre organisme public ou privé, 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».

A partir d'une analyse des besoins des populations et d'une évaluation des ressources disponibles, le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale permet de programmer l'évolution des dispositifs existants et la création de structures et actions nouvelles, mais également de définir des modalités de collaboration avec des secteurs d'intervention connexes ou complémentaires.

C'est pourquoi il constitue la référence pour les *contrats d'objectifs et de moyens* qui sont dès lors une déclinaison opérationnelle du schéma pour les différents acteurs concernés.

Cette référence devient encore plus nette lorsqu'une annexe programmatique vient préciser, de manière détaillée, les orientations retenues.

Une démarche participative et concertée durant le schéma constitue le préalable et le socle de la contractualisation. Si le schéma doit définir les perspectives d'évolution des dispositifs, il constitue un outil de changement. Aussi est-il indispensable d'associer à leur élaboration les différents acteurs qui seront – *in fine* – les porteurs de ces évolutions.

Une démarche participative :

- a pour bénéfice premier de produire une culture partageable. Elle permet aux uns et aux autres de s'approprier des concepts, de saisir la logique des parties (opérateurs, promoteurs, financeurs, etc.). La concertation réussie produit un véritable «*socle de savoirs partagés*» sur lequel s'appuieront les échanges ultérieurs.
- le second bénéfice, très lié au premier, est la production d'une interconnaissance, d'un «*plus*» de proximité pour des acteurs qui souvent cohabitent sur un territoire donné sans pour autant s'y rencontrer. Cette interconnaissance est la condition de base pour la création de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés favorisant la complémentarité des établissements et des services, et garantissant la continuité des prises en charge et de l'accompagnement.
- enfin, l'implication dans l'action à venir sera d'autant plus grande qu'elle aura été effective dans le travail concerté. Le fait d'avoir pris part au débat, proposé des analyses et évoqué des hypothèses de travail, constitue les prémices d'un engagement indispensable des acteurs pour que le «*schéma d'action*» ne reste pas un «*rapport*», mais bien ce pourquoi il a été initié : «*un outil de changement*».

Le *contrat d'objectifs et de moyens* permet aux orientations et aux objectifs du schéma de se concrétiser, de prendre vie en quelque sorte, dans les projets d'établissements et de services. Il permet également de vérifier, le cas échéant, comment l'établissement va se conformer à ces orientations.

Le *contrat d'objectifs et de moyens* est donc précieux pour décliner les schémas en autant d'actions traçables et évaluables, et de mettre en forme les coopérations, projets nouveaux et redéploiements nécessités par l'adaptation de l'offre aux besoins.

Négocier un contrat d'objectifs et de moyens : éléments de méthode ¹

Bruno LEQUAY

Responsable du département Conseil-Formation

CREAI Rhône-Alpes

L'objectif de l'article est de faire le point sur quelques éléments de méthode à prendre en compte pour s'engager dans une négociation de *contrat d'objectifs et de moyens*. Il repose sur une conception positive (mais non naïve) du contrat et de la négociation.

«*Contractualiser, c'est négocier*».

Evidence ?... A en croire quelques observateurs, ceci ne relève pas forcément du fait acquis. Pour Joël CLEMENT², les échecs de ce type de négociation sont assez nombreux et les raisons facilement identifiables – parmi celles-ci, l'absence de préparation de la négociation semble la cause la plus fréquente.

La négociation devient ordinaire, tout se négocie, partout. Elle devient un principe légitime de régulation sociale, un mécanisme efficace de régulation permettant l'expression et la résolution des différends, la participation des contractants à la définition du contrat, une forme de lien social. Encore faut-il, pour qu'elle opère de façon efficace, que les contractants s'y engagent selon des références mutuellement acceptées. Au principe, s'engager dans cette voie suppose de renoncer à quelques conceptions «*classiques*» de la négociation :

- négocier, c'est gagner une position, du pouvoir (ce qui n'interdit pas de penser la négociation en terme de relations de pouvoir),
- négocier, c'est se compromettre, renoncer à son identité,
- négocier, c'est imposer une solution.

Contractualiser, c'est au contraire rechercher un accord entre les parties satisfaisant à la règle du «*gagnant/gagnant*», trouver la voie du consensus entre les parties prenantes au contrat.

Contractualiser : une exigence de clarté

Deux exigences s'imposent alors pour s'engager dans la voie contractuelle :

- *La négociation d'un contrat d'objectifs et de moyens nécessite de clarifier les objectifs sur lesquels se fonde la perspective du contrat.*

Deux types d'objectifs sont concernés :

- *les objectifs généraux* d'évolution d'un dispositif fixé dans le cadre des schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Ils manifestent ainsi la politique des moyens accordés aux établissements et services et sont un levier de l'évolution des pratiques (en particulier celles qui sont insuffisamment développées) ;
- *les objectifs spécifiques* d'évolution de l'établissement ou service. Déterminés dans le cadre du projet d'établissement, confortés par les processus d'amélioration continue de la qualité, ils sont le socle à partir duquel le contrat peut être négocié.

Ce qui est ici en jeu, c'est l'existence d'un projet de développement (avec ces objectifs d'évolution et les processus d'amélioration de la qualité) validé par l'ensemble des acteurs impliqués.

La première exigence entraîne de fait pour tout établissement ou service, conformément à la loi, l'élaboration d'un projet d'établissement et la réalisation d'une évaluation de la qualité. S'y ajoute la nécessité d'une élaboration partagée par l'ensemble des acteurs professionnels, qui donne force au projet et constitue ainsi une référence commune d'action. La légitimité d'un tel projet contribue à garantir la légitimité de celui qui négocie à le faire selon un double principe : la responsabilisation des acteurs professionnels et la recherche d'une sécurité de l'avenir institutionnel.

Le *contrat d'objectif et de moyens* n'est que l'aboutissement d'une démarche de management de la qualité du service rendu aux usagers. C'est parce que celle-ci associe les dimensions stratégiques de développement de service et de gestion prévisionnelle des ressources humaines traduite en un plan d'actions, que la démarche est susceptible de déboucher sur un *contrat d'objectif et de moyens* dans des conditions favorables.

■ *La négociation comporte une dimension stratégique essentielle* ³

Négocier impose de savoir sur quoi la négociation porte, qui négocie avec qui et comment doit se dérouler la négociation.

La négociation : éléments de méthode

Comprise comme processus, la négociation s'analyse sous trois angles :

- *une succession de séquences ou d'étapes* : le processus chemine, selon un ordre logique, même si l'enchaînement des phases n'est pas linéaire (boucles de rétroaction) ;
- *un mouvement* : de répartition ou d'échange des ressources en jeu, avec la formulation de propositions, puis de contre-propositions ;
- *un ensemble de manœuvres et de tactiques mobilisées par les acteurs* : elles visent à contrôler le cours des actions de chacun.

Quelles sont alors les variables influant sur le cours d'une négociation ?

- les relations de pouvoir entre les négociateurs, donc leurs marges de manœuvre ;
- les normes et les valeurs des négociateurs. Un certain nombre d'entre elles sont communes aux acteurs. Mais si elles sont indispensables pour arriver à négocier, les acteurs vont chercher parfois à s'en écarter pour surprendre l'autre. Mais ils ne doivent pas trop s'écarter des valeurs partagées au risque de rompre la négociation. Enfin, on doit considérer que les valeurs, c'est-à-dire le sens de l'action, se construisent aussi au travers de l'action.
- le nombre et la nature des enjeux de la négociation. La pluralité des enjeux facilite la recherche et l'établissement d'accords parce qu'elle permet la formulation de consensus fondés sur l'échange et la compensation mutuelle des préférences. S'il y a enjeu unique, alors le risque est grand d'aboutir à une impasse car rien ne permet de différer l'attente. A l'inverse, une trop grande variété d'enjeux alourdit le processus de négociation.
- le caractère public de la négociation, les acteurs étant soumis à l'existence d'un auditoire, leurs mandants.
- l'expérience et la stabilité des négociateurs.
- la fréquence des rencontres. Plus elles sont équilibrées, plus les relations sont aisées à entretenir, plus la relation de négociation est durable, car l'incertitude s'amenuise.

- les solutions de rechange à la négociation. Celles-ci vont servir à la fois de cadre de référence à la négociation pour évaluer les propositions qui sont faites, mais aussi de proposition alternative en l'absence d'entente négociée.

Les étapes de la négociation

- Un contrat, ça se décide. Encore faut-il en avoir la légitimité : de quel mandat disposent les interlocuteurs (portée, durée) ?

Le responsable d'établissement ou de service s'assurera de son mandat pour négocier et de la légitimité du projet sur lequel est fondé le futur contrat.

- Contractualiser doit permettre aux acteurs de s'interroger sur les objectifs et leurs conditions de réalisation, les problèmes qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur mission.

Le responsable d'établissement devra clarifier le contexte de la négociation dans laquelle il va s'engager : projet d'établissement dans un cadre d'action territorialisée, analyse des forces et des faiblesses du dispositif.

- Contractualiser, c'est créer de la convergence d'intérêt entre acteurs.

C'est travailler à une question susceptible de produire de la convergence entre négociateurs : quel est le point de passage obligé par lequel nous accepterons de passer ensemble ? D'abord cela suppose de penser «problèmes» et non «solutions». Peuvent alors se dégager un ou des point(s) de convergence, supports d'une recherche effective de consensus entre les parties.

- Contractualiser, c'est rechercher par la voie du consensus un compromis entre acteurs.

Pour que les négociateurs acceptent pleinement les termes du futur contrat, le résultat à rechercher relève d'un compromis, c'est-à-dire d'un point d'équilibre entre les intérêts et enjeux des parties prenantes au contrat.

- Contractualiser doit permettre de consolider dans le temps les relations entre les acteurs. La circulation de l'information devient essentielle.

Les contractants veilleront à faire circuler régulièrement l'information sur la mise en œuvre du projet et du contrat.

- Enfin, pour que cette négociation s'inscrive dans une dynamique relationnelle, elle doit être fondée sur la vigilance, la transparence et la confiance. Si la méfiance s'installe, les contractants peuvent être estimés avoir été trahis et mettre en cause la légitimité du contrat, et donc du projet qui le fonde. Ceci fonde l'exigence d'évaluation du *contrat d'objectifs et de moyens*.

L'évaluation de la mise en œuvre du contrat d'objectifs et de moyens : questions évaluatives

La contractualisation s'inscrit dans un processus relationnel dynamique.

Contractualiser modifie nécessairement le système de relations entre les acteurs et leurs capacités d'action. Pour en apprécier la portée et les effets, trois questions évaluatives peuvent être formulées dès la négociation initiale du contrat :

- qu'apporte le contrat aux contractants, en particulier en terme d'impact sur la qualité de réponse aux besoins et la prise en compte des attentes ?
- qu'apporte le contrat aux acteurs professionnels, en terme d'impact sur la qualité du service rendu : pratiques, organisation, compétences ?
- qu'apporte le contrat par rapport aux relations antérieures entre les acteurs ?

ANNEXE : LA NÉGOCIATION, ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION

La négociation est **un processus de prise de décision**, entre **des parties interdépendantes** dont **les intérêts et les enjeux sont différents** ; c'est la décision à prendre qui les réunit.

Dans toute situation de négociation, intérêts et enjeux sont en balance. Les deux types d'intérêts mobilisés portent sur :

- les conditions favorables à la négociation (négocier proprement, de façon équitable, ne pas perdre la face) ;
- les résultats qui ont un effet sur les transactions futures, et qui mettent en balance les avantages et les coûts (intérêt à trouver un accord maintenant...).

Ces intérêts sont reliés aux enjeux fondamentaux de la négociation, c'est-à-dire aux valeurs et aux projets orientant les choix stratégiques des acteurs.

Ainsi, la négociation constitue **un processus de communication** qui engage des interactions entre les parties, interactions dans lesquelles sont mobilisées les représentations des différentes parties. Négocier, c'est entretenir une dynamique relationnelle. Les acteurs, avant ou au cours de leurs négociations font des choix stratégiques (coopérer, imposer, marchander) ?

La négociation correspond enfin à une **activité de production des règles du jeu** entre acteurs.

Concernant l'action sociale et médico-sociale, on peut considérer qu'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ensemble des règles associées relève d'une « régulation de contrôle »⁴ : une institution (Etat, collectivités territoriales) propose d'encadrer le développement des services en direction de différentes populations par une série de règles du jeu qui sont autant de ressources et de contraintes pour les acteurs.

En même temps, les acteurs sur le terrain vont expérimenter dans le processus de négociation une autre forme de régulation, une « régulation autonome » : au travers de multiples interactions, ils vont utiliser à leur profit, adapter, modifier les règles du jeu.

Ces deux formes de régulations ne s'opposent pas, elles s'alimentent l'une l'autre, chaque acteur dans sa stratégie intégrant parfaitement ces deux niveaux de régulation. En somme la négociation est source d'innovation sociale.

1 La négociation «est une activité qui met en interactions plusieurs acteurs, qui, confrontés à la fois à des divergences et à des interdépendances, choisissent (ou trouvent opportun) de rechercher volontairement une solution mutuellement acceptable». Définition extraite de DUPONT (C.), *La négociation. Conduite, théorie, applications*, Dalloz, 1994.

2 Enseignant chercheur, ENSP.

3 L'illustration de cette dimension stratégique de la négociation orientée vers les gains mutuels est fournie par l'histoire du dix-huitième chameau. Un père laisse en héritage à ses trois fils ses dix-sept chameaux, en léguant, la moitié à l'aîné, le tiers au cadet, le neuvième au benjamin. Le partage n'est pas possible, le conflit éclate. Chacun revendique un chameau supplémentaire afin d'obtenir son dû. Pour résoudre le différend, ils autorisent une vieille dame à donner son arbitrage ; elle leur offre son propre chameau et leur dit : «vous aurez ainsi dix-huit chameau et vous pourrez les partager». L'aîné en reçoit neuf, le cadet six et le dernier deux. Ce qui fait dix-sept ; il reste donc un chameau ; les frères le rendent à la vieille dame.

4 Pour reprendre la distinction introduite par Jean Daniel REYNAUD, in *Les règles du jeu*, Armand Collin, 1990.

Point de vue sur le conventionnement tripartite

Joël CLÉMENT

Enseignant chercheur, ENSP, Rennes

La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale impose le *contrat d'objectifs et de moyens* (article 20 - L312-12 CASF) et le *conventionnement tripartite* (article 37 - L313-12 CASF) parmi les instruments de mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales.

La nouveauté est relative¹. La notion de conventionnement tripartite avait déjà été annoncée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 introduisant l'article 5-1 dans la loi n°75-535 du 30 juin 1975 aux institutions sociales et médico-sociales².

Le conventionnement tripartite et pluriannuel est l'acte de naissance des «*Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*» (EPHAD). Il les ouvre à la vie juridique et les accompagne au fil des réactualisations ou renégociations. Si la convention n'est pas renouvelée, la décision contraint à l'arrêt de l'activité, à peine d'être hors la loi.

Considérations générales

Le concept

Bien que différente par de nombreux aspects des *contrats d'objectifs et de moyens* spécifiques aux ordres sanitaires publics et privés sous dotation globale, et privés sous OQN, la convention tripartite autorise néanmoins la réflexion ou la spéculation sur sa juridicité contractuelle et ses apparentements avec la recherche moderne en management stratégique³.

Sur le premier aspect, la doctrine est partagée et il appartiendra au juge de dire, à partir du faisceau des indices qu'il retiendra, si le conventionnement est contractuel par essence, par construction, ou non. A défaut, il ne serait qu'un acte administratif unilatéral négocié, comme le suggère parfois le «*copié/collé*» de certaines conventions types. Seule certitude, le contrat (ou son synonyme le conventionnement) a envahi depuis plusieurs années le champ de l'action administrative et son contentieux a des aspects complexes. Le précédé témoigne d'une recherche de modernisation des rapports entre l'administration et les personnes morales marquées par le souci de l'empirisme plus que de l'orthodoxie juridique⁴.

En ce qui concerne les rapports du contrat ou du conventionnement au management et à la stratégie, la banalisation du contrat présente l'intérêt de cristalliser une certaine communauté d'intérêts entre les partenaires et il est de ce fait «*susceptible de justifier sa supériorité sur l'acte administratif*»⁵. Le conventionnement apporte une réponse aux dysfonctionnements d'un système à multiples centres de pouvoirs.

Enfin, l'idéologie conventionnelle est incontestablement un stimulant pour le développement de nouvelles pratiques managériales dans les organisations tarifées et tarifatrices. Elle n'est pas dépourvue de vertus pédagogiques en conduisant les professionnels concernés vers des modes d'analyse partagés de situations, l'élaboration de méthodes communes de définitions d'objectifs et de moyens, et de systèmes d'information à développer. La conduite du conventionnement est, par ces aspects, un mode supplémentaire d'apprentissage du management.

Le décodage par les professionnels

Les perspectives évoquées ci-dessus ont des aspects largement positifs, mais les esprits de nature contestataires ou seulement pessimistes peuvent les contredire. De fait, la mise en œuvre du conventionnement interroge nombre de responsables d'établissement et paradoxalement ils semblent plus nombreux dans le secteur public que dans l'offre privée. On pouvait imaginer que ces derniers s'inquiètent d'une perte des dynamiques d'entreprises engagées, de l'immixtion des administrations dans l'organisation des activités et le fonctionnement des services ou des établissements et, à terme, du risque de réduction de la concurrence auquel conduit l'uniformisation progressive des procédures de prise en charge des dépendances.

Les points de vue réservés font valoir que le processus de conventionnement vient s'ajouter aux dispositifs déjà existants, de nature réglementaire et contraignants⁶. Aux résultats, c'est la crainte que l'outil de changement n'augmente, sans en accorder les moyens, les niveaux des exigences au travers d'obligations nouvelles à souscrire sur des champs dont ils n'ont qu'une maîtrise encore imparfaite, comme la sécurité, les bonnes pratiques ou les politiques de réseaux. Faut de pouvoir, répondre à ces nécessités dans les conditions attendues par les tarificateurs, les directeurs sont tentés de lire dans la loi du 2002-2 les articles de contraintes plus que de libéralisation. Il en découle parfois des attitudes contraires : soit les propositions de conventionnements cumulent à l'excès, et dans le mélange des genres, des objectifs et des moyens laissant à la négociation (?) le soin de faire le tri entre les nécessités du court et du moyen terme ; soit les responsables d'établissement s'épargnent l'effort d'une réflexion sur le projet d'établissement, se limitent à une analyse des forces et faiblesses selon la grille ANGÉLIQUE et s'en remettent aux préconisations des tarificateurs pour identifier et définir leurs axes de progrès.

À la décharge des professionnels, force est d'admettre que la voie du conventionnement est difficile et non encore totalement balisée pour la norme réglementaire. La capitalisation des expériences individuelles et collectives ouvrira les chemins vers une deuxième génération de contrats autrement abordés et soutenus par de nouveaux moyens : d'une part, les productions à venir des schémas départementaux et des schémas régionaux de santé dont les liens restent à tisser ; d'autre part, des batteries d'indicateurs physiques et financiers.

La construction et le contenu des conventions tripartites

Les déterminants du conventionnement

La situation du champ social et médico-social met en tension trois règles :

- d'une part, les droits des usagers prévus à l'article L311.3 CASF dont l'exercice est garanti notamment par leur association au fonctionnement (article L311-6 CASF), par un règlement de fonctionnement (article L311.7 CASF) et un projet d'établissement (article L311.8 CASF) qui précise les objectifs de l'institution, les politiques de développement de la qualité du service et les conséquences organisationnelles et fonctionnelles qui en découlent. Ce projet, qui part des droits des usagers, leur revient en consultation dans le cadre du conseil de la vie sociale.
- d'autre part, la démarche qualité. C'est une donnée référencée comme déterminante dans les prises en charge par le cahier des charges. Elle se réalise en interne par un processus d'élaboration progressive, de construction par objectifs et d'évaluation des actions sur des indicateurs. Elle s'affirmera en externe comme l'élément fondateur du renouvellement des autorisations (article L313-6 CASF). Autant que le respect des droits de l'utilisateur, la promotion de la démarche qualité apparaît comme l'un des moteurs du changement.

■ enfin, il faut citer les «transversalités». Sous ce vocable, se placent ce que le Code de l'Action Sociale vise dans la section IV : la coordination des interventions. L'article L312.7 CASF fait du concept de transversalité une donnée législative à double champ d'application. La garantie et la continuité des prises en charge exige l'abaissement des frontières internes, la concertation et l'articulation entre projet de vie et projet de soins sous la conduite du directeur (*annexe II du cahier des charges relatives au médecin coordonnateur*). L'autre champ est celui de la transversalité des actions entre les institutions, services et personnes physiques ressources de l'extérieur. C'est le domaine que vise l'article L313.7 CASF relatif aux actions et instruments de la coordination et de la complémentarité : il s'agit des politiques de réseautage. Leur finalité est de faire tomber les frontières habituelles de l'exercice professionnel et d'ouvrir les institutions.

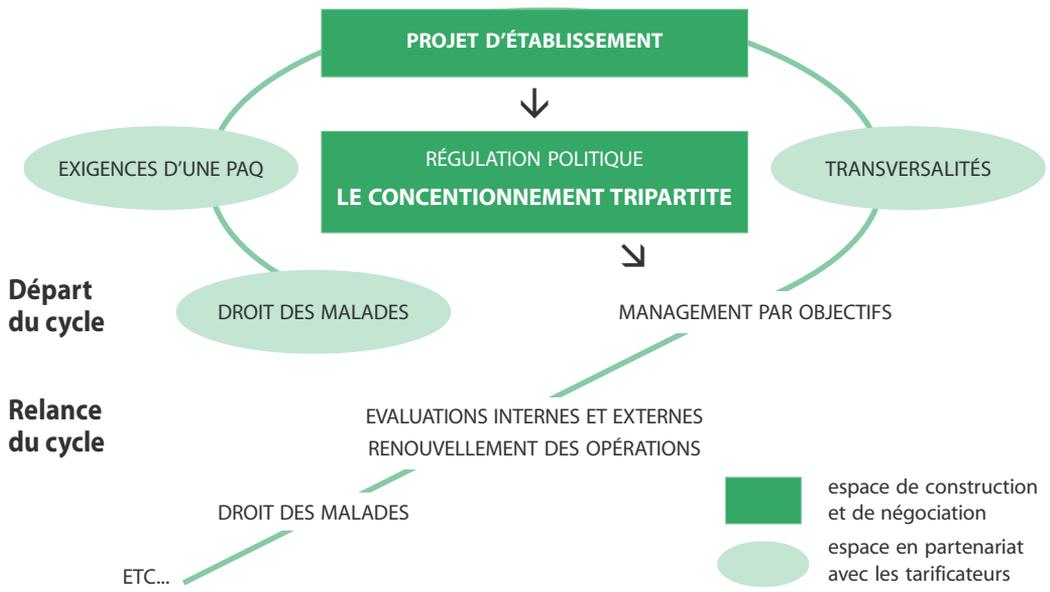
La validation par la convention tripartite de l'ajustement des trois corps de règles

Le conventionnement tripartite apparaît selon notre approche comme un acte validant :

- c'est la reconnaissance de la cohérence et/ou de l'adéquation des objectifs généraux de toute institution médico-sociale avec les besoins révélés et reconnus des populations sur l'espace géographique de son intervention.
- c'est aussi l'acte juridique de consolidation de l'ajustement des trois variables précitées : les droits des résidents exprimés par le projet d'établissement, la promotion des démarches qualités et l'exécution de ces droits par l'organisation et la mise en œuvre des transversalités des actions internes et externes.
- en dernier lieu, le conventionnement tripartite est un outil de cadrage financier. En définitive, il n'est pas très différent, dans ses applications, du *contrat d'objectifs et de moyens* sanitaire. Il développe des cycles quinquennaux qui se veulent vertueux vis-à-vis des consommateurs de services et financièrement compatibles avec les dotations des tarificateurs⁷.

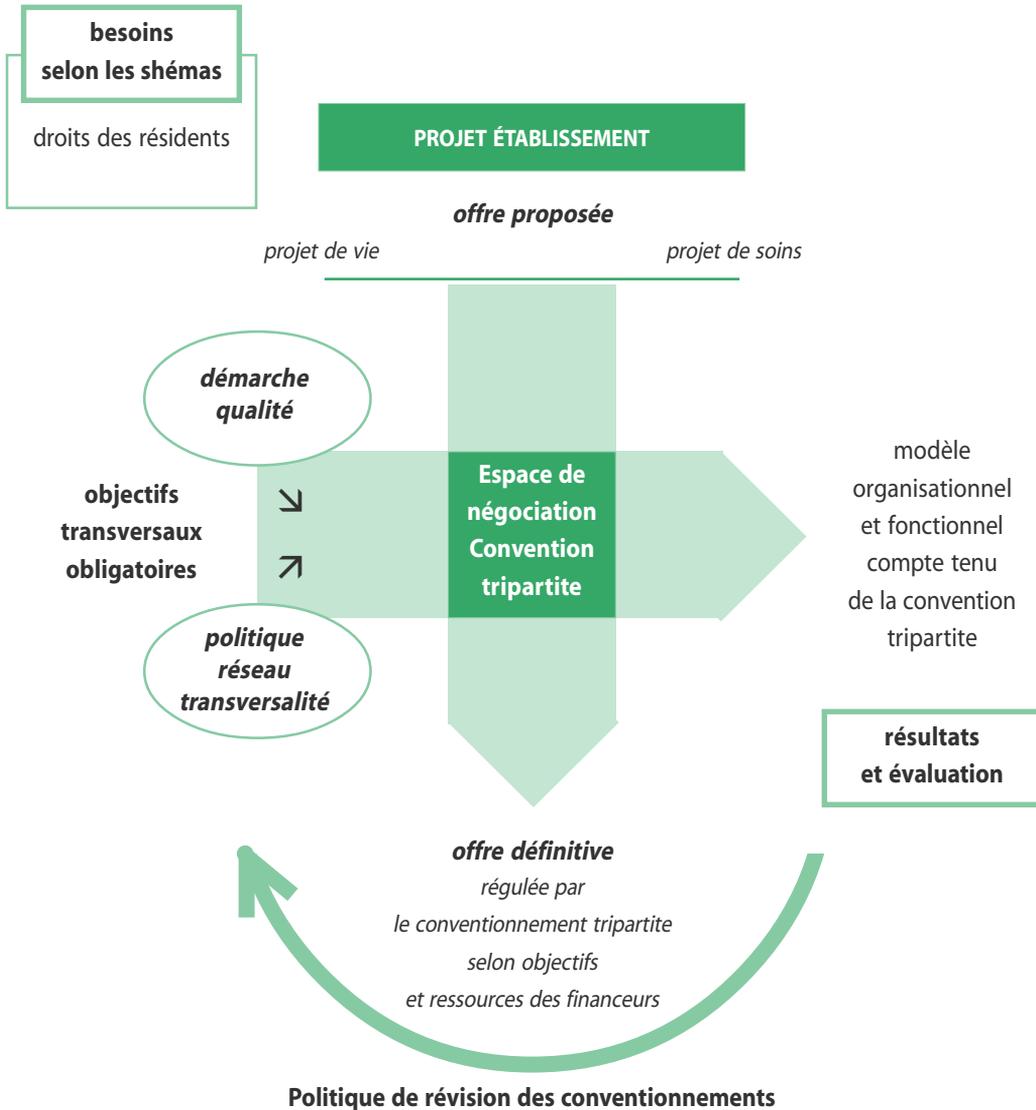
Deux schémas illustrent ces cycles.

1. Conventionnement tripartite apporte la garantie d'un cycle vertueux du management au service du résident



La place du conventionnement est au centre du dispositif organisationnel des établissements, au croisement de tous les échanges. Il réalise une régulation «politique» de ces échanges dont la fonction management assure l'exécution.

2. Représentation d'une conventionnement tripartite et redistribution selon deux axes d'objectifs des établissements



Les précautions face à la négociation

La négociation est un passage obligé dans la démarche de conventionnement et permet de distinguer trois temps : la préparation, l'entrée et la négociation proprement dite, la sortie. A chacune de ces étapes, correspondent des règles minimales à observer. Parallèlement à la gestion de son espace méthodologique, l'attention des représentants des établissements doit être appelée, et en permanence éveillée, sur le risque de l'imprudence face à certains engagements.

Quelques règles évidentes pour la négociation

Une arrivée préparée

En principe, l'établissement aura fait précéder la négociation par une évaluation de ses forces et faiblesses et par un projet d'établissement. Ces préalables ont pour finalité de faire connaître aux financeurs la réalité et la stratégie des établissements, les exigences, les ambitions et les enjeux. La requête est de ce point de vue tout à fait recevable et conduit le partenaire financeur à confronter cette information avec celles qu'il tire d'autres établissements dans une perspective d'améliorer l'adéquation de l'offre aux besoins et les complémentarités entre elles. L'échange ne vaudra que si les protagonistes de la discussion s'appliquent à un minimum de transparence. Chacun sait, dès l'ouverture des discussions, qu'il y aura souvent un compromis à trouver entre l'intérêt supposé objectif défendu par les tarificateurs et celui présumé subjectif de l'établissement. Cet effort de transparence et de compréhension réciproque sera d'autant plus aisé que l'établissement produira les documents précités et que les tarificateurs ne masqueront ni leurs sources d'informations ni les traitements qu'ils en font. De manière réglementaire, agissant au nom de la régulation des dépenses de l'assurance maladie, l'Etat est tenu à un suivi régionalisé d'indicateurs dans une perspective d'attribution équitable de la ressource financière et du calcul individualisé des DO.MINI.C

A l'évidence, les Conseils Généraux ont construit leurs propres tableaux de pilotage. Ce n'est pas choquant et va dans le sens d'une amélioration de la concertation, sous deux réserves :

- d'une part, les dispositifs d'analyse des données prises en compte doivent être connus des établissements tarifiés et notamment des commissions départementales de suivi de la réforme ;
- d'autre part, et pour tous les tarificateurs, ils doivent respecter la règle que « *comparaison n'est pas raison* », à peine de risquer la sanction du juge de la tarification. En l'espèce, le juge sera peu préoccupé de savoir si le tarificateur est contraint par un taux directeur qui n'est qu'une marge de manœuvre. Ce que va chercher le tribunal, c'est de savoir s'il en est fait une application stricte et forcément illégale ou nuancée et adaptée au profil spécifique du requérant.

En l'absence du projet, la situation peut être plus délicate. Sont concernés les établissements privés commerciaux confrontés à des situations de concurrence, de stratégies d'alliances et qui peuvent avoir des conséquences sur leur abord conventionnel. La règle de la transparence peut et doit alors s'accompagner de celle de la discrétion sur les explications de la négociation.

Ce préalable renvoie automatiquement à une autre question. Lors de la négociation, les partenaires vont évoquer les partenariats utiles et le cas échéant en proposer. La réglementation sanitaire prévoit à ce propos la possibilité de l'appel au contrat. Il s'agit de faire participer à une phase, ou une partie de la discussion, le partenaire en cause. Cette disposition ne figure pas dans les textes relatifs aux conventionnements mais son application ne peut être exclue.

En pratique, il y a plusieurs hypothèses. Au cas où l'établissement a déjà une complémentarité active, il est normal que le partenaire vienne, pour la discussion concernée, confirmer ou infirmer la continuité du rapport. S'agissant de coopérations envisagées, l'appel au contrat est le moment privilégié pour engager les acteurs à mettre en œuvre le projet et éviter de conventionner sur des coopérations toujours et indéfiniment virtuelles.

L'entrée et le contenu de négociation

Dans le droit de l'action médico-sociale, les partenaires doivent conclure une convention pour que l'activité d'hébergement soit légale. L'idéal, puisqu'on est dans l'obligation, serait qu'il soit établi une programmation en fonction du niveau de préparation des uns et des autres. Les

départements qui s'y sont attachés semblent y avoir non seulement gagné en communication, mais également en confiance et en qualité des résultats. En l'espèce, et contrairement aux idées reçues, la place dans la programmation jusqu'au 31 décembre 2005 est moins importante que le niveau de préparation des acteurs. On ne saurait trop rappeler qu'à l'exception d'établissements importants, disposant de moyens humains et financiers conséquents et dont la gestion est complexe, les propositions d'objectifs doivent être peu nombreuses, explicites et déclinées selon la trame :

- Objectifs : Où veut-on aller, pourquoi et au bénéfice de qui ?*
- Procédure : Selon quelles méthodes ?*
- Moyens : Avec quelles ressources humaines, financières, techniques ?*
- Délais : Dans quel temps par rapport à la pression des besoins, à la durée de la convention et aux moyens qui peuvent être affectés ?*
- Résultats : Indicateurs de réalisation ?*

Ces grands objectifs, que l'on peut appeler stratégiques, sont eux-même déclinables selon la même trame en opérations. A ce titre, quatre objectifs stratégiques déclinables en trois objectifs opérationnels représentent douze coordinations de problèmes... à gérer en plus du quotidien.

Vis-à-vis du contenu de la négociation du conventionnement tripartite, il conviendra enfin de distinguer entre les clauses non négociables et les clauses obligatoires :

- **les clauses non négociables.** Le domaine principal concerne les normes de l'équipement, la sécurité et le fonctionnement. Là règnent la plus grande diversité et la confusion. A l'évidence, les normes législatives et réglementaires, ainsi que les guides de bonnes pratiques par des instances comme l'ANAES (exemple, la mise sous contention), ne sont pas négociables. Les autres relèvent d'une légitimité moins évidente et leur opposabilité doit être discutée en fonction de leur source et de leur pertinence. La question a été posée à l'origine dans le secteur sanitaire avec la publication d'annexes des SROS comportant des normes régionales qui ont ultérieurement été reconnues comme des indicateurs. Le risque peut se présenter pour les EHPAD avec l'indication de seuils de conformité définis localement, en dessous desquels la qualité ou la sécurité ne serait pas assurée. En toute logique, ces recommandations relèveraient du Conseil Scientifique de l'Evaluation. Dans son absence, il y a, sauf risque à la sécurité des personnes, des thèmes d'actions à débattre. En pratique, compte tenu des équipements humains et techniques de la plupart des établissements, les indicateurs proposés par les tarificateurs leur sont plutôt favorables.

- **Les clauses obligatoires.**

Aux termes des textes, sont notamment obligatoires les applications :

- *de l'article L314-9 CASF* : la périodicité de la révision du niveau de perte d'autonomie des résidents selon la grille nationale mentionnée à l'article L232-2.
- *de l'article L1112-4 CSP* : les établissements médico-sociaux doivent mettre en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et assurer les soins palliatifs que leur état requiert. Par analogie avec le CSP, il apparaît obligatoire que les moyens, lorsqu'ils n'existent pas ou ne sont pas financés, apparaissent comme une priorité des conventions. Par ailleurs, l'obligation conduit souvent au recours à des coopérations.
- *des dispositions comptables* qui comportent l'obligation de prévoir le dispositif de tarification complète ou partielle des soins.

La prudence, une attitude à maintenir

La question ne met pas en cause, ou n'incite pas à mettre en cause, une quelconque volonté des tarificateurs à exiger l'impossible. Elle traite plus simplement d'un thème récurrent à toutes les formations : quels indicateurs proposer dans le suivi des résultats, leur nombre et leur traitement ?

Deux principes sont proposés à la réflexion.

- *adapter le niveau et la complexité des indicateurs* à l'organisation et au niveau de développement de la démarche qualité. De manière générale, les indicateurs doivent être simples et compréhensibles dans leur usage, faciles à saisir et ne pas offrir l'occasion d'interprétations. En tout état de cause, il ne serait pas prudent d'accepter en négociation des indicateurs de suivi d'activités ou de résultats si le gestionnaire n'a pas la conviction que ceux qui les servent ont intérêt à ne pas être clairs et sincères. En d'autres termes, on ne met pas en place une batterie d'indicateurs sans formation préalable des personnels ou en période de crise sociale.
- *le choix des indicateurs*. Naturellement, ils doivent porter sur des activités en rapport avec celles de l'institution. Même dans ce cas, l'indication peut avoir un sens différent selon le type de service, son aménagement, sa population. Le cas le plus simple porte sur les chutes : tous les établissements doivent en assurer le relevé, mais l'indication brute du nombre de chutes n'a pas de sens et ne vaut dans aucune comparaison si ne sont pas caractérisés le milieu, les résidents concernés, les caractéristiques de la chute et l'analyse des chutes rapportée à leur contexte.

C'est au prix de cette réflexion et ce travail que peut se développer une véritable politique de qualité. La conclusion sera simple : le conventionnement tripartite code un langage managérial nouveau entre les établissements et les financeurs. Compréhensible et stratégique, la démarche de conventionnement n'est pas la langue d'Esope, à peine de n'être qu'un dispositif d'échanges techniques vidé du tout contenu humaniste et solidaire qu'apporte la référence aux droits de la personne âgée dépendante.

-
- 1 LEVY (M.), «Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social : décision unilatérale ou contrat ?», in *Revue du Droit Sanitaire et Social*, N°4, octobre-décembre 1998, pp 717-739.
 - 2 Sur l'historique de la loi de 2002, voir BAUDURET (J.F.), JAEGER (M.), *Rénover l'action-sociale et médico-sociale*, DUNOD, 2002.
 - 3 KALIKA (M.) et allii, «Décloisonnée et transversale, l'organisation change», in *Expansion Management Review*, n°98, septembre 2000.
 - 4 CAILLOSSE (J.), HARDY (J.), *Droit et modernisation administrative*, Documentation Française, février 2000.
 - 5 HECQUART-THERON (M.), «La contractualisation des actions et de moyens publics d'intervention», in *AJDA*, 20 juin 1993, pp 451-461.
 - 6 Voir à ce propos les débats sur les exigences de la sécurité des bâtiments et des personnes, les réglementations sur l'hygiène et la sécurité sanitaire et J.P. HARDY sur le thème des contrôles dans la revue *Fédération Hospitalière de France (FHF)*, décembre 2000.
 - 7 Cf. la démarche d'évolution de la qualité par les cycles dite la «*spirale de Juran*». Progressivement le management pour la qualité devient management par la qualité.

Un exemple en Isère : les contrats d'objectifs et de moyens des SAVS pour adultes handicapés

Jacques CARTON

*Chef de Service, Direction de la Santé et de l'Autonomie
Conseil général de l'Isère*

Cet apport privilégiera mon expérience de praticien de l'action sociale départementale, et plus particulièrement les conditions de mise en place et de suivi des *contrats d'objectifs et de moyens* des services d'accompagnement à la vie sociale pour adultes handicapés de l'Isère.

Ces services représentent un engagement financier pérenne annuel de l'ordre de 4,8 millions d'euros du Conseil Général de l'Isère pour 785 places agréées sur l'ensemble du territoire.

Il faut noter, nous y reviendrons par la suite, que cette notion de places n'apparaît pas être la plus pertinente comme unité de mesure compte tenu des prestations délivrées par ces services en milieu ordinaire.

Enfin, l'ensemble de ces actions d'accompagnement social représente un effectif d'une centaine de salariés gérés exclusivement en Isère par le champ associatif à but non lucratif.

Première phase

Il me paraît important de s'arrêter un instant sur les prérequis nécessaires afin d'établir cette contractualisation. Nous touchons ici la frontière de la dimension politique et/ou technique de l'action sociale.

Dans un premier temps, il semble indispensable qu'un fond culturel et social de l'intervention en milieu ordinaire soit déjà présent. Je qualifierai cette condition de « *terreau* » à toute action. Il paraît en effet difficile d'entreprendre une démarche contractualisée si une définition partagée ou coproduite entre les acteurs d'une politique publique n'est pas préalablement et suffisamment installée.

En Isère, ces conditions ont été réunies dès le début des années 1990 par un travail actif et productif de la commission « *accompagnement* » de l'ODPHI – je souligne toute l'importance que revêt en Isère cet organisme associatif, instance fédérative, mais aussi espace continu de médiation technique.

Il faut ensuite noter que les travaux techniques autour de l'élaboration des *contrats d'objectifs et de moyens* ont été les prémisses et le « *galop d'essai* » à la mise en place d'une méthodologie et d'une élaboration du premier schéma départemental pour personnes handicapées, arrêté conjointement par l'Etat et le Conseil général de l'Isère en 1999.

Dans ce contexte porteur, notre premier travail a consisté à présenter un cadre déontologique et politique à l'ensemble des décideurs. Cette définition politique a abouti à l'élaboration et à la cosignature (en 1996) d'une charte départementale des services d'accompagnement à la vie social pour adultes handicapés, par le Président du Conseil Général de l'Isère et les présidents des associations gestionnaires concernées.

Le contenu de cette charte développe les points suivants.

Il s'agit d'abord d'une mise en cohérence (non normative) de prestations de ces services dont l'existence remonte pour les plus anciens au début des années 1980. Ce travail a consisté à redéfinir et à recentrer l'action de ces SAVS sur le seul accompagnement social, permettant ainsi à l'AGEFIPH d'engager en complémentarité des actions d'insertion professionnelle par la mise en place de contrats d'objectifs spécifiques pour les SAP (services d'accompagnement professionnel).

Cette approche commune, tout en permettant d'optimiser les moyens alloués et renforcer la lisibilité des actions, a permis au Département à la fois de réaffirmer un cadre politique d'aide sociale facultative (antérieur à la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale), en reconnaissant notamment qu'il n'engagerait pas une demande de contribution financière auprès des adultes handicapés suivis par ces services, tout en assurant dans une dimension intégrative non discriminante sur le plan technique un processus d'admission et de suivi relevant du médecin de l'aide sociale, indépendant des procédures COTOREP.

On peut à ce sujet s'interroger sur l'avenir de cette procédure qui, tout en ayant à la fois une souplesse intégrative et une exigence d'évaluation d'un projet de vie et d'accompagnement à la personne, risque d'être remise en cause dans la mesure où la parution prochaine des décrets qui concernent les SAVS nous obligerait à respecter des dispositifs d'évaluation et d'admission obligatoires, via la COTOREP.

Il faut constater cependant que dans cette dimension politique, il n'a pas été possible de re-territorialiser les actions de ces SAVS compte tenu notamment des pré-existences importantes d'implantation de la plupart de ces services, certains ayant notamment en milieu rural une prise en charge pluripathologique des handicaps et d'autres des accompagnements spécifiques affirmés (handicaps physiques, déficiences intellectuelles).

Deuxième phase

Il convient maintenant de développer l'architecture qui a prévalu à la mise en place de *contrats d'objectifs et de moyens*. Notre premier travail a porté dans ce domaine dans deux directions :

- la recherche d'une pluriannualité (3 ans) permettant à la fois de sécuriser les actions de ces services et pérenniser ainsi les moyens alloués,
- le second point recherché a été la mise en place d'une grille commune de lecture permettant une coévaluation partagée de ces actions.

Pour cela, l'élaboration de fiches navettes permet, tout en ayant meilleure connaissance de la situation de la personne accompagnée, de mieux appréhender sa dimension environnementale (professionnelle, financière, institutionnelle, médicale, sociale, relationnelle, administrative, santé, vie quotidienne, etc.).

Cette recherche d'évaluation commune n'a pas fait obstacle au maintien des outils d'évaluation propres à chaque service, mais a permis de dégager un volant d'items évaluatifs communs à l'ensemble de ces services.

Le Conseil Général de l'Isère a également permis l'installation de ces outils par le biais de financements spécifiques d'aide à l'investissement (outils informatiques des SAVS).

Certaines réalisations de *contrats d'objectifs et de moyens* ont pu déboucher sur la mise en place de nouveaux critères d'évaluation et par là-même, de nouveaux outils de tarification.

A titre d'illustration, un travail a eu par la suite une reconnaissance nationale avec la mise en place de l'outil SCAP (système combiné d'analyse de la prestation) du SCAPH, SAVS géré par la Fondation Santé des Etudiants de France.

L'outil d'évaluation a permis de bâtir une nouvelle unité de mesure intégrée dans leur contrat d'objectifs, dénommée «*unité d'œuvre*». Ces unités d'œuvre combinent à la fois la nature des prestations et leur degré variable d'intensité.

Troisième phase

Bien entendu, tout ce processus technique doit s'accompagner d'un bilan dynamique de réalisation des objectifs contractualisés.

La signature de ces contrats ou conventions ne marque pas, bien au contraire, une finalisation de notre travail commun, mais la mise en route d'un processus dynamique et opérationnel. Le contrat d'objectifs ne doit pas se résumer à un support papier ou à une déclaration d'intentions.

On peut remarquer dans ce domaine qu'un certain nombre de contrats se cantonnent à des chartes d'intentions et certaines chartes à des actes administratifs unilatéraux ; une certaine confusion sémantique envahit le champ de l'action sociale. Soyons vigilants dans ce domaine.

En ce qui concerne l'ajustement et la mise en adéquation des objectifs et des moyens de ces services, la pluriannualité n'a pas été conçue comme un modèle rigide mais bien au contraire, dans un souci de garantir une planification glissante et modulable.

On peut s'étonner qu'une certaine frilosité demeure néanmoins dans le champ de l'action sociale et médico-sociale dans la mesure où, contrairement à d'autres interventions publiques des collectivités locales, les procédures d'AP/CP (autorisation de programme crédit de paiement) tant pour les investissements que pour le fonctionnement, demeurent peu, voire pas, présentes dans ce secteur.

Quatrième phase

Il convient d'aborder ici le contexte évolutif des politiques départementales qui, sur les plans opérationnel et technique, devrait amener à moyen terme un repositionnement de ces *contrats d'objectifs et de moyens*, notamment en direction des services à vocation ambulatoire.

La reconnaissance législative pour les SAVS apportée par la loi du 2 janvier 2002 a donné un cadre d'action qui peut néanmoins rigidifier le caractère expérimental de ces services.

En effet, c'est un caractère expérimental renouvelé dans la mesure où plusieurs chantiers sont ouverts par le nouveau décret budgétaire et comptable du 22 octobre 2003 et les décrets apportant des dispositions réglementaires spécifiques pour les services d'accompagnement, ainsi que la nouvelle tarification des services d'aide à domicile (SAD) aujourd'hui effective.

Ces travaux à venir s'inscrivent, il faut le constater, dans une instrumentalisation réglementaire croissante avec, en Isère, une nouvelle territorialisation de l'action sociale intervenue en cours d'année 2003 et qui permet d'inscrire les nouveaux *contrats d'objectifs et de moyens* des SAVS dans un développement local et social plus affirmé.

On peut aussi noter, et les actions transversales des SAVS y ont largement contribué, qu'un affaiblissement des politiques sectorielles nous amène à renforcer nos politiques transversales (articulation sanitaire et médico-sociale, articulation personnes âgées/personnes handicapées âgées...), nos outils contractuels doivent donc s'adapter à ces nouvelles données.

Dans ce schéma, on ne peut nier que le nouveau socle législatif et réglementaire va accentuer une forme de mise en concurrence qui, je l'espère, sera bénéfique à l'usager entre milieu institutionnel et milieu ordinaire.

Afin de positionner cette mise en concurrence, les nouveaux *contrats d'objectifs et de moyens* devront s'attacher sur le plan technique à mieux mailler ces deux dispositifs d'intervention.

Pour terminer, le professionnel que je suis vous invite à quelques réflexions personnelles et je ne peux m'empêcher de citer dans le domaine de la sociologie du droit la définition donnée par Max WEBER de la démocratie contractuelle : « *L'importance croissante de la mode contractuelle et notamment des « pouvoirs de droit » n'est avantageux que pour ceux qui du point de vue économique sont en mesure de faire usage de ces droits* ».

Enfin, si l'on fait ensemble le constat d'une formation de plus en plus dense des réseaux contractuels dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, force aussi est de constater que ce travail partenarial n'a amené à ce jour aucune stratégie du dépérissement administratif.

Ainsi, il est aussi de votre responsabilité en tant qu'opérateurs sociaux associatifs de veiller à ce que les prérogatives de puissance publique trouvent une régulation harmonieuse dans les passations futures des nouveaux *contrats d'objectifs et de moyens*.

Convention d'objectifs et de financement entre le Conseil Général et l'ADAPEI de l'Ain

Point de vue de l'ADAPEI de l'Ain

Richard AUMOND

Directeur Général, ADAPEI de l'Ain

La convention vise le remplacement du principe de tarification unilatérale actuelle, fondée sur la notion de prix de journée, par un système pluriannuel.

Il s'agit d'une démarche volontaire des deux parties, donnant un cadre jugé plus favorable par chacun, recherchant une transparence et une confiance réciproques, ainsi qu'une simplification des modalités de financement.

Réaffirmant la mission d'intérêt général confiée à l'ADAPEI de l'Ain, les objectifs généraux de la convention visent un financement global, une autonomie de gestion laissée à l'ADAPEI, un contrôle et une évaluation par le Conseil Général de la qualité du service rendu, et de l'atteinte des objectifs.

Les objectifs permanents concernent l'ensemble des axes du service rendu aux personnes handicapées adultes : accompagnement, hébergement, accueil à la journée et à temps partiel, prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et des «*amendements Creton*».

Au plan qualitatif, la convention valorise l'évolution nécessaire des modes de prises de charge en les centrant sur l'autonomie de la personne, la primauté du projet individuel, l'encouragement à l'habitat dans la cité, l'accès aux équipements de droit commun, le maintien et le développement des liens avec la famille et les amis.

En lien avec le schéma départemental, la convention prévoit de majorer la dotation, par voie d'avenants et dans les limites des avis du CROSMS, pour les ouvertures de places requises par les besoins nouveaux. Elle donne les marges de manoeuvre nécessaires aux redéploiements de l'existant. Elle prévoit l'analyse des restructurations nécessaires et l'étude des projets nouveaux.

Au terme de chaque année, un rapport global fait état de l'atteinte des objectifs en fonction d'indicateurs d'activité et financiers, rendant inutile le contrôle a priori.

La dotation, actualisée chaque année (par évolution de 1.5% de la dotation de base) est ferme et définitive, sauf dans le cas d'une baisse d'activité qui serait constatée par le comité de suivi de la convention. Cette dotation est versée par douzièmes mensuels et doit être exclusivement utilisée aux fins de la convention.

Les projets de budgets sont transmis pour information au Conseil Général, mais les résultats comptables ne sont plus pris en compte, l'ADAPEI ayant, dans ce cadre, la maîtrise complète de l'affectation des fonds.

La dénonciation de la convention peut être effectuée par l'une ou l'autre des parties. En cas de résiliation, l'ADAPEI demeure seule responsable de la gestion du personnel. Aujourd'hui, cette convention en est à son second renouvellement (2003-2005). Conformément à la logique du contrat, l'ADAPEI a pu garder le bénéfice des excédents.

Cette convention demeure intéressante pour les deux parties.

Point de vue du Conseil Général de l'Ain

Thierry CLÉMENT

Directeur Général Adjoint du Conseil Général de l'Ain chargé de la Prévention et des Affaires Sociales

Dix ans après la loi du 10 janvier 1986 qui adaptait la législation au transfert de compétence issu de la première décentralisation, le Conseil Général de l'Ain établissait des règles pour aller vers un réel partenariat avec les associations.

C'est en 1996 que le Conseil Général de l'Ain a signé, avec la plus importante association de personnes handicapées de notre département, une *convention d'objectifs et de financement* d'un type nouveau. Un an plus tard, nous avons signé un accord cadre avec l'URIOPSS Rhône-Alpes sur nos intentions réciproques avec une convention cadre d'objectifs et de financement. Sept ans plus tard, l'ensemble des associations de l'Ain est signataire de ces conventions.

Pourquoi le Conseil Général de l'Ain en 1996 et 1997, plus de dix ans après la décentralisation, a-t-il décidé de rénover sa relation et son partenariat avec les associations ?

Trois constats

- *Les conventions que nous avons avec l'ADAPEI et les autres associations n'offraient aucune lisibilité sur les objectifs quantitatifs et qualitatifs des missions que ces associations exerçaient dans le champ de compétence du Conseil Général.*

L'évaluation nécessaire, comme l'adaptation permanente des actions, étaient difficile puisque les attentes du Conseil Général étaient mal définies.

- *Les relations budgétaires s'établissaient établissement par établissement autour de la notion de prix de journée et de budgets avec récupération des résultats issus d'une bonne gestion.* C'est un système infantilisant hérité de la logique de tutelle qui ne permet pas au Conseil Général de maîtriser ses dépenses, ni à l'établissement d'être sûr de ses recettes sur l'année, a fortiori sur plusieurs années. Le résultat en est qu'il n'y a pas de respect de l'autonomie de l'association, ce qui n'encourage ni l'initiative, ni l'engagement à moyen terme.
- *Le Département avait initié des logiques de partenariat équivalent avec les associations du secteur social : observatoire de l'enfance en danger, comité départemental gérontologique...* Tout cela ne s'était pas traduit dans un partenariat avec les associations gestionnaires d'établissements et de services. Avec l'ADAPEI de l'Ain, nous en restions à des budgets arrêtés dans un climat serein, mais pas véritablement relié au fond de l'activité et de nos attentes.

Quelles ont été les bases du partenariat ?

- *Une finalité commune* : une politique d'action sociale de qualité en référence aux besoins repérés dans un cadre budgétaire maîtrisé.
- *Une reconnaissance réciproque* : une collectivité locale compétente est responsable de fonds publics limités ; une association représentante de parents et amis, créatrice et gestionnaire d'établissements, participe à la mission d'intérêt général.
- *Une définition en commun des objectifs* à moyen terme et de leur évaluation.
- *Des moyens budgétaires* attribués dans un cadre pluriannuel : 3 ans
- *L'autonomie de gestion* laissée à l'association pour atteindre les objectifs.
- *Un contrôle renforcé* par le Conseil Général sur la réalisation effective de la mission et l'atteinte des objectifs.

Préconisations de la DRASS Rhône-Alpes

Cécile RUSSIER

Inspectrice Principale, DRASS Rhône-Alpes

Lors de la préparation et de la négociation d'un contrat ou d'une convention pluriannuelle, il paraît important de garder à l'esprit quelques points.

D'abord, à mon sens, il ne saurait y avoir de mise en œuvre d'une démarche contractuelle sans que les parties au contrat aient finalisé au préalable un diagnostic partagé de la situation et les objectifs généraux en découlant.

Cela implique donc, d'une part, que le schéma d'organisation sociale et médico-sociale soit suffisamment avancé et, d'autre part, que l'établissement soit lui aussi bien engagé dans une démarche de projet d'établissement, validée par l'autorité compétente. Sans une vision globale du contexte dans lequel va s'inscrire le contrat, celui-ci ne pourra qu'être insatisfaisant dans sa réalisation et ce pour l'ensemble des partenaires.

Je me permets, dans ce cadre, d'insister sur la nécessité de veiller à la cohérence des orientations qui seront définies dans les schémas médico-sociaux, et partant dans les contrats, avec celles concernant le secteur sanitaire, compte tenu des problématiques communes concernant par exemple la prise en charge psychiatrique de l'enfant, adolescent et adulte, ou l'évolution de certaines structures sanitaires vers le médico-social dans le secteur des personnes handicapées et personnes âgées. L'ARH a intégré cette dimension dans les travaux du SROS.

Ensuite, pour parler des moyens, si l'on se réfère aux évolutions dans le secteur sanitaire ces dernières années, il m'apparaît que les modalités actuelles de gestion par les services de l'Etat des dotations régionales et départementales limitatives devront nécessairement évoluer afin de permettre aux services déconcentrés de s'engager dans des démarches réellement pluri-annuelles.

L'annonce, dans le cadre du projet de réforme en faveur des personnes dépendantes, de la relance d'une programmation pluriannuelle de création de places, tant dans le secteur personnes âgées que celui des personnes handicapées, devrait à cet égard nous y aider, de même que la réforme des finances publiques actuellement en cours.

Enfin, je ne peux qu'insister sur l'importance de prévoir, dès l'élaboration des contrats, des modalités précises relatives à l'évaluation de leur mise en œuvre. Les échéanciers et indicateurs sont indispensables et, on le voit sur les *contrats d'objectifs et de moyens* du secteur sanitaire, ils sont encore trop souvent délaissés ou insuffisamment précis pour être réellement opérationnels. La culture de l'évaluation reste encore à développer. C'est un des enjeux pour nos services dans les années à venir, compte tenu des évolutions de nos missions voulues par le gouvernement, moins tournées vers la gestion et davantage vers le contrôle et l'évaluation. Nous serons donc particulièrement vigilants sur ce point.

Pour en savoir plus...

Références législatives ou réglementaires

- Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale : articles 36 et 37.
- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 introduisant l'article 5-1 dans la loi 75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales.
- Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.
- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L 710-20 du Code de la Santé Publique.
Ils font l'objet de la circulaire DH/EO/97 n° 22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.
- Articles R 710-9 et 10 du Code de la Santé Publique.
- Articles L 162-22-1 et L 162-22-2 du Code la Sécurité Sociale.
- Articles L 313-11 et L 312-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Articles, dossiers

- Dossier « Rénovation de l'action sociale et médico-sociale », in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°43, juin 2003.
- METAIS (J.), « Contractualisation interne et contrats d'objectifs et de moyen », in *Gestions Hospitalières*, n°416, mai 2002.
- LAROSE (D.), BARRE (S.), « Les contrats d'objectifs et de moyens, véritables outils contractuels », in *Revue Hospitalière de France*, n°486, mai-juin 2002.
- BRAILLON (L.) : Les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé privés : les avatars d'un outil juridique hybride », in *Droit Social*, n°6, juin 2002.
- DELANOE (J.-Y.), « Un contrat d'objectifs et de moyens « mirifique ». Les apparences peuvent encore tromper ! », in *Gestions hospitalières*, n°408, août-septembre 2001.
- GOTTSMANN (J.), « Contrats d'objectifs et de moyens : où en sommes-nous cinq ans après l'ordonnance de 1996 ? » in *Gestions hospitalières*, n°408, août-septembre 2001.
- SEGADÉ (J.-P.) : Mythes et réalités de la contractualisation, in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°33, décembre 2000.
- FORCIOLI (P.), « Contrat d'objectifs et de moyens : la logique du contrat », in *Techniques Hospitalières*, n°636, mai 1999.
- LEVY (M.), « Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social : décision unilatérale ou contrat ? » in *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°4, octobre-décembre 1998.

Publications

- LOUIS (P.), *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées : conventions tripartites et démarche qualité*, Seli Arslan, 2002.
- HAAS (D.) : *Le contrat d'objectifs et de moyens. ARH / Etablissements de santé*. Guide pratique pour les établissements de santé publics et participant au service public hospitalier. Editions ENSP, 2002.
- Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France (ARH), *1997-2002 : un bilan pour rendre compte, des propositions pour avancer*, Paris, 2002.
- Agence Régionale d'Hospitalisation d'Alsace (ARH), *Projet d'établissement et contrats d'objectifs et de moyens. Guide méthodologique relatif aux établissements sous dotation globale*, Strasbourg, octobre 2000.
- SEGADE (J.-P.), *La contractualisation à l'hôpital*, Masson, 2000.
- LEFEVRE (P.), *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, 1999.

directeur de la publication **Claude VOLKMAR** • responsable de rédaction **Bruno LEQUAY**
CREAI RHONE-ALPES • 18 avenue félix faure • 69007 lyon
téléphone **04 72 77 60 60** • télécopie **04 78 37 03 38** • e-mail **accueil@creai-ra.org** • site **www.creai-ra.org**
impression **Ateliers FMG graphique / ISSN 0766-2637**