appui santé & médico-social

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

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

Retour d'expériences

JANVIER 2017

Négocier et mettre en œuvre les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur médico-social

Annexe – Retours d'expériences sur les CPOM médico-sociaux

Table des matières

INTRODUCTION 3

RETOURS D'EXPERIENCES DE DEMARCHES DE CONTRACTUALISATION 5

A. APF NORD PAS DE CALAIS, UN CPOM QUADRIPARTITE ASSOCIANT L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES 6

B. HESPERIA 71, UN CPOM TRIPARTITE QUI S'APPUIE SUR UN SIEGE INTER ASSOCIATIF 12

C. ALEFPA GUADELOUPE, UN CPOM POUR GUIDER L'EVOLUTION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA STRUCTURE 23

D. OVE, UN CPOM REGIONAL, ACCELERATEUR DE PROJETS 29

E. PEP 21 ET 25, UN CPOM INTER-REGIONS AU SERVICE DU RAPPROCHEMENT DE DEUX ENTITES 39

F. INSTITUT LE VAL MANDE, UN CPOM POUR CONSOLIDER L'ORGANISATION ET INNOVER DANS LES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT 46

G. INSTITUT PUBLIC LA PERSAGOTIERE, UN CPOM ARTICULE AVEC L'EVALUATION EXTERNE 53

H. APEI SABLE SOLESMES, UN CPOM DE RETOUR A L'EQUILIBRE / QUALITATIF 60

I. SOS SENIORS, UN CPOM PRECURSEUR SUR LE CHAMP DES PERSONNES AGEES 66

Introduction

Objectifs des retours d'expériences

Les retours d'expériences sont partie intégrante du kit méthodologique dont la construction s'est appuyée sur l'expertise des acteurs de terrain.

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

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

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

Périmètre et méthodologie

Afin de répondre à ces objectifs, les fédérations et ARS ont été sollicitées afin d'identifier des organismes gestionnaires caractérisés par leur diversité (statut, champ), la méthodologie adoptée, et le périmètre du CPOM dans lequel ils se sont engagés.

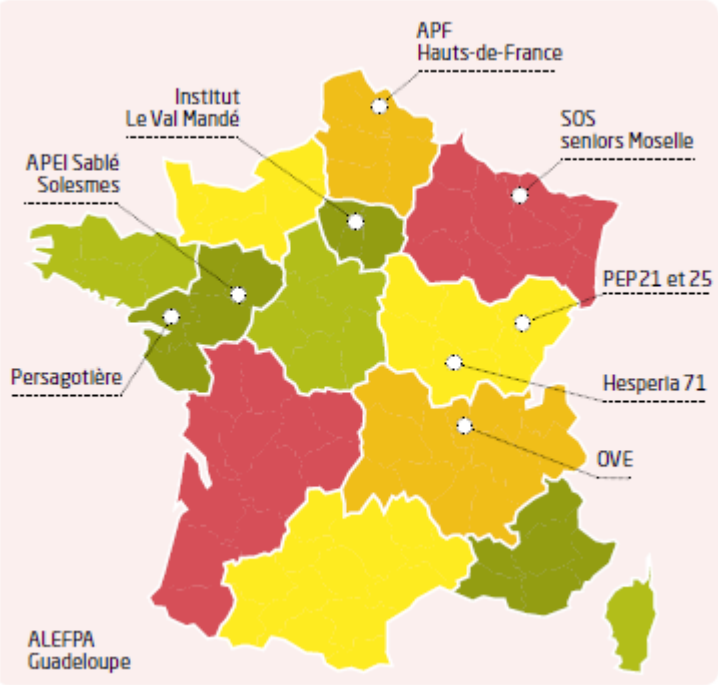
Les retours d'expériences ont été réalisés par le biais d'entretiens physiques avec les organismes gestionnaires et le cas échéant avec l'ARS et le Conseil Départemental. Ils ont donné lieu à la rédaction de monographies validées par les personnes rencontrées.

Les organismes gestionnaires rencontrés sont les suivants :

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

Les gestionnaires suivants ont également été rencontrés et ont permis d'alimenter le kit méthodologique : la FEDOSAD, l'AGSEA Guadeloupe et des organismes gestionnaires de l'Ile de la Réunion : la Fondation Père Favron, l'ALEFPA et l'association Frédéric Levasseur.

Figure 1 : Carte de France identifiant les organismes gestionnaires rencontrés et ayant fait l'objet d'une monographie disponible dans cette annexe.



Retours d'expériences de démarches de contractualisation

a. APF Nord Pas de Calais, un CPOM quadripartite associant l'ensemble des parties prenantes

APF Nord Pas de Calais	
Personne référente	Hervé Lherbier, directeur régional APF Nord Pas de Calais - Picardie
Personne rencontrée	Didier Sarels, responsable de l'offre de services adultes, direction régionale APF Nord Pas de Calais
Date de création	APF créée en 1933
Statut juridique des organismes gestionnaires	Association loi 1901
Convention collective	CCN51
Effectifs	14 000 salariés au plan national 1 350 salariés en région NPdC
Personnes accompagnées	30 000 personnes accompagnées au plan national 3 000 personnes accompagnées en région NPdC
Descriptif de l'offre et organisation	**Sanitaire :** Un SSR de 100 places – 1 260 usagers et 148 ETP **Médico-social :** Enfance/jeunesse : 18 structures comportant 1080 places – 1440 usagers et 462 ETP Adulte : 17 structures comportant 517 places - 276 ETP ESAT : 3 structures comportant 149 places – 30 ETP Entreprises Adaptées : 3 structures
Nombre de personnes accompagnées	Plus de 1000 accompagnements en 2015
Budget exécutoire 2013	17 000 K€
Territoire d'intervention	Région NPdC
Présentation du CPOM adultes handicapés	
ESMS intégrés dans le CPOM	17 structures
Signataires	ARS NDPC, CD 59, CD 62 et APF
Date de signature du CPOM	Février 2014

Présentation de la structure

L'APF est une association nationale qui comporte deux branches d'activité : l'une gestionnaire d'établissements et services, l'autre revendicative concernant la défense des droits des personnes handicapées moteurs et d'une société plus inclusive.
Elle a adopté une configuration régionale dans les années 90, et a créé des directions régionales dans chaque région.

Sur la région Nord Pas de Calais, un SSR a été créé en 1958. Il est géré par l'APF et avait une activité à la fois sanitaire et Médico-sociale.
Le SSR a permis d'essaimer progressivement la dynamique sanitaire et médico-sociale sur la région. Désormais une quarantaine de structures médico-sociales sont gérées par l'APF sur la région ; elles composent un large panel de l'ensemble des structures médico-sociales au service des personnes handicapées.

Le directeur régional de la direction régionale Nord pas de Calais de l'APF, est devenu le directeur de la grande région Nord Pas de Calais Picardie dans le cadre de la mise en conformité avec la réforme territoriale.
En Nord Pas de Calais, il est appuyé par :

- Deux responsables de l'offre de services (adjoints du directeur) sur le secteur adultes (17 structures) et le secteur enfance jeunesse (18 structures)
- Deux responsables administratifs et financiers
- Une responsable régionale ressources humaines
- Un responsable des Systèmes d'information (0,6 ETP)

La région NPDC compte deux départements et donc deux délégations APF (structure associative revendicative). Les adhérents de chaque département élisent des élus départementaux, qui forment un conseil APF de département.
Chaque conseil de département élit des délégués régionaux qui constituent un conseil APF de région.
Tous les projets menés par la branche gestionnaire nécessitent l'examen de ces deux instances.

Entrée dans la démarche CPOM

La direction régionale APF du Nord pas de Calais a engagé les structures de sa région dans la contractualisation de plusieurs CPOM successifs.

Le **premier CPOM** a été signé en 2008 pour les trois **ESAT** gérés par l'APF, sur sollicitation de l'ARS. Il a été renouvelé en 2015.

En avril 2012, l'association a signé un **CPOM enfance/jeunesse** portant sur les 18 structures du territoire, pour un budget global de 28 000 K€.
La signature de ce CPOM a fait l'objet de deux phases de négociation, la première ayant échoué au regard de la méthode utilisée. En effet, la démarche a commencé en 2008 autour de l'identification de la population accompagnée. Or, les publics accompagnés s'inscrivent dans des situations complexes et la formalisation de typologies du public n'a pas pu être réalisée. De plus, les conditions budgétaires proposées par l'ARS ne correspondaient pas aux attentes du gestionnaire.
La négociation a recommencé ultérieurement en abandonnant la porte d'entrée « identification de la population accueillie » ce qui a permis d'aboutir à la signature de ce CPOM enfance/jeunesse en 2012.

En 2012, l'APF NPDC a signé un **CPOM sanitaire pour le SSR**, seule structure sanitaire de l'APF sur le territoire. Ce CPOM a apporté une rationalisation des modes de fonctionnement et une démarche de mise aux normes. Il a été structurant pour le SSR. L'objectif à terme sera d'intégrer le SSR dans une démarche de contractualisation plus globale.

Le **CPOM sur le secteur adulte** a été signé en 2014, pour un montant de 17 000 K€. Il s'agit d'un CPOM quadripartite avec l'ARS, le CD du Nord et le CD du Pas de Calais.

A. Objectifs du CPOM

Une garantie de stabilité et une visibilité pluriannuelle

Le passage de l'ensemble des structures de la région en CPOM est rassurant pour l'association, qui dispose ainsi d'une visibilité pluriannuelle sur les ressources et d'une liberté d'affectation des résultats en fonction des projets.

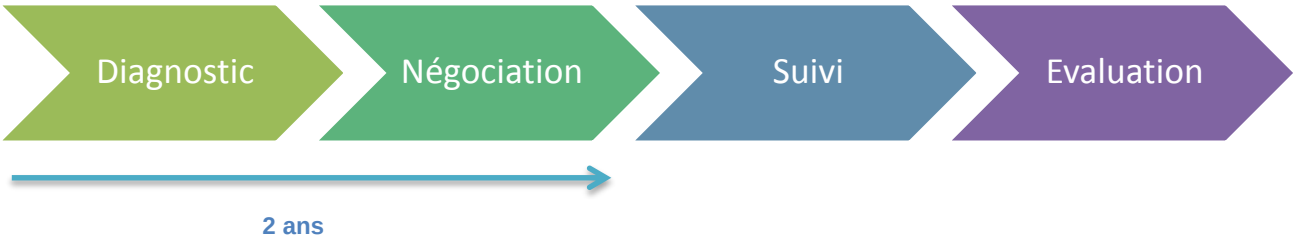
Le CPOM adulte a notamment permis la prise en compte des difficultés d'un service d'aide humaine (service d'aide à domicile), le CD 59 ayant accepté la mise en place d'un Dispositif Local d'Accompagnement et d'un Plan de Retour à l'Equilibre. Par ailleurs au travers des différentes fiches actions il permet d'améliorer l'offre de service des ESMS mais également de développer des projets dont certains sont hors champ médico-social. C'est le cas de plusieurs projets habitat-logement inclusifs qui sont de ce fait partagés avec les financeurs.

Une nouvelle organisation des établissements et services autour d'un projet commun

Le CPOM ESAT a enclenché une organisation en pôles afin de mettre en place des synergies. Cette démarche s'est poursuivie lors de la signature des CPOM suivants.
Aujourd'hui, 6 directeurs gèrent 17 structures. Elle s'inscrit également dans une dynamique parcours avec notamment la création de passerelles entre ESMS.

De plus, la construction et la mise en œuvre des CPOM permet de faire se rencontrer les équipes autour du développement de projets communs avec des moyens dédiés.

B. Méthodologie du CPOM



DIAGNOSTIC

- L'APF a commencé à travailler avec l'ARS et le Département du Pas de Calais en juillet 2012. Le CD du Nord a rejoint la démarche en octobre 2012.
- Entre janvier et avril 2013, l'APF a constitué le dossier administratif à destination de chaque financeur.
- Le diagnostic partagé a été constitué en avril 2013 pour chaque structure à l'appui du dossier administratif et de visites sur site conjointes, et à la lumière des résultats de l'évaluation interne. Les structures n'ayant pas encore réalisé leur évaluation interne ont fait l'objet d'une procédure accélérée.

NEGOCIATION

- Le travail sur les fiches actions et les aspects budgétaires a démarré en avril 2013. Des réunions mensuelles de concertation ont été organisées entre la direction régionale et les autorités de tarification.
- Les aspects budgétaires ont été négociés séparément avec chaque autorité.
- La négociation sur les fiches actions (dont le nombre a été réduit de 33 à 22) a abouti en juillet 2013.
- Un document socle a été proposé en septembre 2013.
- Le CPOM a été signé en février 2014 avec effet rétroactif au 1er janvier 2014.

SUIVI

- **Indicateurs de suivi** : leur suivi apparaît trop complexe aujourd'hui, il est envisagé de les redéfinir.
- **Dialogue de gestion :** un temps d'échange annuel est organisé avec chacun des financeurs :
  - Le dialogue de gestion permet de faire le point sur les comptes administratifs. Il devait être organisé au plus tard le 30 novembre, il a été déplacé au mois de janvier sur demande des autorités de tarification. Un dialogue de gestion commun entre l'ARS et le CD62 a été organisé.
    L'association informe et sollicite la validation de la proposition d'affectation des résultats.
  - Le comité de suivi permet de faire le point sur l'activité au regard des fiches actions. Il est organisé au plus tard le 30 novembre.

Des avenants au CPOM sont possibles notamment dans le cadre de la création de structures.

EVALUATION

- Chaque objectif fixé fait l'objet d'une échéance et d'indicateurs d'évaluation qui sont évoqués à l'occasion du comité de suivi.

Outils utilisés :

- Le modèle de fiche action a été réalisé par l'APF.
- Le CD du Pas de Calais a proposé une trame pour le dialogue de gestion.

Enseignements

A. Impacts du CPOM

Une évolution des relations entre les autorités de tarification et de contrôle

La signature des CPOM a changé les relations de travail entre l'ARS et les CD. En effet, il n'existait pas de temps d'échanges entre les autorités de tarification et de contrôle, or les négociations sur le CPOM de l'APF ont permis de réunir l'ensembles des parties prenantes.
Depuis deux ans, les deux CD organisent des réunions, ils anticipent des situations et mettent en place des stratégies communes.

Une reconnaissance de l'association comme partenaire privilégié de l'ARS et du CD

Les relations de la direction régionale avec les autorités de tarification ont évolué. La direction régionale est devenue leur interlocutrice régulière.
L'association est repérée et ses axes de développement sont connus, elle est donc davantage sollicitée pour développer des projets spécifiques.

Une évolution du métier de directeur

La nouvelle organisation en pôle implique un changement du métier de directeur, qui doit adopter une nouvelle posture en matière de structuration, organisation, délégation, communication.

En interne, un Comité de pilotage du CPOM a été mis en place pour réunir le collectif des directeurs. Il est animé par le responsable de l'offre de services et se réunit mensuellement (puis bimestriellement). Dans la mesure où les directeurs doivent partager les résultats financiers dans le cadre du CPOM, il est important de créer des temps d'échange afin qu'ils connaissent leurs structures respectives et qu'ils

soient au courant des difficultés des uns et des autres. Ce changement de posture s'est accompagné d'un décentrage de la posture des adjoints de direction afin notamment de permettre aux directeurs de déléguer.

S'ils n'ont pas participé aux réunions de construction du CPOM, les directeurs étaient largement associés en interne et donnaient leur avis.
D'autre part, ils participent aux comités de suivi avec les financeurs, afin de parler du projet de leur structure.

B. Leviers et freins aux CPOM

Leviers	Freins
✓ Le portage politique et stratégique par l'Agence Régionale de Santé. ✓ Les relations de confiance entre les directeurs du territoire et la direction régionale ont facilité le passage en CPOM. ✓ Des marges de manœuvre liées aux démarches de mutualisation.	✓ L'absence de cadre méthodologique et de repères communs a compliqué le démarrage de la démarche. ✓ Des autorités de tarification avec des attentes, des procédures et des temporalités différentes. ✓ Des interlocuteurs en charge de la négociation au sein des autorités de tarification dont le profil et le positionnement interne ne permettaient pas de réaliser des arbitrages.

C. Préconisations en termes de méthodologie

Disposer de documents socles partagés par les autorités

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

L'APF a dû proposer ses propres outils et s'adapter aux demandes spécifiques de chaque financeur.
Par ailleurs, les autorités de tarification n'avaient pas défini une stratégie commune et n'organisaient pas de temps d'échange conjoints entre les réunions mensuelles avec l'association, ce qui a freiné l'avancement du projet et la prise de décisions.

Accompagner le changement

Le changement de paradigme et de posture des directeurs a nécessité un accompagnement spécifique de la part de la direction régionale.

Le fonctionnement en pôles a conduit à la réduction du nombre de postes de directeurs, un travail particulier a été mené avec la responsable des ressources humaines, tant pour l'accompagnement des directeurs devenus directeurs adjoints, que pour les chefs de service devenus directeurs adjoints. L'accompagnement du changement de posture est associé à la constitution d'un collectif d'adjoints.

La direction régionale organise trois réunions par an avec l'ensemble des directeurs et adjoints de la région et un séminaire de deux jours.
La responsable ressources humaines de la direction régionale consacre un temps de travail une fois par an avec les directeurs du CPOM pour faire le point sur les problématiques RH dans les structures qu'ils gèrent, et elle participe autant que nécessaire aux réunions du COPIL du CPOM.

De même, l'information auprès des instances représentatives du personnel (IRP) est nécessaire avant la signature, après la signature et annuellement afin de réaliser des points d'étape.

S'inscrire dans une dynamique parcours

Focus sur la mission Desaulle

Le CPOM a permis de mettre en place une dimension parcours notamment grâce au rapprochement de pôles. Cela permet de créer des liens entre des structures enfance et adulte et d'améliorer la complémentarité de l'offre en adossant un accueil de jour à un SAVS par exemple.

Focus ESAT

Ce CPOM a permis l'obtention en 2008 de 10 places supplémentaires et l'ouverture d'un ESAT hors les murs, grâce à la mutualisation des résultats comptables.

Perspectives

L'optimisation du suivi des CPOM :
Il semblait trop complexe de signer un CPOM commun pour les structures pour adultes et pour les structures enfance/jeunesse. Cependant, il est envisagé d'organiser une fois par an une réunion commune des COPIL CPOM car les problématiques rencontrées sont similaires et des réponses transversales sont possibles.

Par ailleurs, l'APF s'est rendue compte que les indicateurs de suivi des actions du CPOM n'étaient pas tous opérants, elle souhaite donc les réviser et envisage d'utiliser les indicateurs du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social pour le suivi des actions en lien avec les ressources humaines.

Une incertitude budgétaire :
L'association s'interroge sur les modalités financières des futurs CPOM au regard des difficultés financières des autorités de tarification. En effet, même en l'absence de rebasage, un premier CPOM peut s'inscrire dans une démarche de mutualisation permettant de dégager des marges de manœuvre.

Une fois cette rationalisation des ressources opérées, l'APF s'inquiète des taux d'évolution annoncés. En effet, si le taux directeur a été fixé dans le CPOM pour la première année, il n'est pas reproduit pour les cinq années du CPOM.

Des CPOM communs sur la « grande région » :
Dans le contexte de réforme territoriale, l'objectif de l'APF est de s'orienter vers des CPOM grande région.
L'APF Picardie dispose d'un CPOM régional enfance/jeunesse avec le même financeur, il semble donc envisageable de commencer par la fusion de ces deux CPOM.
Cette démarche sera plus compliquée sur le secteur adultes au regard du nombre de départements à impliquer dans la démarche.

b. Hesperia 71, un CPOM tripartite qui s'appuie sur un siège inter associatif

Présentation de la structure HESPERIA 71	
Personne référente	Christian RAUCHE, DG GCSMS
Personnes rencontrées	• Rachelle DUFOUR, DRH GCSMS • Sébastien VILVANDRE, DAF GCSMS • Thierry FROMONT, gestion du risque et de la qualité
Date de création	Autorisé par arrêté préfectoral du 14 février 2012
Statut juridique	Groupement de coopération entre 2 associations
Convention collective	CCN 66
Personnes accompagnées	Personnes en situation de handicap
Effectifs	392 ETP
Nombre d'ESMS et capacité autorisée	607 places autorisées – 18 établissements et services
Territoire d'intervention	Département de la Saône et Loire : Le Creusot et Chalon sur Saône
Financeurs	ARS (tarificateur) – CPAM (paiement) CD (tarificateur) – Action sociale du département (paiement) ESAT : ARS (tarificateur) - Etat (paiement)
Budget	23 millions d'euros ARS/CD/ETAT
Présentation des deux CPOM	
Date de signature	Signature concomitante des 2 CPOM le 24 janvier-2014
ESMS intégrés dans le CPOM	L'ensemble des ESMS gérés par Les Papillons Blancs du Creusot : ✓ IME « Charleville » : 43 places semi-internat + 15 places internat pour Enfants et adolescents de 4 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle ✓ CME « Mille Soleils » : 10 places en internat + 10 places semi-internat pour enfants et adolescents de 4 à 20 ans polyhandicapés ✓ MAS « Les Catalpas » : 51 places en hébergement + 3 places accueil de jour pour adultes polyhandicapés ✓ MAS « Le Replat » : 50 places hébergement + 2 places en accueil de jour + 8 places en accueil temporaire pour adultes polyhandicapés ✓ ESAT du Breuil : 131 places + 1 place pour le financement de l'adhésion au pôle insertion ✓ Foyer « Harmonie » : 50 places hébergement + 1 place accueil d'urgence pour adultes en situation de handicap – Travailleurs ESAT ✓ Foyer « Eglantines » : 25 places pour Adultes en situation de handicap ne relevant ni d'un FAM ni d'une MAS ✓ FAJ « Les Eglantines » : 15 places pour adultes en situation de handicap ne relevant ni d'un FAM ni d'une MAS

	✓ SAVS « Alizé » : 25 places pour adultes en situation de handicap vivant en ville ✓ Accueil de Jour « Albatros » : 10 places pour adultes en situation de handicap – Travailleurs ESAT à temps partiels ✓ Accueil de Jour « Capucines » : 15 places pour adultes en situation de handicap et en retraite accueillis au sein d'EHPAD ou autres dispositifs ✓ SAVS « Capucines » : 21 places pour adultes en situation de handicap et en retraite accueillis au sein d'EHPAD ou autres dispositifs L'ensemble des ESMS gérés par les Papillons Blancs de Chalon s/ Saône : ✓ FAM « Arc en Ciel » : 50 places hébergement + 10 places accueil de jour pour adultes polyhandicapés et autistes ✓ FAM « Simard » : 12 places pour adultes en situation complexe de handicap, avec altération de leurs capacités de décision et d'action dans la vie quotidienne liée au vieillissement. ✓ Foyer de Vie « Simard » : 40 places en hébergement dont 3 en hébergement temporaire + 9 places en accueil de jour pour adultes en situation de handicap ne relevant ni d'un FAM ni d'une MAS
Taux des frais du Siège inter-associatif	2, 202% - 398 619€ + 100 000€ annuels pérennes alloués en 2015.

Présentation de la structure

La mise en place d'un siège inter-associatif sous forme de GCSMS de moyens

En 2012, le GCSMS Hesperia 71 est créé avec pour objectif :

- La création d'un siège inter-associatif pour apporter une expertise technique aux ESMS gérés par les deux associations membres, piloter l'évaluation interne / externe et mener la négociation d'un CPOM.
- La mise en place d'une politique globale et cohérente de gestion des établissements et services des associations membres au regard des besoins des populations accueillies, des orientations politiques associatives et de l'environnement médico-social.

Le GCSMS a été créé par deux associations : les Papillons Blancs du Creusot et les Papillons blancs de Chalon sur Saône qui représentaient un chiffre d'affaires de 16 millions € en 2011.
L'ensemble des structures de ces deux associations est intégré dans cette réflexion, malgré une forte inquiétude d'absorption des uns et des autres.

Le GCSMS HESPERIA 71, par sa convention constitutive et son règlement intérieur, est autorisé par arrêté préfectoral du 14 février 2012. Un mandat de gestion est confié au GCSMS par chaque association membre, ainsi trois documents uniques de délégations sont signés:

- Un document unique de délégation (DUD) signé entre l'association du Creusot et le Directeur Général
- Un DUD signé entre l'association de Chalon et le Directeur Général
- Un DUD signé entre l'administrateur du GCSMS HESPERIA 71 et le Directeur Général

Il s'agit d'un GCSMS de moyens, sans capacité juridique d'être employeur. En effet, le siège inter-associatif a été créé par redéploiement de postes, sans moyens supplémentaires. Les personnels du Siège étaient déjà en poste sur les deux associations membres du GCSMS (2 postes sur Chalon et 3 postes sur le Creusot), et ont été mis à disposition du groupement. Il s'agit du directeur général, du directeur administratif et financier, de la directrice des ressources humaines, du directeur de la gestion du risque et de la qualité, et de l'assistante. Le département « recherche et développement » est assuré par l'ensemble des directions du siège. Par ailleurs, un recrutement a été lancé sur un poste de directeur des systèmes d'information. Les 5 piliers de la nomenclature de prestations issus de la mission Serafin-

PH correspondants aux fonctions supports (fonctions gérer – manager – coopérer) sont déjà mis en œuvre par le GCSMS.
Le siège inter associatif a pour mission d'apporter une expertise à destination des ESMS gérés par les deux associations membres du groupement. Il s'agit d'une plateforme technique dans le domaine de la gestion financière et administrative, de la gestion des ressources humaines, de la logistique et de l'informatique, de la fonction achat, de la veille juridique, de la conduite de projet, de la démarche qualité et de la gestion des risques, prévention et sécurité.

Une organisation adaptée aux enjeux du parcours

Une organisation par site géographique

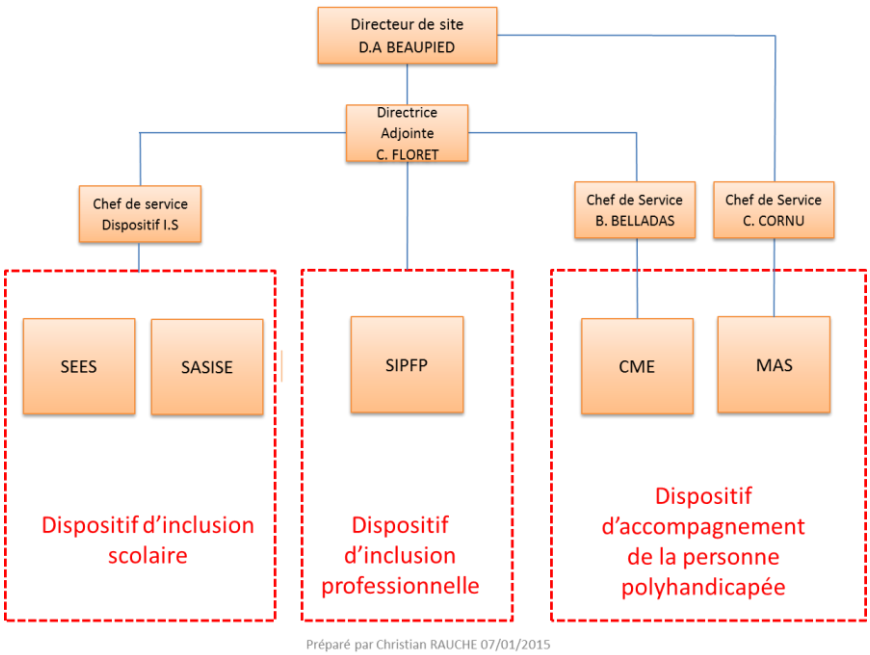
Les ESMS sont organisés par site géographique : 5 sites ont été identifiés. Des directions sont mises en place pour chaque site géographique, et non pas par pôle. Lorsque cela est possible (par exemple dans le cadre de départs à la retraite), certaines fonctions support sont mutualisées au niveau du site, telles que le secrétariat ou la comptabilité.

Le Directeur général dispose de documents uniques de délégation (DUD) qui ont permis de sécuriser le fonctionnement et d'accompagner les professionnels dans une évolution de leurs fonctions. Il doit néanmoins rendre compte de ses missions auprès des deux associations membres de manière distincte.
Le DGRQ a pris les fonctions de directeur général adjoint, pour anticiper le remplacement relatif au départ en retraite du directeur général et faciliter la transition. Depuis 2014, les fonctions logistiques sont mutualisées au niveau du siège, tels les groupements d'achat et les négociations de contrats. Chaque site a pour mission l'animation du projet des ESMS.

Une organisation en dispositifs

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

- L'accompagnement à la vie sociale
- L'accompagnement médico-social
- L'inclusion scolaire
- L'inclusion professionnelle
- L'accompagnement de la personne polyhandicapée



A titre d'exemple, l'IME est ainsi organisé en 3 structures à mi-chemin entre le SESSAD et l'IME. L'organisation a été revue en termes de dispositif d'inclusion scolaire et d'inclusion professionnelle. En outre, pour les adultes, un dispositif d'accompagnement de la personne polyhandicapée a été mis en place. Le coordinateur est le référent de l'ensemble des acteurs extérieurs. Il s'agit d'une fiche action du CPOM, pour laquelle l'ARS est partie prenante.
Exemple : organisation sur le site IME CME MAS

Ce fonctionnement en dispositifs a fait évoluer l'organigramme en cohérence

avec les préconisations du rapport Piveteau :

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

FOCUS sur le rapport Piveteau

Le rapport Piveteau a mobilisé et incité les deux associations membres du GCSMS à repenser leur organisation dans une logique de dispositif, et non plus d'établissement. Cependant, la mise en œuvre du rapport « zéro sans solution » et des parcours complexes est freinée par le mode de financement existant des ESMS. En effet, une dotation globale commune par prix de journée ne correspond pas au fonctionnement en dispositifs.
Pour autant, les acteurs sont ouverts à la mise en place de passerelles et de transfert de moyens entre ESMS, avec une souplesse dans la gestion des enveloppes financières et l'existence d'une convergence tarifaire.

L'articulation entre les instances représentatives du personnel

Avec deux associations, les services d'inspection du travail et de médecine du travail sont distincts.
Il existe un comité d'entreprise (CE) par association et des délégués du personnel ainsi qu'un comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) par site géographique (historiquement, il n'existait qu'un seul CHSCT au sein de l'association des Papillons Blancs du Creusot). Une transversalité des travaux des CHSCT est en cours. Une réelle expertise de proximité est nécessaire, notamment dans le cadre des accidents du travail. Les CE vont quant à eux faire l'objet d'un regroupement.

Entrée dans la démarche CPOM

Suite à l'arrêté préfectoral du 14 février 2012, relatif à la création du GCSMS Hesperia 71, l'ARS de Bourgogne par son courrier du 19 avril 2012, invite les deux associations à s'engager dans une démarche de négociation visant la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le CPOM est commun à l'ARS et au conseil départemental qui ont arrêtés des objectifs communs à partir d'une déclinaison de fiches actions s'appuyant sur les axes du PRS et du schéma départemental. Le suivi de ces fiches actions est évalué à partir d'indicateurs conjoints. Chaque association est signataire d'un CPOM co-construit, mais chaque association a signé son propre CPOM. Chaque CPOM est co-signé par l'ARS et le CD.
Le GCSMS Hesperia 71 a permis de regrouper les deux associations afin d'atteindre une taille conséquente pour signer un CPOM. Le diagnostic préalable à la signature du CPOM a mis en évidence que l'ensemble des ESMS étaient sur un coût moyen à la place le plus bas de la région. Le CPOM a permis un rebasage, la mise en œuvre d'une restructuration de l'ensemble du site IME CME MAS ainsi que la mise aux normes d'une partie des bâtiments.
Le président de chaque association est signataire du CPOM. Les deux CPOM ont été signés le même jour, dans le cadre d'une signature officielle avec une communication importante autour de cette signature conjointe.

A. Objectifs du CPOM

La formalisation du fonctionnement du siège inter associatif

Le CPOM a installé le siège inter associatif (SIA) alors même que le fonctionnement en SIA avait commencé avant la signature du CPOM, dès la phase de diagnostic.

La signature du CPOM a permis de formaliser le fonctionnement du siège. Il vaut reconnaissance de la quote-part qui est perçue pour financer le siège.

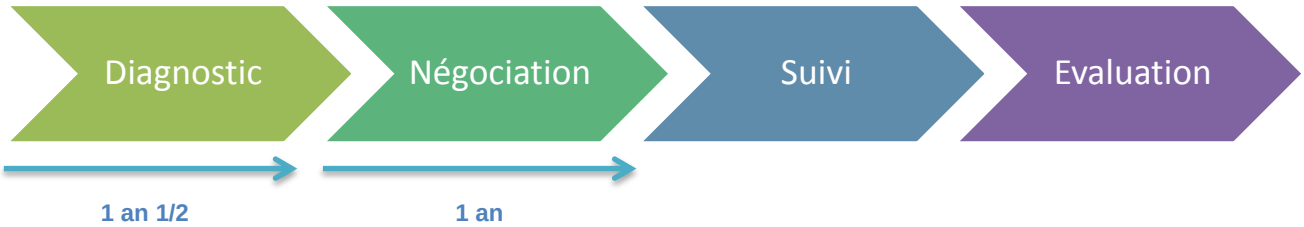
Les frais de siège sont autorisés à hauteur de 2, 202% Ils ont été augmentés de 100 000 € dans le cadre du premier dialogue de gestion avec l'ARS. Il s'agit en réalité d'une valorisation du travail réalisé par la structure, suite à un benchmark avec d'autres structures bénéficiant d'un siège qui a fait apparaître que le montant perçu était bien inférieur à d'autres. Le siège a été obtenu par redéploiement et non par financement supplémentaire (85 000€ pour le siège, qui ne paie que les seuls frais de fonctionnement). Cependant, cette augmentation risque d'engendrer une augmentation concomitante de la part du CD, dans la mesure où la structure dispose davantage d'ESMS sous compétence CD en termes de volume.

Initialement le siège inter associatif n'était pas autorisé, mais le CPOM a permis de formaliser et d'encadrer le financement et le fonctionnement du siège. Il a entériné l'organisation du SIA, son financement et les objectifs de réorganisation de l'offre en dispositif.

La confirmation de la réorganisation de l'offre en dispositif

Le CPOM avait également pour objectif d'entériner et de conforter les choix faits par les gestionnaires en matière d'organisation.
L'évaluation externe n'avait pas été réalisée lorsque les associations se sont engagées dans le CPOM. Cela a fait l'objet d'une fiche action commune et transversale à l'ensemble des ESMS du GCSMS. L'évaluateur externe s'est appuyé sur le diagnostic CPOM pour alimenter son évaluation.
La réflexion menée dans le cadre de la signature du CPOM a incité les associations membres du GCSMS à mener à terme et à sécuriser leur démarche de remise à plat de leurs modes de fonctionnement. Si la réorganisation par site géographique et en dispositif avait été engagée en amont de la signature du CPOM, ce dernier a contribué à consolider ce processus.

B. Méthodologie du CPOM



DIAGNOSTIC

- En 2012, l'ARS Bourgogne fournit un modèle de diagnostic de CPOM. Le diagnostic est partagé entre l'ARS et le CD.
- Le diagnostic s'est appuyé sur la mise en place des outils suivants :
  - Outils loi 2002-2
  - DARI
  - Plan de continuité d'activité
  - Plan canicule
  - Evaluation interne
  - Analyse des pratiques professionnelles

  L'ensemble des ESMS était sur le même référentiel :
  - Indicateurs d'activité et de moyens
  - Indicateurs financiers
  - Indicateurs RH
- L'ARS fournit une trame de synthèse de diagnostic
- Le diagnostic s'est terminé par la synthèse points forts/points faibles et par l'élaboration des fiches actions. Des fiches actions consolidées au niveau du siège et d'autres par ESMS.

NEGOCIATION

- Les réunions avec l'ARS et le CD ont été au nombre de 5/6, parfois alternativement, et à chaque fois sur des sites différents correspondants aux ESMS concernés, et associant les Directeurs. Les thématiques étaient systématiquement transversales.
- Des grandes orientations ont été identifiées à partir de la synthèse du diagnostic : politique sécurité et qualité, un volant RH et un volant qualification.
- Le CPOM s'est appuyé sur le PRS, le SROMS et le schéma départemental.
- La trame de fiche action a été proposée par l'ARS, et revue par le siège. Il existe des fiches actions pour le siège et d'autres pour les ESMS. Sur les ESMS, les fiches actions sont en adéquation avec le PRS et le schéma départemental, avec une centaine d'indicateurs (3-4 indicateurs par fiche action).
- 8 fiches actions sont portées par le siège et 30 fiches action par les ESMS.
- Exemple de fiche action - items
  - Etat des lieux
  - Actions
  - Coût
  - Actions
  - Echéancier
  - Résultats attendus
  - Référent
  - Indicateurs de suivi
- La signature du CPOM s'est faite après deux ans d'échanges.

SUIVI

- Des indicateurs sont suivis annuellement avec pour chacun :
  - Valeur initiale
  - Valeur cible
  - Echéancier
  - Indicateurs de résultat
  - Indicateurs d'atteinte d'objectifs
  - Evaluation
- Un suivi est réalisé par établissement et au niveau du siège.
- Des rencontres de proximité sont organisées entre le siège et le directeur des ESMS en vue de présenter un diagramme de Gantt (tous les 2 mois) et d'alimenter le dialogue de gestion annuellement.
- Le dialogue de suivi est prévu annuellement. Il a duré la première année 2 jours, ce qui ne pourra pas être reproductible chaque année.

Enseignements

A. Impacts du CPOM

Une mise aux normes de certaines structures

L'ensemble du site IME CME MAS ne répondait plus aux conditions d'accessibilité. Le CPOM a permis de consolider le financement des travaux dans le cadre d'un plan pluriannuel d'investissement (PPI). L'apport de CNR les 2 premières années, l'affectation en réserve des excédents des exercices antérieurs et une consolidation de la trésorerie ont permis d'équilibrer le PPI.

Un changement de modalités tarifaires et budgétaires

Le CPOM a permis un passage du prix de journée à la dotation globale de financement pour les ESMS sous compétence ARS. Cette nouvelle modalité de financement présente un certain nombre d'avantages :

- Un BFR qui diminue avec un paiement en douzième ;

- Une simplification administrative (diminution du nombre de factures);
- Une réduction des risques d'aléas par rapport à l'activité ;
- Un allégement de la procédure budgétaire : désormais, la structure ne présente plus de budget chaque année même si le budget exécutoire doit encore être présenté.

Un renforcement de la transversalité de fonctionnement

Le CPOM permet de renforcer le fonctionnement transversal des structures et des différents travaux : ceux menés au niveau de la sécurité (avec la mise en place d'un CHSCT qui profite aux travailleurs d'ESAT), ceux menés en lien avec le secteur sanitaire, etc. Si la mise en place du siège inter associatif a permis de mener des actions en transversalité, dans une véritable logique de dispositif, le CPOM a contribué à renforcer cette dynamique. Les formations sont également croisées avec le centre hospitalier spécialisé à partir d'un accord-cadre signé entre les deux parties. Le CPOM a permis d'identifier le GCSMS comme un acteur implanté sur un territoire de santé, et au cœur des différents schémas.

Une amélioration de la qualité de l'accompagnement des usagers

L'évaluation externe ne permet pas d'améliorer la qualité de l'accompagnement des usagers, car il s'agit d'une photographie à instant T. Le CPOM a permis quant à lui une véritable transversalité des actions et l'élaboration de fiches actions communes (ce que l'évaluation externe ne permet pas). La contractualisation permet de sortir des jeux d'acteurs et de formaliser et d'objectiver les actions. Le CPOM a contribué à impulser une démarche continue qui contribue à donner à l'association une visibilité sur son territoire et une forte légitimité auprès de partenaires extérieurs.

Ainsi par exemple, c'est le diagnostic CPOM qui a permis d'identifier les besoins en termes de moyens supplémentaires et de dresser le constat de la difficulté à recruter des paramédicaux. C'est le CPOM qui va permettre à la structure de consolider les postes de professionnels paramédicaux afin de proposer 1 ETP (psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute, kinésithérapeute) mutualisé sur l'ensemble des ESMS gérés par les deux associations (mise en place d'un plateau technique).

Une gestion transversale de la formation des professionnels

Une dynamique de formation a pu être mise en œuvre en direction des professionnels. Dans le cadre du DPC (Développement Professionnel Continu), la structure a constitué un groupe de travail pour être reconnue Organisme DPC. Un représentant de chaque profession dans chaque établissement a été nommé. Il s'agit de pouvoir répondre à l'obligation de DPC sans emboliser le plan de formation.
La reconnaissance d'ODPC génère une dynamique constructive inter-établissements. Des réflexions communes autour de protocoles sont également en cours.
Dans le cadre de formations en intra, les salariés des structures des deux associations membres peuvent intégrer les formations (formation de 15 places).
Des formations croisées sont mises en place avec le CHS dans le cadre d'un accord cadre. Des stages croisés sont également proposés entre établissements dans le cadre de cet accord cadre.

B. Leviers et freins au CPOM

Leviers	Freins
✓ Un CPOM conjoint avec les 2 ATC pour échanger sur des objectifs et indicateurs communs pour le siège et les ESMS sous compétence conjointe. ✓ Le CPOM permet une véritable liberté d'affectation des résultats : l'ensemble des résultats des ESMS peuvent alimenter un projet qui concerne un autre ESMS (ex : mise aux normes du site IME CME MAS)	✓ Un manque de cohérence sur les modalités et les règles de gestion et de suivi entre les 2 ATC (exemple : dotation globale pour l'ARS et prix de journée pour le CD) ✓ Un manque de souplesse du GCSMS qui ne permet pas de signer un CPOM unique au niveau du groupement ✓ La coexistence des deux associations comme deux entités distinctes est problématique et peu fluide (ex : dans le cadre de mouvements

	de postes. Les personnels doivent démissionner d'une association s'ils souhaitent aller travailler dans l'autre)

C. Préconisations

Veiller à l'équilibre dans le dialogue de gestion

Le dialogue de gestion doit porter sur le suivi du CPOM et la mise en œuvre des objectifs. Ce suivi doit porter à la fois sur des éléments qualitatifs et quantitatifs. Un juste équilibre dans les objectifs de ce dialogue de gestion doit être trouvé. En effet, si certaines ATC concentrent le dialogue de gestion sur des éléments qualitatifs, d'autres ont tendance à se concentrer sur des éléments quantitatifs.
La formation des acteurs au CPOM doit permettre une sensibilisation à ce juste équilibre.

Associer les professionnels et représentants du personnel

Les professionnels ont été associés au diagnostic, sous le pilotage des directeurs d'ESMS. Il s'agissait essentiellement des professionnels des fonctions support. Des points réguliers ont étés présentés en comité d'entreprise (CE), qui a servi de plateforme d'échanges autour de la réalisation du CPOM. Un point sur le diagnostic a été réalisé avec chaque CE.

Des réunions conjointes avec les directeurs, l'ARS et le CD ont été organisées dans le cadre de comités de pilotage et de comités techniques. Des réunions avec l'ensemble des directeurs et les fonctions support étaient également organisées régulièrement.

Les professionnels se sont engagés dans cette démarche à partir de la mise en place de groupes de travail transversaux entre ESMS. Les IRP sont également vecteur de cette transversalité. Une culture d'entreprise et l'appartenance au GCSMS Hesperia 71 est aujourd'hui acquise. La sollicitation des directeurs sur les expertises techniques a favorisé cette appartenance.

Néanmoins, si le GCSMS est bien identifié, les fiches actions du CPOM ne sont pas encore totalement intégrées par l'ensemble des professionnels. Le SIA a fait un travail de communication important à ce sujet. La mise en œuvre et le suivi des fiches actions s'appuient sur une démarche continue pilotée par les directeurs de chaque ESMS.

Connaitre les limites de l'outil juridique GCSMS

Le GCSMS est un outil pertinent de mutualisation de moyens et de ressources matérielles mais ne permet pas d'aller dans une logique complète d'intégration (sauf si le GCSMS avait la capacité juridique de gérer les ESMS en lieu et place des associations membres).
Le GCSMS ne pouvant pas être gestionnaire des ESMS, il n'a pas pu se substituer aux associations gestionnaires dans la signature du CPOM. Ceci a impliqué la signature d'autant de CPOM qu'il existe d'associations membres (à savoir 2). Il ne permet donc pas de rationnaliser la démarche de signature et de suivi des CPOM.
Il est primordial par conséquent de bien identifier en amont les rôles et missions de chacun et notamment entre le siège et les deux associations partenaires.
Enfin, dans un contexte de décloisonnement et de réflexion en dispositif, les modalités tarifaires ne permettent pas d'aller jusqu'au bout de la démarche pourtant prônée par le CPOM.
Cependant, les passerelles entre les deux associations peuvent être freinées pour des raisons juridiques : un salarié d'une association qui souhaiterait travailler pour l'autre association doit démissionner. Ce défaut de souplesse est un frein à la coopération entre les professionnels des deux associations. Une plus grande souplesse de l'outil permettrait d'aller plus loin dans ces réflexions (ex : circulation des professionnels, réalisation de formations conjointes, créations de passerelles entre structures, etc).

Focus mission Dessaule : Une fiche action en direction des personnes handicapées accueillies en EHPAD

Une étude de population réalisée en partenariat avec l'EHPAD a mis en évidence une perte d'autonomie rapide des personnes en situation de handicap accueillies en EHPAD (perte de 2 GIR en un an). En réponse à ce constat et pour favoriser la fluidité du parcours de vie, il a été créé un SAVS ainsi qu'un accueil de jour séniors.
L'objectif principal, vise à permettre une continuité de l'accompagnement des personnes à la retraite après une vie professionnelle à l'ESAT et une vie personnelle en Foyer d'hébergement ou à domicile. Le service accompagne la transition entre le Foyer d'hébergement ou le domicile et l'EHPAD afin de faciliter l'intégration et la vie ordinaire en EHPAD en assurant des services externes d'accompagnement pour le suivi de santé, les questions administratives, la relation avec les organismes de protection, l'accompagnement aux rendez-vous personnels…

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

Perspectives

Des avenants au CPOM pour adapter l'offre aux besoins des usagers :

Afin de répondre à une répartition équilibrée des places d'accueil temporaire sur le territoire de Saône et Loire, les 8 places d'accueil temporaires initialement autorisées sur 1 établissement sous compétence ARS, ont été redéployées sur 2 autres sites, dont un FAM sous double compétence (CD et ARS). Une fiche action spécifique a été élaborée dans le cadre du CPOM.
La mise en œuvre de cette action n'a été rendue possible que par la signature conjointe ARS/ CD
La signature d'un CPOM qui couvre 5 années permet d'apporter une réponse à des besoins identifiés sans pour autant passer par la logique d'appel à projet.
A présent, dès que les associations souhaiteront se positionner sur un appel à projet elles le feront en l'intégrant dans le CPOM par avenant.

Un deuxième CPOM pour accompagner l'évolution du GCSMS :

Le bilan des 5 années du premier CPOM permettra de construire plus facilement le nouveau CPOM. Certains projets se poursuivront dans le 2ème CPOM. La signature du 2ème CPOM impliquera d'associer les cadres intermédiaires dans la démarche, et de former les professionnels pour les sensibiliser à la méthodologie afin d'aboutir à une amélioration de la démarche de pilotage du CPOM. Le changement culturel induit par la contractualisation nécessite un réajustement des pratiques managériales.
A terme, d'autres structures pourraient rejoindre le GCSMS, à la demande des ATC.
La première étape du GCSMS a été d'« apprendre à travailler ensemble ». La limite actuelle du GCSMS réside dans l'absence de transfert d'autorisation. Une réflexion est en cours concernant la prochaine étape qui viserait à demander une autorisation de siège et à modifier l'objet du GCSMS pour recevoir les autorisations.

ANNEXE : Détail des différentes phases du CPOM

Cadrage du CPOM par l'ARS

Les deux associations partenaires étaient d'accord pour s'engager dans un CPOM conjoint et partagé avec l'accord de l'ARS, puis dans un second temps avec l'accord du CD.
L'ARS a piloté la démarche de signature du CPOM car c'est elle qui participe de manière plus importante au financement des ESMS. De plus l'ARS avait initié et conduit à la mise en place de CPOM sur le territoire.
Par lettre du 14 avril 2012, l'ARS rappelle par arrêté du préfet du 14 février 2012 que le préfet de Saône et Loire a approuvé la constitution d'un GCSMS, mais que juridiquement chaque association doit être signataire d'un CPOM, avec des objectifs communs. La lettre précise la méthodologie de signature du CPOM et la comitologie du pilotage du projet.

L'ARS a rédigé une lettre de cadrage (19 avril 2012) qui apporte de nombreuses précisions concernant la méthodologie. Cela résultait notamment de la volonté conjointe des associations partenaires, de l'ARS et du CD de caller la comitologie bien en amont.

Diagnostic

Le Diagnostic a été piloté par les Directeurs de sites et les fonctions supports du siège ont été mobilisées pour leur apporter une aide et une expertise. Pour réaliser ce diagnostic ils se sont appuyés sur les outils mis à leur disposition par l'ARS et leur Fédération.
Des questionnements ont émergé au fil des éléments présentés et les documents ont été amendés.
A l'issue du diagnostic, une synthèse de ce dernier a été élaboré dont la trame avait été proposée par l'ARS. Cette trame reprenait point fort/point faible complété par le siège, et en lien avec les orientations du PRS et des schémas.
Si les associations signataires partagent le choix des items retenu par l'ARS dans le cadre du diagnostic, elles ont décidées d'aller plus loin dans le diagnostic, elles sont allées au-delà de ce qui était demandé initialement pour permettre une meilleure description de l'activité des ESMS.
Pour cela elles ont dû créer conjointement leurs propres outils dans un souci de détailler davantage leur activité (grille de capacités par exemple).

Le diagnostic a fait l'objet de points d'étapes réguliers auprès des CE de chaque association membre.

Focus sur des problématiques particulières liées au diagnostic : le défaut de vision commune entre les ATC sur certains sujets

Un certain nombre d'échanges et de réunions ont eu lieu concernant la prise en compte par l'ARS et le CD de certaines charges sociales et fiscales dans les rémunérations. Les ATC n'avaient pas de vision commune sur le sujet et notamment concernant le pourcentage de charges.

L'ARS s'intéressait particulièrement à l'effet de Noria avec une règle de départ à la retraite et de remplacement à N+5. Or, si le CD a bien repris le tableau des effectifs avec une projection sur 5 ans, ce n'est pas le cas de l'ARS. L'ARS dispose en effet, d'un taux d'évolution unique, qui s'applique à tous. En conséquence l'ARS n'a pas isolé le groupe II dans les évolutions tarifaires.
Cela a entrainé de nombreux échanges entre les différents acteurs sur la prise en compte de la valeur du point, sur les indemnités de départ à la retraite, les évolutions de coefficients, etc. et a impliqué une forte charge de travail pour les fonctions supports.

Fiches actions

L'ARS a proposé une trame de fiche action, que le siège a fait évoluer et a réactualisé.
A partir de cette trame, le siège a rédigé et proposé l'ensemble des fiches actions en s'appuyant sur les grandes orientations issues du diagnostic. Une seule fiche action a été demandée expressément par l'ARS et portait sur la coopération et la télémédecine pour s'inscrire dans le PRS, avec la volonté que le SIA puisse porter une démarche de télémédecine pour l'ensemble des papillons blancs de Saône et Loire. C'est la seule fiche action descendante proposée par l'ARS, mais qui apparaissait comme un réel enjeu pour la structure.

Certaines fiches actions étaient propres au SIA, d'autres spécifiques pour les établissements et services, certaines fiches étaient transversales par site géographiques, soit environ 30 fiches actions et une centaine d'indicateurs.

Des moyens supplémentaires ont été alloués par l'ARS et le CD dans le cadre de certaines fiches actions du CPOM. Ainsi, la reconnaissance dans le CPOM d'une section autisme avec des moyens alloués nouveaux ont permis de financer de nouveaux postes. Le travail conjoint entre les deux associations membres du GCSMS a permis d'obtenir des allocations de ressources communes / conjointes.

Suivi des indicateurs annuels et dialogue de gestion

Les Fiches actions sont déclinées jusqu'en 2018 mais pour le dialogue de gestion, le SIA a formalisé un tableau récapitulatif des actions à mener pour chaque année. Le tableau de suivi des Fiches actions a été élaboré par le siège. (diagramme de GANTT)

Les 2 ATC ont participé au choix des indicateurs relatifs au siège et aux ESMS.

L'ARS souhaiterait un envoi des documents de suivi du CPOM avec les documents du compte administratif.
A ce jour il n'existe pas d'outil consolidé permettant le suivi sur un fichier unique de chaque action. A terme, la mise en place d'un système d'information permettra de consolider ce suivi.

Pour assurer le suivi du CPOM, le siège fait un point d'étape concernant l'ensemble des indicateurs (durée : 2 jours). Pour simplifier cette étape, l'ARS a demandé à ce que ce point d'étape soit synthétisé par thématique spécifique et par type de structures.

Le dialogue de gestion est commun ARS/CD pour le siège, puis il est organisé de manière séparée en fonction du type d'ESMS (sous responsabilité unique ARS, conjointe ARS/CD ou unique CD).

c. Alefpa Guadeloupe, un CPOM pour guider l'évolution du projet d'accompagnement de la structure

Présentation de l'ALEFPA Guadeloupe	
Personne référente	Monsieur Marcheguay, Directeur ALEFPA Guadeloupe et Martinique
Interlocuteurs rencontrés	Madame Guillaume, Directrice adjointe IME Madame Golabkan, Directrice adjointe en charge des SESSAD Monsieur Patrice Rénia, ARS Guadeloupe
Date de création	1981
Statut juridique des organismes gestionnaires	Association à but non-lucratif
Convention collective	CCN 51 (IME et SESSAD) / CCN 66 (ESAT)
Effectifs	108,26 ETP sur le pôle enfance (dont 12 ETP E.N) 17,37 ETP sur le pôle adulte
Nombre d'ESMS et capacité autorisée	IME de 96 places réparties de la manière suivante: IMP de 48 places (enfants de 6 à 13 ans) IMPro de 48 places (ados de 14 à 17 ans) Un internat de semaine de 20 places commun aux deux structures SAIS de 47 places (jeunes adultes de 18 à 20 ans) SESSAD (enfants et ados de 6 à 18 ans) sur 3 antennes : SESSAD de 25 places SESSAD de 25 places SESSAD de 20 places ESAT de 80 places (personnes souffrant de handicap psychique)
Siège	Siège national à Lille (Nord)
Présentation du CPOM	
ESMS intégrés dans le CPOM	Les 4 ESMS gérés : IME, SAIS, SESSAD, ESAT
Signataires	ARS et association gestionnaire
Date de signature	Signature en novembre 2011 Mise en œuvre du 01/01/2012 au 31/12/2016
Renouvellement	01/01/2017

Présentation de la structure

L'Association laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie (ALEFPA) a été créée en 1959. Elle gère une plus de 130 structures réparties dans 16 départements et accueille près de 8 000 jeunes et adultes en difficultés sociales, de santé ou en situation de handicap.

Depuis 2015, les établissements et services de l'ALEFPA en Guadeloupe sont sous la responsabilité d'une direction territoriale composée d'un Directeur territorial et d'une Directrice territoriale adjointe, qui est responsable également des structures de l'association en Martinique.
En Guadeloupe, les établissements sont placés sous la responsabilité de trois directeurs adjoints des instituts médico-éducatifs (IME), service d'éducation spécialisée et de soins domicile - service d'aide à l'intégration scolaire (SESSAD-SAIS) et établissement et service d'aide par le travail (ESAT). La Direction territoriale est force de proposition dans le cadre du fonctionnement des établissements et services. Les missions, telles que la gestion des ressources humaines, la gestion comptable et financière, le développement de nouveaux projets, etc., sont mutualisées sous la responsabilité de cette direction territoriale.
L'ALEFPA en Guadeloupe est également représentée par une Administratrice déléguée, Membre du Conseil d'Administration national de l'ALEFPA, Madame Jocelyne COUDAIR, qui représente le Président de l'ALEFPA.

Entrée dans la démarche CPOM

La Guadeloupe a mis en place récemment sa politique de contractualisation. C'est sous l'impulsion du nouveau DGARS en 2011 que cette politique du CPOM a évolué. Néanmoins, les CPOM sont signés avec la seule ARS, le Conseil départemental étant moins investi dans la démarche de contractualisation (CPOM et CTP), et les CPOM actuellement signés le sont à moyens constants, avec une non reprise des excédents.

Suite à un important développement de l'association, par la création de structures et leur extension progressive, celle-ci était demandeuse de s'engager dans un CPOM et a commencé à mener une réflexion en interne dès 2009. En 2010, les premiers contacts ont été pris avec l'ARS pour une signature du CPOM en 2011.
Parallèlement, des projets expérimentaux très ponctuels existaient sur le territoire, mais nécessitant une vision stratégique plus précise.
Des opportunités ont alors rendu propices l'engagement dans le CPOM :
La désinstitutionalisation de l'IME et ESAT, avec une volonté d'ouverture sur le milieu ordinaire, nécessitait de s'inscrire dans une démarche pluriannuelle.
La connaissance et l'expérience des CPOM préexistants à l'ALEFPA (Réunion et Limousin) ont permis d'identifier une méthode et des préconisations liées à la contractualisation. L'association s'est alors appropriée les outils, en y intégrant cependant des éléments relatifs au contexte de l'association.
La nécessité de déployer de nouvelles offres sur le territoire (ex : manque d'un institut d'éducation motrice, d'un foyer d'hébergement de travailleurs handicapés sur le territoire) et de mieux structurer la stratégie de création et d'extension de l'association.

A. Objectifs du CPOM

Une réorganisation de l'organisme gestionnaire

Un des principaux objectifs du CPOM, fixé par l'ARS, a résidé dans la révision de l'organisation de l'association, avec une mise en conformité des budgets et des ESMS. En effet, l'association s'est développée de manière empirique, partant de la création de l'IME, du SAIS, des 2 SESSAD, de l'extension de capacité du SAIS, de l'extension de la capacité de l'ESAT et de l'ouverture d'un troisième SESSAD en 2011. Le budget n'était ainsi pas en adéquation stricte avec la réalité des catégories d'ESMS gérés par l'organisme gestionnaire. En outre, cette réorganisation était rendue impossible pour des questions techniques, liées au versement des dotations par douzième par l'assurance maladie.

Une redynamisation des équipes

La structure était historiquement très familiale. Un des objectifs du CPOM visait à procéder au recrutement de nouveaux professionnels afin de renouveler les équipes et de remotiver celles déjà en place.
Le CPOM a clarifié les rôles de chacun. Il a été également l'occasion de repenser le projet d'accompagnement et la prise en charge des jeunes, contribuant à redynamiser les équipes. Les

équipes ont été volontaires et associées tout au long de l'étape de diagnostic, ainsi que les IRP et les syndicats.
Le CPOM a permis de désamorcer les inquiétudes sur l'avenir des emplois (en lien avec le transport des usagers et l'entretien des locaux). Le CPOM a été également un levier de promotions internes, avec des transformations de postes ou des avancements de qualification. La masse salariale est restée la même mais a évolué.

Une libre affectation des résultats

La question du rebasage n'a pas été évoquée car la structure était suffisamment dotée, l'association étant excédentaire. Après une période de reprise des excédents en 2008 et 2009, l'ARS a laissé les excédents à l'association. L'affectation est négociée avec l'ARS pour la réalisation de travaux (entretien, maintenance, remise aux normes, etc.) et les investissements.
Les frais de siège présentent la particularité d'être négociés par le siège de l'ALEFPA à Lille.
Les transformations de poste ont été réalisées à enveloppe constante.

B. Méthodologie du CPOM

DIAGNOSTIC

- L'association a réalisé son diagnostic de manière autonome et a proposé son projet de CPOM à l'ARS.
- L'ARS ne disposait pas d'outils sur les CPOM et était très soucieuse initialement de l'aspect budgétaire du CPOM.
- Les fiches CPOM sont issues de la déclinaison du projet associatif, du plan d'action du projet d'établissement et des préconisations issues des évaluations externes.
- Une évaluation « vérité » a permis de servir de diagnostic au CPOM.

NEGOCIATION

- L'association s'est vue accorder l'ensemble de ses propositions par l'ARS. C'était un « CPOM de mise à plat », qui visait notamment à « institutionnaliser la désinstitutionalisation ».
- 24 objectifs ont été fixés.

SUIVI

- **Indicateurs de suivi**
  - ✓ Un suivi du CPOM est réalisé et entraîne des modifications. Il porte sur les fiches CPOM, et non pas uniquement sur le suivi budgétaire. Une analyse des indicateurs de réussite de chaque fiche est réalisée. L'atteinte d'un objectif ne met pas fin à l'action.
  - ✓ Un rapport d'activité annuel est envoyé par l'association à l'ARS.
- **Dialogue de gestion**
  - ✓ Le principe et la pratique de la transparence sont strictement appliqués par l'association gestionnaire. L'ALEFPA met en œuvre son réseau avec l'appui de la direction Générale et ses différentes expertises ainsi que l'articulation local / national avec le Président / l'Administratrice déléguée. Des rencontres annuelles avec le Directeur général de l'ARS de Guadeloupe en présence conjointe des deux niveaux de responsabilité de management et de gouvernance : Président / Directeur Général de l'ALEFPA ; Administratrice déléguée de Guadeloupe / Directeur Territorial.
  - ✓ Un point d'étape est réalisé en même temps que le suivi des comptes administratifs.
- **Bilans intermédiaires :**
  - ✓ Un bilan étape a été réalisé 1 an après la signature en 2013 sur l'aspect budgétaire, puis en juin 2014.
  - ✓ L'ARS est destinataire des rapports d'activité de l'association, ce qui lui permet de suive le CPOM.
  - ✓ Il est rendu compte des projets de CPOM et leur évolution au Bureau de l'association.
  - ✓ Le Conseil d'Administration au niveau national est saisi pour approbation des projets de CPOM.

EVALUATION

- Une évaluation sera réalisée en 2016, qui permettra à l'association de communiquer le projet de nouveau CPOM.

Enseignements

A. Impacts du CPOM

Une amélioration de la qualité de l'accompagnement

Le projet d'accompagnement et le projet d'établissement ont acquis davantage de sens. Le CPOM a permis de réaliser la mutation entre la loi de 1975 et la loi de 2005, en valorisant les droits des personnes par l'affirmation du principe « *une personne a des droits* » et en prévoyant le fonctionnement en dispositif.
Le CPOM a développé un esprit de coopération et de mutualisation entre les différents ESMS appartenant à l'OG, en termes de moyens humains et logistiques.

Une meilleure connaissance entre partenaires au CPOM

Le CPOM n'a pas de caractère figé et l'ARS laisse de la liberté à l'association dans le cadre d'une relation de confiance entre les deux partenaires. Le CPOM permet une meilleure connaissance entre acteurs, il n'est pas seulement un acte administratif.

Une première étape dans la coopération entre acteurs

Le CPOM a été un levier en termes de coopération, notamment avec les collèges, l'hôpital, etc. Il constitue la première marche qui ouvre des possibilités en termes de déploiement de nouvelles coopérations. Le CPOM a permis de mieux faire connaitre l'association, et surtout de convaincre et de rassurer les partenaires. Il constitue le support contractualisé d'une dynamique d'engagements réciproques entre l'ARS de Guadeloupe et l'ALEFPA.

Une adhésion des professionnels et des institutions représentatives du personnel au CPOM

La maîtrise et l'adhésion aux fiches actions étaient initialement compliquées. Un temps d'accompagnement des professionnels a permis d'identifier des actions répondant aux fiches actions et aux projets de l'IME. Le CPOM a permis de repenser certaines actions par la mise en place de temps collectifs d'échanges (internat, transport, IMPRO). Certains sujets ont entrainé l'adhésion rapide de chacun, d'autres ont nécessité plus de travail (jardin pédagogique). Certaines fiches actions ont dû être revues car elles n'étaient plus pertinentes et n'ont donc pas été mises en place. D'autres au contraire ont été au-delà des objectifs fixés.
Le CPOM a donné un sens au projet pour les professionnels, en se questionnant, se remettant en cause, se confrontant à la réalité du territoire et en se projetant.

Le projet de CPOM a été présenté en comité d'entreprise et aux trois syndicats pour information, avec une invitation à une réunion de travail. Des craintes existaient concernant les emplois, avec la mise en place d'une externalisation entrainant une suppression de postes des emplois généraux (transports, cuisine, locaux). Une clause a été inscrite dans le CPOM visant à un maintien de la masse salariale. Trois postes de professionnels de services généraux ont été transformés en postes d'Aides Médico-Psychologique. Cela s'est accompagné d'un dispositif de formation.
La masse salariale n'évolue pas mais le nombre d'ETP diminue au profit d'évolutions de poste. La mobilité forcée constituait également une crainte. Enfin, le « saut dans le vide » était une appréhension.

B. Leviers et freins au CPOM

Leviers	Freins
✓ **Juridiques** : Une évolution des textes permettrait une harmonisation du calendrier des CPOM avec celui des autres outils du secteur médico-social. ✓ **Souplesse budgétaire** : ✓ Les OG ont besoin de disposer d'une organisation budgétaire correspondant à la réalité et de mettre en œuvre réellement le parcours des personnes. ✓ La structure souhaiterait pouvoir développer un « institut et service médico-éducatif », avec un seul budget, une fusion de l'IME et du SESSAD, et accueillir des jeunes en internat. Pour ce faire, davantage de fluidité et de cohérence des dispositifs proposés aux usagers est nécessaire. ✓ **Un soutien de l'ARS**	✓ **Juridiques :** Une inadéquation existe entre les périodicités des différents outils existants : ✓ Schémas (prolongation de CPOM) ✓ Evaluation ✓ Projet d'établissement ✓ **Budgétaires** : ✓ Les allocations budgétaires manquent de souplesse, notamment au regard des FINESS qui ne correspondent pas à la réalité du fonctionnement des structures. De plus, les modalités de financement ne permettent pas de prendre en compte les besoins de personnes et la nécessité de décloisonner les parcours des personnes. ✓ La difficulté du financement de l'assurance maladie et du prix de journée soulève un problème technique (alors que le financement est aujourd'hui en dotation globale) ✓ **Tripartisme :** Les autorités de tarifications ont des différences de positions en termes d'objectifs du CPOM.

C. Préconisations

Faire adhérer l'ensemble des acteurs aux objectifs du CPOM

- ✓ Professionnels
- ✓ IRP

Ne pas reproduire des CPOM pré existants

Il convient d'adapter chaque CPOM à la situation propre de son organisme gestionnaire. Les outils des CPOM doivent être adaptés aux catégories d'ESMS et à la spécificité de leurs missions.

S'appuyer sur le CPOM pour repenser le projet d'accompagnement et la politique de gestion des emplois et des compétences en interne.

Perspectives

La préparation du prochain CPOM

Une mise en adéquation avec le schéma régional d'organisation médico-sociale

Le 1er CPOM se termine en 2016. La base des fiches du 1er CPOM permettra de travailler sur d'autres fiches, avec un maximum de trois nouvelles fiches actions par ESMS. Les objectifs du CPOM seront mis en adéquation avec le prochain schéma, ou révisés dans une annexe si ce dernier n'est pas encore paru. L'ancien schéma était en adéquation avec les besoins.

Une poursuite de la politique de désinstitutionalisation

Le prochain CPOM proposera des projets plus ambitieux, tout en poursuivant la dynamique de désinstitutionalisation :

- Mettre en place dans l'ESAT une systématisation des emplois ordinaires, professionnaliser le fonctionnement des ateliers pour permettre aux travailleurs d'acquérir des compétences leur permettant de travailler en entreprise ordinaire, développer un travail le plus possible vers l'extérieur. C'est ainsi qu'un travail est mené par la Direction Générale avec les établissements afin d'harmonisation les rémunérations au niveau associatif : grille d'ancienneté, valorisation des compétences, mise en place de chèque vacances…
- Ouvrir l'accompagnement des enfants au milieu ordinaire, avec une continuité et un renforcement de l'inclusion scolaire en fonction des possibilités de l'enfant, avec un positionnement et une valorisation de l'obtention de diplômes par un repérage des jeunes et leur inscription dans un cursus diplômant.
- Prendre en compte les souhaits des usagers et de leurs familles lors des temps hors institution : soirée, le week-end, pendant les congés.
- Repenser l'organisation de l'IME et du SESSAD, qui pourraient être fusionnés en une seule entité.

Focus mission Dessaule :

- Le prochain CPOM pourrait permettre d'ouvrir l'accès à l'internat pour les jeunes accompagnés par le SESSAD. L'internat s'est mué en outil éducatif, il permet de répondre aux problématiques des jeunes qu'il accueil.
- Cette action s'inscrit dans le cadre des parcours complexes, avec une adaptation de l'offre aux spécificités des parcours, avec de la souplesse et une adaptation de la réponse, en donnant davantage de fluidité et de cohérence.

Une réponse à de nouveaux projets

Les demandes de l'association ne portent pas sur une augmentation du budget. Cependant, si de nouveaux projets (exemple : réponse à un appel à projet de création d'un IEM) sont mis en place, des financements spécifiques seront demandés. Une annexe au CPOM pourra être réalisée pour prendre en compte la mise en place d'un nouveau projet.

d. OVE, Un CPOM régional, accélérateur de projets

Présentation de la structure – OVE	
Personne référente	Philippe Mortel, DGA OVE, philippe.mortel@fondation-ove.fr
Interlocuteurs rencontrés	• Laurie Trouiller, contrôle de gestion, référente contractualisation et TDB, OVE • Marie-Hélène Lecenne, Directrice autonomie, ARS Rhône-Alpes • Christelle Sanitas, Responsable allocation de ressources PH et contractualisation Direction autonomie, ARS Rhône-Alpes • Agnès Gérin, Chargée de mission CPOM PH, ARS Rhône-Alpes • Dominique Martinez, directeur de dispositif Haute Savoie et en charge d'une mission transversale promotion de la santé, OVE • Mélanie Tacquard, Directrice de dispositif et en charge d'une mission transversale gestion des risques (demande de l'ARS – objectif du PRS), OVE
Date de création	1944
Statut juridique	Fondation reconnue d'utilité publique
Convention collective	CCN 1966
Personnes accompagnées	Personnes en situation de handicap ou en grande difficulté (adultes, adolescents et enfants)
Effectifs	1 200 professionnels
Nombre d'ESMS et capacité autorisée	70 structures dont 63 en Auvergne et Rhône Alpes 2 500 personnes accompagnées
Territoire d'intervention	National
Financeurs	ARS, CD, Métropole de Lyon
Budget	63 M€
CPOM régional Rhône Alpes	
Date de signature	23 novembre 2011
ESMS intégrés dans le CPOM	Tous les établissements et services d'OVE sous compétence ARS
Frais de siège	Siège agréé

Présentation de la structure

La Fondation OVE a été créé en 1944 pour venir en aide aux enfants victimes de la guerre. Elle s'est ensuite développée en s'ouvrant à l'enfance inadaptée, au handicap et à la dépendance. En 2013, elle s'est vue attribuer la reconnaissance d'utilité publique.

En 2009, lors de la signature du premier CPOM, OVE rassemblait une quarantaine d'ESMS sur la région Rhône-Alpes.
Depuis cette date, la structuration du siège s'est accélérée, autant en lien avec la croissance de la fondation qu'avec la signature des CPOM successifs. Les établissements et services d'OVE bénéficient d'un lien direct avec les services de la direction générale qui exercent une fonction d'aide, de conseil et de contrôle.
En janvier 2015, OVE gère un dispositif d'une soixantaine d'établissements et services sociaux et médico-sociaux pour personnes en situation de handicap ou en grande difficulté, adultes, adolescents et enfants.

Entrée dans la démarche CPOM

OVE était volontariste pour s'engager dans la signature de CPOM.
Le 1er CPOM de l'association a été signé dans le département de la Loire en 2008, pour un effet en 2009. Il regroupait 6 ESMS.
En 2010, OVE signe un CPOM sur le département du Rhône, regroupant 36 ESMS.
En 2011, OVE signe un CPOM interdépartemental, regroupant 56 de ses ESMS.
En 2012, OVE signe un CPOM régional. Il ne s'agit pas d'une juxtaposition des CPOM existants mais d'une redéfinition régionale. Ainsi, l'ensemble des structures a été intégrée au même calendrier. La négociation de ce CPOM a pris entre 6 et 8 mois.
En 2015, un avenant au CPOM régional a été signé dans l'objectif « une solution pour tous, zéro sans solution ».
En 2016, OVE signera un CPOM sur la région Auvergne/Rhône-Alpes avec 4 ESMS supplémentaires, soit un total de 60 ESMS.
Par ailleurs, OVE est signataire d'un CPOM avec l'ARS Pays de la Loire depuis le 20 janvier 2015.

OVE a bénéficié d'un effet d'aubaine en signant parmi les premiers organismes gestionnaires, avec des crédits alloués sur la première génération de CPOM. A titre d'exemple, lors de la négociation du CPOM de la Loire, l'ARS souhaitait contractualiser avec trois gestionnaires. In fine, seuls deux CPOM ont été signés, OVE a donc pu bénéficier du report de crédits du 3ème CPOM non abouti, et mettre en œuvre l'ensemble de ses actions, y compris conditionnelles.

A. Objectifs du CPOM

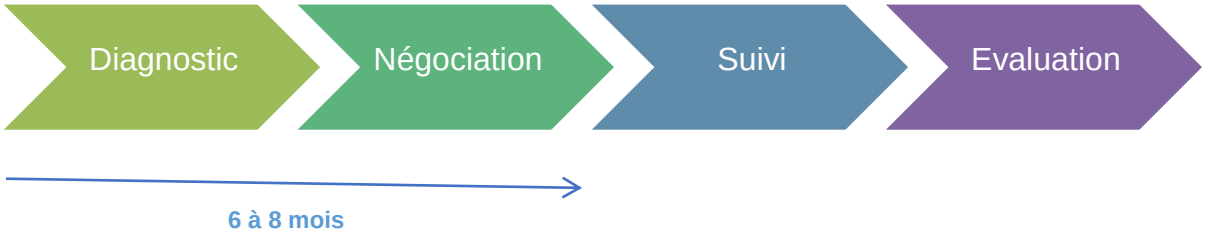
Un levier à la professionnalisation des organisations

Dès le départ, le CPOM n'était pas vu comme un outil purement financier mais comme un outil managérial, permettant de mobiliser les équipes autour d'un projet commun. En interne, le CPOM permet d'instaurer de la transversalité en apportant des réponses supra-départementales.
Il responsabilise la structure pour cinq ans. Il offre une puissance d'actions sur un nombre conséquent d'établissements, en permettant notamment de réaliser des virements de crédits d'un département à un autre de la Fondation, en fonction des besoins, tout en conservant une grande rigueur de gestion.

Un changement de rapport entre l'organisme gestionnaire et l'autorité de tarification et de contrôle

L'ARS ne se positionne pas en co-gestionnaire de l'association mais responsabilise le gestionnaire en priorisant des catégories d'objectifs en référence aux orientations stratégiques du PRS et en particulier du SROMS dont la déclinaison et le suivi sont abordés en dialogue de gestion.
Par ailleurs, le CPOM permet de sortir de la procédure budgétaire annuelle classique, du « ligne à ligne », entre l'organisme gestionnaire et l'autorité de tarification et de contrôle.

B. Méthodologie du CPOM



DIAGNOSTIC

- Les directeurs d'ESMS apportent les éléments préalables au CPOM, sur demande de l'ARS. Cela demande 3 mois d'investigation et de réunions internes.

NEGOCIATION

- Les directeurs participent à la négociation lorsque le thème ou l'ESMS est impliqué, tels les projets expérimentaux et de gestion des risques.
- Le CPOM comporte une trentaine d'objectifs classés dans 6 axes stratégiques.
- Des fiches ESMS sont annexées au CPOM afin que chaque directeur d'ESMS ait sa feuille de route dans un objectif de management, d'implication et d'appropriation au plus près du terrain des objectifs transversaux régionaux.

SUIVI

- Le dialogue de gestion est annuel : quantitatif puis qualitatif.
- Un dispositif de suivi des actions est mis en place par OVE et chaque directeur est pilote d'une action dans le cadre d'une délégation :
  - Le plan d'action est mis en œuvre par chaque directeur, qui conserve la main sur certaines actions et en délègue d'autres.
  - Le contrôleur de gestion est chargé de suivre ces actions. Il centralise par axe chacune des actions portées par les directeurs
- Avant chaque dialogue de gestion en mai (1 mois avant), 1 bilan par ESMS des objectifs du CPOM mis en place est réalisé, ainsi que des actions et GT.
- Un tableau de bord global de suivi est en cours de construction « tableau de bord du directeur » : suivi budgétaire/RH/CPOM/évènements indésirables/etc. L'ARS ne disposant pas d'outil de suivi, OVE lui a ouvert l'accès, en attendant e-Cars.
- Des nouveaux objectifs peuvent être apportés et donnent lieu à un avenant.

Outils méthodologiques :

Un kit de contractualisation accompagnant une instruction régionale, a été créé par l'ARS (le kit commun ARS CD concerne le secteur PA). Il a ensuite été testé auprès de gestionnaires. Il s'agit d'une boite à outils avec un CPOM type et des annexes types, qui ne se veut pas exhaustive. Il a été revisité au vu de l'instruction régionale (cf infra) et est disponible sur le site de l'ARS.
Il comprend notamment une trame de diagnostic et un tableau présentant l'ensemble des actions présentes dans les schémas, le PRS, etc. afin de faciliter le travail de correspondance entre le projet associatif et les schémas.

L'instruction régionale du 22 avril 2015 précise les orientations stratégiques, les conditions de la contractualisation et les intérêts à agir de chacun.

Enseignements

A. Impacts du CPOM

Un accélérateur de projets innovants

Préfigurant une évolution structurelle de l'offre

Au-delà des objectifs initiaux liés au changement de paradigme que représente le CPOM, celui-ci a été l'occasion d'accélérer la transformation d'ESMS, en dynamisant les projets et en associant l'ensemble des professionnels.

Dans une dynamique de maîtrise et d'évaluation des efforts de performance

Il permet la négociation de prises de risques partagés sur des projets innovants et structurants sur le territoire. Des projets transversaux ont été ajoutés/développés à la demande de l'ARS, avec un budget important consacré à la recherche, à l'évaluation et à la gestion des risques.

Une nouvelle organisation au service de la qualité de l'accompagnement

La communication mise en place par la structure a favorisé ce mouvement et créé un levier sur l'organisation des ESMS et sur les équipes.

La qualité de l'accompagnement des usagers a également été fortement impactée par ce CPOM, dans la mesure où il permet de mettre en œuvre un éventail d'offres de services complet, au plus près des besoins des personnes accompagnées sur leurs territoires de vie.

Focus sur le développement de projets innovants

Des projets innovants ont été créés et intégrés au CPOM dans le cadre de la signature d'un avenant en 2015.

<u>En matière d'offre</u> :

CAPE (cellules d'accompagnement pluridisciplinaire expérimental des difficultés de comportement à l'école)

L'expérimentation CAPE répond à une demande de l'éducation nationale et de l'ARS. Il s'agit de l'intervention de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) dans des collèges, sur la base de 10 places, auprès d'adolescents présentant des difficultés de comportement, mais sans notification de la maison départementale des personnes handicapées.
Un comité de pilotage, des actions de suivi sont mises en place avec l'ARS. Ce dispositif est financé à la fois par des moyens supplémentaires et des redéploiements.

DEAT : Trois Dispositifs Expérimentaux d'Accueil Temporaire (ou Transitoire). En Haute Savoie pour l'accueil de situations complexes en lien avec l'ASE, dans la Loire pour l'accueil de situations complexes en lien avec les services de psychiatrie, dans le Rhône pour l'accueil d'enfants et d'adolescents en attente de solution.

NINA (notifications ITEP non abouties)

Une expérimentation a été mise en place afin de trouver une réponse à des jeunes notifiés institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) mais non accueillis en ESMS en raison de leur comportement mais aussi en attente de place, refus de la famille du jeune, ou d'exclusions récurrentes. Une antenne mobile rattachée au dispositif expérimental d'accueil temporaire intervient à la demande d'une commission éducation nationale/coordinateur de l'association directement dans le collège afin de désamorcer la situation et

comprendre pourquoi la notification ITEP n'est pas effective. Cette expérimentation est aujourd'hui pérenne. Elle est financée par le 1% performance. Ce dispositif est en cours de développement sur d'autres territoires. Les NINA ont été créés initialement en partenariat avec l'éducation nationale, ils se créent désormais avec l'aide sociale à l'enfance.
Les professionnels ont adhéré aux dispositifs, ils en ont compris le sens et l'intérêt de travailler pour pérenniser le dispositif et leurs postes.
Externalisation des UE :

ITEP hors les murs : Plusieurs ESMS concernés. ITEP de Chambéry totalement désinstitutionnalisé, y compris l'internat assuré dans des internats scolaires. Un recherche- action conduite avec plusieurs ESMS sur les effets de l'accompagnement désinstitutionnalisé auprès des personnes accompagnées.

Places de SESSAD créées à partir d'une recomposition des IME : 78 places créées dans le cadre du 1% Zéro sans solution initié par l'ARS ARA, dont 71 places nouvelles de SESSAD.

Une dynamique récente sur l'autisme : Une montée en compétence progressive. Un projet Autisme s'appuyant sur les recommandations, un effort de formation des personnels très conséquents. Des effets obtenus : gain d'une MAS dans le Rhône par appel à Projets, Agrément du CMPP de Givors pour le diagnostic précoce en matière d'autisme, Création par ENI d'un SESSAD Autisme (sud Rhône) et d'un SESSAD Asperger centré sur l'accompagnement préprofessionnel des adolescents (Métropole de Lyon)

En matière de pratiques professionnelles :
L'inclusion parentale :
Une Recherche / Action qui s'appuie sur un référentiel théorique issu de la psychologie systémique. Elle inclue concrètement les parents aux accompagnements proposés. Cette inclusion se fonde sur la base d'une triple lecture (compétences de l'usager, des compétences parentales, des interactions en œuvre au sein de la cellule familiale). 3 thématiques choisies par OVE : prévention, inclusion au sein des rééducations, situations d'urgence.

En matière d'outils :

Gestactiv : Mise en œuvre d'un outil de mesure de l'activité désormais compatible Sérafin, généralisé à l'ensemble des services et permettant une mesure fine de l'activité par grand processus d'accompagnement d'une part et permettant un rendu compte « macro » (direction générale et/ou ARS) un suivi par ESMS et une information par salarié ou pour chaque personne accueillie.

ROCS : Généralisation du Recueil d'Observation et de Compétences Sociales dans tous les ESMS de la Fondation pour disposer d'un outil commun à destination des équipes éducatives. Cette méthode, initiée par Jacques Danancier *« est conçue et construite au sein de chaque ESMS pour définir cinq dimensions. Le plus souvent, les notions retenues sont choisies parmi les suivantes : vie sociale, vie affective, présence dans l'environnement, vie intellectuelle et culturelle, rapport au corps et à la santé, vie quotidienne, affirmation de soi. Ensuite, à partir de chacune de ces dimensions, sont définis cinq critères, chacun d'entre eux étant divisés en cinq degrés de progression. Chaque usager se retrouve doté de score dans chacune des échelles ainsi identifiées. L'ensemble peut être intégré sous forme de tableau ou de graphe, l'idée étant de pouvoir comparer d'une période ses progressions ou ses régressions enregistrées » (Jacques Danancier ROCS Collection Santé Social Ed Dunod.*

Gestion des risques : Déploiement d'un plan stratégique de Gestion des Risques sur l'ensemble des ESMS de la fondation destiné à décliner la GDR dans le secteur médico-social (handicap). Des travaux significatifs sur quatre thématiques : Déclaration des Evènements Indésirables Graves (EIG – Youtube EIG Fondation OVE), Mise en œuvre du plan bleu (Plan bleu Youtube Fondation OVE), Dispsositifs médicaux (circuit du médicament), Protection des données personnelles, Risques Environnementaux.

Outil de suivi du CPOM et de dialogue de gestion : Un tableau de bord « S.A.G.E.S » intégré au SI de la fondation et partagé avec l'ARS.

Outils internes de gouvernance du CPOM : Six axes stratégiques pilotés par des directeurs ou des cadres de proximité et des COPIL (comité de Pilotage) pluridisciplinaires initiés par la Direction Générale pour permettre l'appropriation par le plus grand nombre (culture, promotion de la Santé, GDR, …) donnant lieu à des publications (disponibles sur demande)

B. Leviers et freins au CPOM

Leviers	Freins
✓ **L'allocation de crédits dans le cadre du 1er CPOM** ✓ **Un interlocuteur identifié** L'OG et l'ARS ont désigné un interlocuteur unique. Ainsi, le dialogue est facilité par ces intermédiaires qui centralisent et communiquent l'ensemble des informations. ✓ **Un portage par le plus haut niveau de l'ARS avec une articulation avec les DT** Le portage politique par le DGARS et par la direction de l'autonomie valorisent le CPOM et favorisent l'entrée dans la démarche. L'ARS est très favorable à la contractualisation depuis 2009 et 45% de son enveloppe est sous CPOM sur le secteur PH. ✓ **Une réunion par DT annuelle technique** permettant de revenir sur les actions et de mobiliser les directeurs d'établissements sur la mise en œuvre des fiches actions. Il s'agit de conjuguer modélisation à l'échelle régionale et inscription territoriale. ✓ L'impact d'un CPOM régional : efficience, modélisation et essaimage. ✓ L'importance du dialogue de gestion pour les deux co-contractants : exigence de suivi et de traçabilité des actes afférents (tarification, autorisations, dialogue social, information des instances….)	✓ **Le changement de rôle des acteurs : passage de tarificateur à négociateur** Certains professionnels ont besoin de temps et d'une formation pour changer leurs pratiques professionnelles et prendre en compte ce changement de paradigme. Et réciproquement, la tarification des CPOM régionaux peut se poser. ✓ **Nécessité d'une communication constante entre les différents échelons de l'ARS et de l'OG** La communication entre le siège de l'ARS et les DT d'une part, et entre le siège de l'OG et ses directeurs d'autre part, est essentielle pour faire fonctionner le CPOM. ✓ **Des difficultés d'articulation entre les ATC** Les collectivités départementales manifestent quelques réticences à s'inscrire dans la pluri annualité budgétaire d'autant plus dans un contexte budgétaire qui se contraint. Néanmoins, l'opportunité de recomposition de l'offre les engage à davantage contractualiser. ✓ Un CPOM vient d'être signé entre OVE et la Métropole de Lyon. Si ce CPOM ne connaît pas le même calendrier ni la même durée, l'articulation des projets communs aux deux CPOM sera recherchée dans le prochain CPOM à l'aune de l'entrée des ESAT dans le CPOM régional.

C. Préconisations

Régler les questions financières avant d'entrer dans un CPOM

Du point de vue de l'organisme gestionnaire, l'entrée dans la démarche CPOM doit en priorité se faire sous l'angle de la qualité, et non sous l'angle financier. Il convient en amont d'identifier des leviers d'action pour dégager des moyens en interne. En effet, afin de se concentrer sur la qualité, les rebasages sur les coûts moyens à la place doivent être négociés en amont de la signature des CPOM. L'organisme gestionnaire et ses ESMS sont ainsi en « bonne santé financière » au moment de l'entrée en CPOM.

Du point de vue de l'ARS, un CPOM peut contribuer à remédier à une situation tendue financièrement. Mais l'approche « offre » doit prévaloir et n'est pas incompatible. Un rebasage peut s'inscrire dans une perspective de recomposition de l'offre, de mutualisations.

Etre doté d'un niveau de maturité suffisant

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

Cependant, du point de vue de l'ARS, la structuration de l'OG peut être un des enjeux du CPOM. Les deux premières années peuvent permettre la constitution du pilotage et les années suivantes la mise en place des objectifs relatifs à l'offre. Cependant sur la durée d'un CPOM, la reproduction de la situation de chaque établissement ou service tant en termes budgétaire que de fonctionnement réduit considérablement l'impact de la contractualisation.

Mobiliser l'ensemble des acteurs

En termes d' « état d'esprit » par rapport au CPOM, les instances de l'organisme gestionnaire (le conseil d'administration par exemple) doivent être convaincues de ce levier. Un travail de pédagogie est ainsi nécessaire avec les administrateurs.
Ensuite, l'intérêt du CPOM et de ses conséquences doit être compris de tous, à tous les niveaux hiérarchiques. Un CPOM ne peut être signé en restant au niveau d'une direction générale ou d'un conseil d'administration. Les instances représentatives du personnel doivent également être associées.

Limiter la durée de contractualisation

Pour OVE, la négociation ne doit pas durer plus de 6 mois, sous peine de courir un risque de délitement dans le temps. Un an avant l'échéance du CPOM, un nouveau calendrier doit être anticipé. Cependant, le calendrier de généralisation des CPOM va réinterroger l'ensemble de ce cycle.
Dans les faits, de l'expérience de l'ARS, le délai de 6 mois est souvent prolongé de 3 mois dans le cadre des négociations budgétaires.

Perspectives

La nouvelle stratégie de contractualisation de l'ARS

Aujourd'hui, OVE se prépare au renouvellement de son CPOM régional à l'échelle d'Auvergne-Rhône-Alpes depuis l'avenant signé en janvier 2016. Le CPOM de la Fondation s'inscrit d'ores et déjà dans le nouveau dispositif mis en place par l'ARS, à savoir une stratégie de contractualisation, qui s'appuie sur un kit outils. Un avenant signé en novembre 2015 est venu conforter l'arrimage entre la politique de l'Agence et l'action de la Fondation.

Cette stratégie actée par l'instruction régionale du 22 avril 2015 vise à :

- Rééquilibrer les projets associatifs et la déclinaison du PRS,
- Faire du CPOM un levier de la recomposition de l'offre compte tenu des enjeux quantitatifs et de rééquilibrage territorial,
- Communiquer en direction des territoires non couverts/prioritaires, afin de créer des dynamiques pour améliorer la réponse aux besoins,
- Promouvoir une approche RH renouvelée,
- Prendre en compte les enjeux SI, qualité (gestion des risques et évaluation externe),
- Utiliser les indicateurs du Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social,
- Négocier l'affectation des CNR et des recettes Creton.

L'Agence a fait des CPOM un outil de déclinaison de ses objectifs de réduction des inégalités d'accès aux services de santé. A cet effet, elle met en œuvre une politique de péréquation des moyens. L'instruction régionale du 22 avril 2015 permet de débaser de 1% les CPOM au bénéfice de la couverture de territoires en difficulté.

Les marges de manœuvre issues de la contractualisation doivent être internes au contrat. Les CNR étaient alimentés par la réforme des comptes administratifs des ESMS hors CPOM, et il est incohérent de les attribuer aux ESMS sous CPOM. Il faut donc créer les conditions d'un intérêt à agir pour le gestionnaire. La marge de manœuvre réside dans les résultats de la mutualisation, la gestion macro de la dotation globale, l'absence de reprise des résultats et la liberté d'affectation des résultats. La proposition d'affectation fait toutefois l'objet d'une discussion dans le cadre du dialogue de gestion.

L'ARS a également instauré la prise en compte de l'activité. Celle-ci pourrait être sujette à question dans la mesure où, dans un fonctionnement en dispositifs, elle est plus complexe. Il s'agit de mesurer un rapport entre places et file active Le CPOM doit en préciser la comptabilisation afin que chaque partie prenante : co-contractants, MDPH et CPAM partagent et la capacité d'accueil ou d'accompagnement et les résultats d'activité.

La prise en compte du projet régional de santé et de la dynamique territoriale

La dynamique territoriale devra être ajoutée au prochain CPOM. Le CPOM doit permettre des rapprochements et des évolutions du secteur médico-social et entre secteur médico-social et autres acteurs de la santé, à travers une vision filière et parcours. Une nouvelle définition des territoires va ouvrir une approche beaucoup plus fine des articulations avec des actions infra-départementales. Se pose également la question de l'opposabilité des objectifs du PRS, éventuellement à une échelle infra départementale sur des territoires de parcours (réflexion en cours).

La mobilisation des Conseils départementaux et la recherche d'un intérêt à agir

La concertation avec les Conseils Départementaux sur les CPOM est nécessaire. Elle est davantage engagée dans des départements plus ruraux.
De nombreux leviers à la mobilisation des CD dans le CPOM existent.
Il convient de les associer à la réflexion dans la mesure où ils sont insuffisamment informés des réformes nationales.
Avec l'entrée des ESAT dans l'ONDAM médico-social, l'intérêt à agir va être très fort pour les CD concernant les foyers, les sorties des ESAT, et plus globalement la notion de parcours.
Ils peuvent également avoir intérêt à agir sur les amendements Creton, le répit, et les personnes handicapées vieillissantes.
Néanmoins, des freins subsisteront, notamment sur la pluri-annualité budgétaire.

Complément d'informations susceptible d'être intégré à la monographie du CPOM de la Fondation OVE relatif au test d'un outil d'autodiagnostic construit à partir des nomenclatures de besoins et de prestations de SERAFIN PH et des indicateurs du TB ANAP

Focus : test d'un outil d'autodiagnostic construit à partir des nomenclatures de besoins et de prestations de SERAFIN-PH et des indicateurs du TB ANAP

1/ Origines de la démarche

La Fondation OVE a pour objectif de mettre davantage en évidence la prise en compte des personnes accompagnées et de leurs aidants dans l'accompagnement et d'autre part la recherche de l'inclusion en milieu ordinaire ; valeurs constitutives du projet de la Fondation et de la pratique dans ses ESMS. L'objectif recherché est à terme de favoriser **la fluidité des parcours**. Par voie de conséquence il s'agit aussi d'identifier **la rupture de parcours** de la personne accompagnée comme un risque en tant que tel.

Du côté de l'Agence, le déploiement des nomenclatures permettait de promouvoir une logique de prestations et non plus seulement de structure afin de favoriser des espaces de complémentarité et de coopération entre ressources internes et externes autour des parcours, de favoriser une appropriation

des nomenclatures comme leviers d'adaptation de l'offre et de renouveler la grille d'autodiagnostic insuffisamment « automatisée » .
La volonté tant de l'Agence que de la Fondation est de soutenir l'appropriation des nomenclatures en les utilisant dans différents cadres et de pouvoir en faire un retour à l'équipe projet nationale SERAFIN PH.

2/ La création d'une nouvelle grille d'autodiagnostic

La nouvelle grille repose sur plusieurs hypothèses :

- L'évaluation des besoins est partie prenante d'une capacité à adapter les prestations dispensées par l'ESMS et à personnaliser l'accompagnement ;
- L'évaluation des besoins suppose des outils d'évaluation ;
- Le dialogue entre les deux nomenclatures besoins/prestations devrait favoriser une plus grande capacité à adapter et à ajuster les ressources aux besoins à couvrir, en mettant à distance la tendance à la reproduction systématique d'une organisation formatée issue du statut de l'ESMS ;
- L'approche par les prestations suppose de pouvoir interroger la mobilisation de ressources existantes dans l'environnement de l'établissement ou du service, de droit commun pour faire levier de l'inclusion ou spécialisées afin à la fois d'étayer l'accompagnement et d'être davantage en capacité d'accueillir des publics présentant des profils moins standard dont les situations complexes ;
- Les questions doivent être simples et une consolidation des résultats doit être possible à l'échelle de l'ESMS mais également à l'échelle du CPOM pour alimentation des objectifs transversaux du CPOM ;
- L'utilisation des indicateurs du Tableau de bord ANAP ;
- Compte tenu de l'organisation de la Fondation et plus particulièrement de son siège, de nombreuses questions afférentes aux fonctions support sont traitées par la direction générale et non par les directions des ESMS.

Après plusieurs échanges, la grille, en cours de test, s'est fondée sur les questions suivantes :
La matrice issue de la nomenclature des besoins croise les catégories de besoins avec la pratique d'une évaluation individuelle (oui-non), l'utilisation d'un outil (mention) et avec quelle fréquence. Le deuxième groupe de questions porte sur la prise en compte de l'évaluation des besoins dans le projet d'établissement ou de service et dans le projet individuel.

La matrice relative à la nomenclature des prestations permet de mesurer tout d'abord la capacité de la structure à se décrire sous la forme de prestations, à vérifier l'exhaustivité des catégories de prestations rapportée aux besoins. Les questions portent sur la délivrance ou non de prestations, le pourcentage de public concerné, les ETP affectés (méthode différenciée pour établir cette analyse : SI existant ou enquête à date), recours à des prestations extérieures rémunérées ou non avec réponse positive ou négative. L'intérêt de cette dernière question est de mesurer l'intégration de la structure dans son environnement (cf. l'une des hypothèses).
Pour les fonctions supports, plusieurs indicateurs du tableau de bord sont utilisés et les questions invitent à des réponses objectivables.

3/ Le diagnostic partagé

L'analyse des diagnostics vise à déterminer les objectifs transversaux du CPOM et des objectifs par groupe d'ESMS, par ESMS si besoin et par territoire, en anticipant sur les logiques territoriales du PRS 2 ; objectifs organisés à travers les 4 axes du CPOM type, tel qu'en vigueur aujourd'hui, en application de l'instruction régionale du 22 avril 2015.

Axe 1 : Prestations d'accompagnement des personnes
Axe 2 : Pilotage d'une démarche d'amélioration continue de la qualité
Axe 3 : Mise en œuvre d'une organisation efficiente
Axe 4 : L'inscription des ESMS dans les dynamiques territoriales

Ces 4 axes recoupent la cartographie des fonctions du guide de contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale si l'on considère que l'axe 2 qualifie la gouvernance et que l'efficience porte sur les

fonctions supports. De fait, dans un cercle de réflexion animé par le CREAI, le postulat a été fait que la cartographie des fonctions peut structurer non seulement la mesure des risques dont celui de l'absence ou de l'insuffisante fluidité des parcours mais également la capacité de l'organisme gestionnaire de prévenir et de corriger ceux-ci, en les priorisant. La cartographie introduit la possibilité de formaliser le nécessaire dialogue entre lesdites fonctions dans le but de gérer les risques et la qualité ; cartographie également utilisée dans la démarche SERAFIN PH.
L'autodiagnostic par ESMS et le diagnostic consolidé seront effectués par chacun des cocontractants avant diagnostic partagé fixé fin novembre.
Les grilles servent également les dialogues entre la Direction générale et les directions des ESMS de la Fondation d'une part et entre le négociateur régional et chacune des directions départementales concernées de l'Agence régionale de santé.
Il va de soi que d'autres sources d'informations sont également mobilisées dont les rapports d'évaluation externe, les rapports d'inspection, les évènements indésirables graves, les groupes homogènes de structures, les enquêtes et études régionales, analyse des niveaux d'activité.

4/ L'accès aux tableaux

Les supports sont accessibles sur les sites de la Fondation et de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.
A partir d'une grille indicative de remplissage, le Directeur général adjoint a mis en place une FAQ également accessibles.

e. PEP 21 et 25, un CPOM inter-régions au service du rapprochement de deux entités

Présentation des PEP 25	
Personne référente	Jean-Yves Vuillemin, administrateur PEP 25, référent CPOM
Interlocuteurs rencontrés	Michel CANNELLE, Président, PEP 21 Yves BERCOT, Directeur du CEEDA, PEP 25 Alain MILOT, directeur administratif PEP 21 Philippe ADAMY, Directeur de l'ITEP et du SESSAD Courtefontaine (39), PEP 25
Date de création	1929
Statut juridique	Association loi 1901
Convention collective	CCN 51 ITEP CCN 66 CEEDA CCN 89 DEL (Domaine de l'Education et des Loisirs)
Personnes accompagnées	Enfants et adolescents déficients auditifs Jeunes avec des troubles du comportement et de la conduite
Effectifs	33 ETP ITEP 41,85 CEEDA
Nombre d'ESMS et capacité autorisée	3 sites • ITEP : 36 places (22 internes et 14 semi) • SESSAD : 20 places • CEEDA : 110 enfants de 0 à 20 ans, SAFEP, SSEFS, une antenne sur l'aire urbaine de Montbéliard
Territoire d'intervention	Doubs (Besançon) et une partie du Nord Jura (ITEP) Région Franc Comtoise (CEEDA)
Financeurs	ARS
Budget	ITEP 1 995 000 SESSAD 290 700 CEEDA 2 502 709
Présentation des PEP 21	
Personne référente	Michel CANNELLE, Président, PEP 21
Date de création	1916
Statut juridique	Association 1901
Convention collective	CC66
Personnes accompagnées	De la petite enfance à la personne âgée
Effectifs	1 100 salariés (780 ETP)
Nombre d'ESMS et capacité autorisée	30 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux 600/700 places Une organisation en dispositifs

Territoire d'intervention	4 départements de la Bourgogne
Financeurs	ARS et CD
Budget	40 000 000
CPOM des PEP 25, PEP 21, PEP 58, PEP 71 et PEP 89	
Date de signature	11 juin 2014 avec effet rétroactif au 01/01/2014
ESMS intégrés dans le CPOM	Ensemble des ESMS financés par l'assurance maladie 2 régions 5 départements
Siège	Frais de siège de 3,5% à l'issue du CPOM

Entrée dans la démarche CPOM

Les PEP 25 ont deux structures médico-sociales. En 2009, le site de Courtefontaine est en déficit structurel. Ne disposant pas de siège SMS, les PEP 25 se sont rapprochés des PEP 21 afin de bénéficier d'un appui technique sur certains postes (juridique, comptable, ressources humaines, etc.), dans le cadre d'une convention de partenariat. Le second établissement, le CEEDA (centre d'éducation pour enfants déficients auditifs), a également signé cette convention.

En 2012, une discussion avec l'ARS Franche-Comté commence autour de la restructuration de l'ITEP et de la signature d'un CPOM. L'ITEP des PEP 25 devait être restructuré avant d'entrer en CPOM (100 000 € de déficit annuel). Il a donc fait l'objet d'une restructuration en 2013, avec un rebasage, qui lui a permis de stopper son déficit structurel.
L'ARS a incité les PEP 25 à signer un CPOM à la condition d'atteindre une taille critique, par le biais d'un rapprochement avec une association plus importante. Après l'appui technique qu'ils avaient apporté, et dans la mesure où il n'existait pas d'autres ESMS PEP 25 sur la région, le rapprochement avec les PEP 21 s'est fait assez naturellement d'autant que l'on restait dans la même mouvance associative : les PEP.

Parallèlement, en Bourgogne, un premier CPOM avait été signé en 2008 à l'initiative de l'ARS, sur chaque département avec chaque entité juridique des PEP 21,71 et 89. Ce premier CPOM était en base de reconduction avec des projets financés par fiche-action, et des crédits non reconductibles (CNR) fléchés.
Les PEP 21 arrivaient en fin de CPOM en 2014. L'ARS a proposé la signature d'un CPOM inter-régional et la réalisation d'une analyse d'un rapprochement des associations départementales.

A. Objectifs du CPOM

La pérennisation de l'activité des ESMS PEP 25

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

- Des apports permettant la création des locaux du CEEDA avec des CNR ;
- Des amortissements permettent de relancer les constructions sur l'ITEP sur 2 pôle : Saint Vit et Dole, et impliquant ;
- Des suppressions de postes ;
- Des économies d'énergie (divisées par deux).

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

Le CPOM prévoit un taux de reconduction annuelle ainsi qu'une allocation annuelle de CNR, prédéfinie dans les termes du contrat en fonction des fiches-actions. Une libre affectation des résultats est laissée aux gestionnaires. En revanche, les structures ne peuvent opérer librement des virements de crédits entre elles.

Un CPOM inter-régional visant à rapprocher cinq entités départementales

En 2013, les PEP 21 travaillent sur un CPOM régional avec 4 départements de Bourgogne. Les PEP 25 sont incités par l'ARS Franche-Comté à signer un CPOM avec les PEP 21. C'est ainsi qu'est née l'idée d'un CPOM inter-régional. Il s'agissait d'un territoire expérimental s'inscrivant dans le cadre de la future réforme territoriale. Pour la région Bourgogne, seule la Nièvre n'est pas concernée dans la mesure où il n'existe pas d'ESMS géré par les PEP 58. Les PEP 58 sont néanmoins intégrés à la démarche de rapprochement des PEP. Pour la région Franche-Comté, seul le Doubs est concerné.

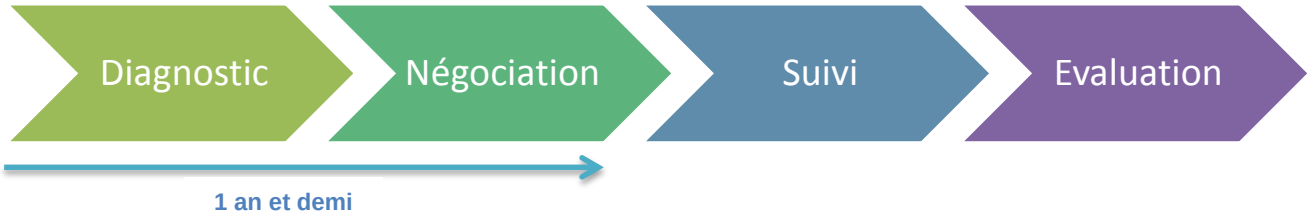
Le CPOM prévoit une mention selon laquelle les PEP 21, 25, 58, 71 et 89 s'engagent « *à constituer une seule entité gestionnaire sous une forme à déterminer par leurs représentants (…) Celle-ci sera détentrice des autorisations (...)* ».

Un comité technique et un comité de pilotage sont mis en place pour travailler à la structuration de cette entité gestionnaire.
Les ARS financent, dans le cadre du CPOM, l'accompagnement de la mise en place de la nouvelle entité à hauteur de 500 000€. Cet accompagnement se traduit, pendant la durée du CPOM, par trois temps forts:
L'accompagnement d'un cabinet d'avocats sur les différentes modalités de regroupement,
L'accompagnement d'un cabinet de conseil qui a rencontré individuellement chaque association départementale (AD) pour identifier les freins et leviers,
L'accompagnement d'un cabinet d'avocats afin de définir les statuts, harmoniser les RH.

Deux options étaient possibles : l'installation d'un GCSMS ou la fusion des associations départementales. Un département (Saône et Loire) souhaitait le GCSMS, à la différence des 4 autres départements. Au regard du choix réalisé en faveur de la fusion, ce département s'est désengagé des comités techniques.
Les AD s'inscrivent dans le cadre d'une fusion/création, et non d'une fusion/absorption, n'impliquant ainsi pas d'incidence financière, les associations bénéficiant d'une reconnaissance d'utilité publique.

B. Méthodologie du CPOM

La méthodologie du CPOM a été apportée par les PEP 21, l'ARS ne disposait pas d'outils. Les outils ont été « créés maison » afin de répondre aux besoins de la négociation du CPOM.
L'ARS Franche-Comté s'en est inspirée pour créer des outils, dans le cadre d'un kit désormais disponible et visant à accompagner la signature des CPOM dans la région.



DIAGNOSTIC

- Entre janvier 2013 et 2014, un comité de pilotage s'est réuni tous les mois avec les deux ARS et les représentants des associations départementales. Les premières réunions étaient très techniques afin de réaliser un état des lieux exhaustif pendant 6 mois.

NEGOCIATION

- La majorité des objectifs ont été négociés conjointement avec les 2 ARS. Cependant, certains points singuliers à chaque structure ont été discutés avec chaque ARS.
- En juillet 2013, les fiches actions du CPOM ont été discutées. Un des objectifs visait à réaliser l'évaluation externe avec les mêmes outils et le même calendrier et un prestataire commun.
- Les fiches actions sont issues des propositions des ESMS et s'inspirent des schémas départementaux : changement de locaux du CEEDA et construction de deux sites concernant l'ITEP, avec un fonctionnement en dispositifs. Il existe 12 fiches actions.
- Par ailleurs, le CPOM prévoit :
  - La création d'une organisation juridique,
  - La création d'un siège commun,
  - Des mises en commun du système d'information et la mise en place d'un dossier unique de l'usager,
  - Le transfert des autorisations pour aller vers une entité unique.

➔ La mise en œuvre des objectifs du CPOM devrait permettre d'atteindre en 2018 la mise en place d'une entité unique régionale avec la création de frais de siège.

- Le CPOM a été signé le 11 juin 2014.

SUIVI

- Le dialogue de gestion est prévu à échéance biannuelle. En pratique, il est annuel.
- En interne, un comité technique se réunit régulièrement pour suivre les fiches actions (réunion des directeurs) ainsi qu'un comité stratégique. Cette comitologie s'est mise en place pour la signature du CPOM et continue aujourd'hui naturellement à fonctionner.
- Des indicateurs d'avancement du projet, plutôt financiers, sont mis en place dans le cadre de suivi du CPOM.
- Le dialogue de gestion repose sur une présentation du compte administratif annuel de chaque structure.

Enseignements

A. Impacts du CPOM

Une évolution des modalités de travail du gestionnaire

La projection sur cinq ans est plus intéressante qu'un budget annuel qui induit une perte de temps, une forme de « bricolage » dans la procédure budgétaire, et qui ne permet pas d'anticiper sur du moyen terme. En effet, la poursuite d'objectifs de moyens termes sur une période de cinq ans est plus adaptée que sur une année civile.
De plus, en tant que gestionnaire, le CPOM donne un autre intérêt au travail ; il a entraîné le passage à une culture d'entreprise sociale et solidaire. Le travail qui est mené est reconnu par les différents partenaires mais également par la fédération générale.

La mobilisation des différents acteurs autour du CPOM

Après la mise en œuvre de démarches d'information, le travail avec les administrateurs et les salariés évolue dans le cadre de la négociation et de la mise en œuvre des objectifs du CPOM.

Qualité de l'accompagnement des usagers

Le CPOM a un impact direct sur la qualité de l'accompagnement des usagers avec la création de dispositifs proposant internat/externat/SESSAD, dans une logique de parcours de la personne.
Néanmoins, cette logique de parcours est restreinte par le cadre législatif et réglementaire, les financements restant liés au FINESS avec un coût à la place.

Adhésion des professionnels

Des informations régulières des professionnels sont mises en place, et ces derniers commencent à comprendre l'intérêt du CPOM. Ils sont directement impactés dans le cadre de la mise en œuvre des fiches actions.
Initialement, des craintes des salariés ont pu émerger face à un besoin de sécurité. Ces inquiétudes étaient cependant davantage générées par le projet de constitution d'une entité interrégionale que par l'engagement dans le CPOM. En effet, l'appartenance à un OG plutôt qu'à un ESMS induit un changement culturel important.
Historiquement, les PEP 25 rassemblaient dans le Doubs deux ESMS autonomes sans siège. Beaucoup de changements sont en cours, qui impliquent une évolution de la manière de travailler des professionnels, notamment dans le cadre de la mise en place de dispositifs. Par ailleurs, ils doivent apprendre à se connaître et à travailler ensemble. En outre, un comité d'entreprise central va être mis en place – les modalités des IRP, CE, DP ne sont pas encore définies, le travail est en cours avec un cabinet d'avocats.

Sensibilisation des administrateurs

Le CPOM a permis de faire prendre conscience aux administrateurs de l'existence des ESMS au sein des PEP 25, association départementale davantage axée sur le champ du DEL (Education et Loisirs).
La signature de la convention de coopération avait initialement permis d'identifier la mise en œuvre des mutualisations, et la connaissance mutuelle des professionnels se déplaçant sur les sites.

Focus sur le CPOM signé par les PEP 21 avec le département de la Côte d'Or sur le secteur de la protection de l'enfance

Le CPOM avec le CD a été signé en décembre 2015, après 6 mois de négociation. Il s'agit d'un renouvellement de CPOM. L'enveloppe a été signée d'office, dans un cadre budgétaire contraint et les objectifs ont été négociés ensuite. Le CD ne disposait d'aucune méthodologie prédéfinie. Les structures – des maisons d'enfants à caractère social (MECS) – se sont appuyées sur un organigramme cible avec un fonctionnement optimum de la nouvelle prise en charge.
Deux objectifs du CPOM :
Une baisse de 200 000 € du budget,
De nouvelles pratiques pour prendre en charge les enfants tout au long de l'année.
Cette modalité commence à être déclinée sur l'ensemble des dispositifs.
Le levier de ce CPOM n'est pas financier, dans la mesure où le cadre financier a été fixé d'emblée. Il relève de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences à l'échelle territoriale (GPECT) : mobilité interne, formation des professionnels, départs, etc.

B. Leviers et freins au CPOM

Leviers	Freins
✓ **Un intérêt à agir du gestionnaire sur cinq ans** Le gestionnaire est en mesure de se projeter sur une dimension pluriannuelle. De plus, il a bénéficié de crédits dès la signature, lui assurant ainsi une grande sécurité dans la mise en œuvre des actions définies par le CPOM. ✓ **Un appui d'une association départementale structurée** La signature du CPOM a été possible pour les PEP 25 par l'appui des PEP 21 dont la structuration du siège permet de disposer des ressources nécessaires à la formalisation des	✓ **Le manque de suivi du CPOM en lien avec les ATC** Les gestionnaires souhaiteraient avoir davantage de retours et d'échanges avec les ARS après la signature du CPOM afin de réaliser un véritable suivi des actions mises en œuvre. ✓ **L'absence de fongibilité des enveloppes entre ESMS, notamment dans le cadre des dispositifs** Les PEP souhaiteraient pouvoir bénéficier de plus de souplesse et de liberté dans la gestion des moyens alloués. En effet, en l'état actuel, ils ne sont pas en mesure de compenser

documents, à la négociation des financements (budgets base zéro). ✓ **Un CPOM au service d'un projet structurant et accompagné par les ARS** L'orientation du CPOM autour d'un projet de regroupement permet de mobiliser l'ensemble des acteurs. L'accompagnement financier facilite les travaux engagés.	facilement le déficit d'une structure par l'excédent d'une autre. ✓ **Le manque d'adéquation entre les temps des différents projets** Le CPOM poursuit des objectifs pluriannuels. Or, certains projets nécessitent une adaptation plus fréquente. C'est le cas des ESAT dont l'activité peut nécessiter des adaptations rapides.

C. Préconisations

Se restructurer avant de s'engager dans un CPOM et disposer d'une certaine taille

Il était essentiel pour les PEP 25 de faire l'objet d'une réorganisation antérieure à la signature du CPOM afin de démarrer sur des bases solides.
Par ailleurs, le regroupement des entités a permis de créer une certaine assise au CPOM, facteur de crédibilité pour les ARS.

S'assurer de l'intérêt à agir de l'ensemble des signataires au CPOM

L'ensemble des parties prenantes du CPOM s'est assurée de son intérêt à agir dans le cadre de la signature, ce qui a permis de faciliter les négociations et les relations entre ARS et organismes gestionnaires.

Recourir à un tiers

Les PEP 25 avaient besoin de l'expertise des PEP 21 pour s'engager dans la signature d'un CPOM.
De même, l'objectif structurant autour du CPOM est la construction d'une entité unique, gestionnaire de l'ensemble des autorisations. Les PEP 21 et PEP 25 58 89 ont pu bénéficier d'une enveloppe financière dans le cadre du CPOM, dédiée à l'accompagnement de leur rapprochement. Le recours à un tiers expert est présenté comme facilitant dans la démarche.

Focus mission Desaulle

La résolution des parcours complexes ne peut se faire que dans le cadre de partenariats avec d'autres structures.
Le CPOM prévoit des clauses relatives à ces partenariats et au fonctionnement en réseau.
Le CPOM n'est qu'un outil ; il peut prévoir des fiches actions sur la prise en compte du handicap rare par exemple, mais des moyens sont nécessaires pour la mise en œuvre.

Perspectives

Une dimension interrégionale du CPOM

La régionalisation du CPOM est en cours sur l'ARS Bourgogne Franche-Comté, même si l'ARS Franche-Comté a toujours fonctionné sous l'angle « région». En effet, les ARS ont la volonté de proposer des taux d'équipements équitables sur l'ensemble des départements, en fonction des besoins des personnes accompagnées. Les mutualisations et les projets doivent donc dépasser les frontières administratives. Le CPOM permet de contribuer à l'amélioration de la couverture du territoire

Un deuxième CPOM consolidant l'existant

Si le CPOM s'arrête au 1er janvier 2019, la mise en place de l'entité juridique nécessitera davantage de temps, car le temps juridique est différent du temps du CPOM. A titre d'exemple, une fiche-action RH sur le passage à une même convention collective de 1 600 salariés demande du temps et l'aide d'un avocat spécialisé en droit du travail.

Le prochain CPOM (2019) visera ainsi à consolider l'existant et envisager une réorganisation globale. La structure devra être en capacité de répondre aux besoins du schéma régional.

Une entité unique toujours en proximité

Si les gestionnaires des PEP parties prenantes du projet de rapprochement souhaitent se constituer en association territoriale gestionnaire des établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires, ils veulent conserver une gouvernance de proximité forte dans le cadre d'assemblées départementales.

f. Institut le Val Mandé, un CPOM pour consolider l'organisation et innover dans les modalités d'accompagnement

Présentation de l'Institut Le Val Mandé	
Personne référente	Dominique Perriot, Directeur général
Personnes rencontrées	Christiane Mouteyen-Fortin, Directeur adjoint en charge des affaires financières et du Pôle de Corbeil-Essonnes Amélie Mayot, Chargée de projet, Référente CPOM
Date de création	1883
Statut juridique des organismes gestionnaires	Etablissement Médico-social Public Autonome
Convention collective	Fonction publique hospitalière
Effectifs	Environ 300 ETP
Descriptif de l'offre	3 pôles : pôle Enfants, Adultes et Proximité 12 ESMS gérés 437 places autorisées Plus de 400 usagers accompagnés, 28% d'enfants et 72% d'adultes
Organisation	3 sites : Saint-Mandé, Créteil, Corbeil-Essonnes 5 Directions fonctionnelles : Direction générale, Direction des ressources humaines, Direction des affaires financières, Direction du Patrimoine, Direction de la relation usager Des services supports d'administration générale
Budget exécutoire 2013	22 147 712 €
Présentation du CPOM	
ESMS intégrés dans le CPOM	L'ensemble des ESMS gérés sauf le SAVS Espace Loisir
Signataires	ARS, CD et l'Institut Le Val Mandé
Date de signature du dernier CPOM	Octobre 2015

Présentation de la structure

L'Institut Le Val Mandé (ILVM), a été créé en 1883, il s'agissait initialement de l'Ecole Braille, devenue ensuite l'Institut Départemental des Aveugles (IDA) de la Seine. Spécialisé dans l'accueil des personnes déficientes visuelles, l'Institut a élargi progressivement ses modalités d'accompagnements.

L'IDA est autonome depuis 1985 et est devenu l'Institut le Val Mandé en 1999, au regard de l'élargissement de ses missions.
Aujourd'hui il accompagne tout type de handicap (personnes déficientes visuelles, déficientes intellectuelles, de plus en plus de personnes handicapées psychiques, de personnes autistes, et présentant du pluri handicap). L'Institut gère des établissements et services, pour enfants et adultes. Il gère un ESAT de 100 places, l'un des plus importants du département.
L'ILVM accompagne environ 500 usagers tous services confondus.

L'offre de services de l'ILVM a progressivement évolué au fil du temps pour s'adapter aux besoins des personnes, et dans un objectif de modernisation de l'offre :

- L'ESAT créé en 1920, est en cours de restructuration,
- Le Foyer logement est devenu un Foyer d'hébergement,
- L'IME T'Kitoi a été créé suite à la transformation de la section d'éducation pour enfants avec handicaps associés (SEHA-loi 75),
- La MAS a été créée dans les années 80,
- Le SAMSAH a été créé suite à la parution de la loi 2005.

Pôle Enfants	• IME T'Kitoi de 45 places • IME Le Val d'Essonne de 50 places • SESSAD le Val d'Essonne de 10 places • SESSAD DDV (14-25 ans) de 20 places
Pôle Adultes	• MAS de 48 places • Foyer de jour de 33 places dont 7 pour le SACAT • Foyer de vie de 41 places dont 28 pour le FAM
Pôle Professionnel	• Foyer d'hébergement de 36 places • Trait d'Union ESAT de 100 places
Pôle Proximité	• SAVS-SAVIE de 24 places • SAMSAH Le Val Mandé de 30 places
Espace Loisir de 120 adhérents	

L'ILVM est également engagé dans une dynamique de développement de projets innovants, tels que :
Le SESSAD déficients visuels, ancienne Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé (SEES), dispose d'un agrément pour des jeunes adultes de 14-25 ans pour développer un accompagnement à l'insertion plus spécifique (fac, emploi, etc.),
Le SAVS de 120 places (150 de file active) prône l'insertion des personnes par la culture, la socialisation, l'accès aux loisirs.

La culture du changement est donc ancrée dans les habitudes de l'Institut et de son personnel.

Entrée dans la démarche CPOM

L'ILVM est engagé dans la démarche de contractualisation depuis 2009, année de signature de son 1er CPOM. Il a signé son 2ème CPOM en 2015.

Le 1er CPOM prévoyait des engagements qualité importants et la création de places mais n'envisageait pas de rebasage. A titre d'exemple, il prévoyait notamment l'augmentation de places de la SEHA de 30 à 45.
Le Plan Pluriannuel d'Investissements (PPI) proposait un certain nombre d'opérations d'amélioration de la qualité, de rénovation de services, de mise en accessibilité des bâtiments, d'objectifs de mutualisation des achats de matériel adapté.
Le 1er CPOM fixait également des objectifs en matière de formation et de professionnalisation des équipes accompagnantes.
Depuis 2010, une impulsion a été donnée à la dimension transversale des équipes administratives, sur les directions fonctionnelles telles que la gestion du patrimoine, des ressources humaines, des finances (régies), et des relations usagers (suivi des admissions préalables).

En 2013, un bilan du CPOM a été réalisé par l'ILVM en collaboration avec un Directeur stagiaire de l'EHESP, qui a permis d'identifier les avancées réalisées grâce au CPOM en matière patrimoniale (notamment grâce à l'affectation des CNR, des reprises de provision) et les avancées en termes de qualité de l'accompagnement.

A. Objectifs du CPOM

Une projection pluriannuelle des projets de l'ILVM

Le CPOM est un outil qui permet d'éviter les négociations annuelles avec les autorités de tarification et de contrôle, et de proposer un plan d'action sur 5 ans, avec des moyens garantis sur cette durée. Le CPOM permet un étalement des travaux d'investissement sur la durée du CPOM, il a conduit à des réserves d'investissement supérieures en fin de contrat.
Le CPOM a pour intérêt de montrer le cap pour l'institut et ce, quel que soit le sens de la négociation (à la hausse ou à la baisse).
Le CPOM permet également de prévoir et de compenser les jeux d'activité entre structures.

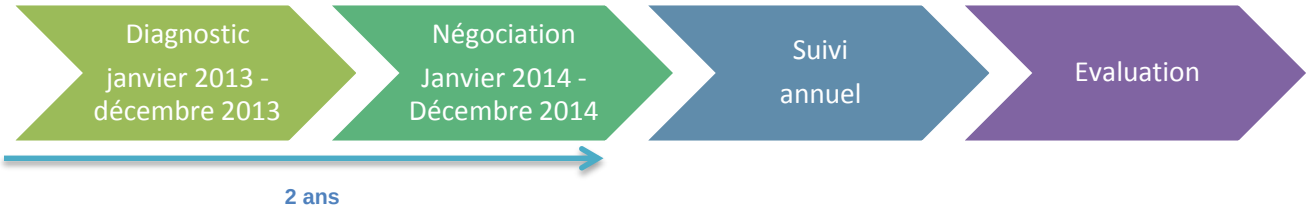
Une professionnalisation des équipes

L'ILVM a envisagé le CPOM dans une dynamique plus globale de professionnalisation des équipes d'accompagnement. En effet, l'Institut avait constaté que certains professionnels ne disposaient pas des diplômes suffisants au regard de leurs missions, le CPOM a donc été l'opportunité de programmer une politique de formation (validation des acquis, inscription au PAUF des formations, etc.). Ainsi, la part de personnels diplômés ou en cours de formation est aujourd'hui à 100%.
Cet objectif a notamment eu pour impact de faire adhérer les professionnels à la démarche en les sensibilisant notamment à l'intérêt du CPOM.

Une sanctuarisation des modalités de financement des équipes administratives

L'objectif du 1er CPOM était de clarifier le fonctionnement et le financement des services administratifs, qui fonctionnent par le prélèvement de quote-part sur les budgets des ESMS. Ces services ont vocation à apporter leur expertise au service des structures.

B. Méthodologie du CPOM



DIAGNOSTIC

L'institut a pris l'initiative de solliciter le renouvellement du CPOM auprès des ATC en mai 2013.
Dès janvier 2013, l'ILVM avait réalisé un bilan du 1er CPOM adressé aux ATC sur le plan qualitatif (valorisation du succès de la démarche de formation des professionnels par exemple), sur le tableau des effectifs et sur le plan financier. Ce bilan portait sur chaque structure.
La 1ère rencontre avec l'ARS a eu lieu en octobre 2013 alors que le 1er CPOM se terminait en décembre 2013, il a donc a été prorogé pendant un an.
L'institut a sollicité un cabinet comptable extérieur pour aider à la réalisation des hauts de bilans financiers, par financeur et aider à l'élaboration du PPI.
L'ARS a demandé, en plus du bilan du 1er CPOM, de faire un bilan qualitatif et quantitatif complémentaire (activité, effectifs, autorisation, PE). L'Ars a fourni des modèles de fiches de diagnostic. Un second bilan qualitatif a ensuite été réalisé pour les structures financées par le CD.

NEGOCIATION

Des réunions de validation des bilans, puis des réunions d'identification des objectifs ont été organisées 1 fois tous les 2 mois avec l'ARS à partir du début de l'année 2014.
Les 1ères rencontres communes ARS/ CD ont eu lieu en septembre-octobre 2014.
De nombreux échanges de documents ont été faits entre ARS et CD, notamment concernant les négociations relatives aux ESMS co-financés.
Le CD s'est appuyé sur l'ARS concernant la méthode de négociation.
Le CPOM a été finalisé début 2015

SUIVI

- **Actions**
  - Le CPOM compte un nombre d'actions réduit afin d'en faciliter le suivi. Il est composé d'objectifs transversaux et spécifiques (au maximum 10 par service).
- **Indicateurs de suivi**
  - Des indicateurs de suivi sont prévus pour chaque objectif.
  - L'ILVM dispose de son propre outil interne de suivi des actions et des objectifs du CPOM. Un tableau de suivi des objectifs transversaux et des objectifs par service a été mis en place avec un bilan à l'occasion du dialogue de gestion 1 fois par an.
  - L'ILVM met en lien les différents indicateurs de suivi des actions des différentes démarches engagées. Cet outil unique permet de consolider le suivi des démarches et de donner du sens aux différentes actions mises en œuvre.
  - Lorsque c'est nécessaire, des groupes de travail sont mis en place.
- **Dialogue de gestion**
  - L'ILVM va solliciter sa 1ère réunion de dialogue de gestion auprès des ATC mi-2016 après transmission du compte administratif.
  - Un dialogue de gestion annuel est prévu.
  - Lors du 1er CPOM, les ATC avaient des difficultés à tenir le dialogue de gestion annuel (manque de ressources). Il a eu lieu 3 fois en 5 ans, toujours à l'initiative de l'Institut.

EVALUATION

Chaque objectif fixé fait l'objet d'indicateurs de réussite qui seront évoqués à l'occasion du dialogue de gestion annuel.

Modèle de fiche diagnostic de structure

- Activité (autorisation, activité, listes d'attente)
- Effectifs (Tableau des effectifs, partenariats, qualification, absentéisme, formation)
- Points forts ou difficultés diverses
- Locaux et équipements
- Respect des outils de la loi 2002-2 et mise en œuvre de la bientraitance
- Diagnostic financier

Enseignements

A. Impacts du CPOM

Une organisation stabilisée et reconnue

L'ILVM ne disposant pas de siège autorisé au regard de son statut public, a mis en place un « pôle administration » transversal, afin de structurer le fonctionnement de l'Institut, d'harmoniser les procédures et de doter l'Institut d'un pilotage organisé.
Le « pôle » administration est au service des ESMS gérés, il propose des actions qui ont vocation à améliorer le fonctionnement des structures tout en garantissant la bonne gestion des ressources.
Le budget du « pôle » d'administration générale fonctionnait avec un budget prélevé sur celui des ESMS. Le 1er CPOM a été la 1ère étape de reconnaissance du budget de fonctionnement de l'administration générale et a permis la définition du cadre de ses missions :
Pendant les 5 années du 1er CPOM, une vraie avancée a été réalisée s'agissant de la reconnaissance par les autorités de tarification et de contrôle, des prélèvements de quote-part sur les budgets des ESMS.
L'organisation du « pôle » repose sur une Direction générale et 4 Directeurs adjoints. Chaque Directeur Adjoint est également Directeur de structure : leur temps de travail est réparti sur l'administration générale et sur les ESMS. Les Directeurs sont ainsi plus transverses et sont responsabilisés sur les missions d'administration.
Certains contrats sont signés au niveau de l'administration centrale permettant ainsi de négocier les contrats de manière centralisée dans un objectif de performance (gestion des stocks, mutualisation des contrats, des achats).
Dans le cadre du CPOM, l'ARS a accepté le financement d'un poste dédié pour accompagner le renouvellement du CPOM et la démarche qualité engagée par l'Institut. Ces ressources supplémentaires ont notamment permis de formaliser des protocoles pour inscrire dans le temps certaines procédures, de réaliser les évaluations externes et internes, de mettre à jour à échéance régulière les outils de la loi 2002-2, etc.

Une projection financière encadrée

Le 1er CPOM n'avait pas défini de modalités particulières d'évolution des moyens. Pour l'ARS, l'évolution annuelle se situait entre 0 et le taux de l'ONDAM, tandis que le CD modulait l'augmentation pour chaque structure. Les affectations de résultats pouvaient être réalisées sans limite au niveau des excédents concernant les financements ARS, alors que pour le CD, la libre affectation était limitée et fixée à 10%. Le CD se réservait le droit de modifier l'affectation de résultats au-delà de ce seuil. Cependant, en pratique, il n'y a jamais eu de reprise des excédents.

Le 2ème CPOM prévoit une augmentation au niveau de l'ONDAM pour l'ARS sous réserve des variations liées à la convergence tarifaire. Les modalités d'évolution du budget CD dépendent du taux d'augmentation prévu par ce dernier.
Désormais, la libre affectation des résultats est limitée à 5% tant pour l'ARS que le CD, au-delà ils se réservent le droit de refuser l'affectation proposée.
L'avantage pour les structures publiques est de disposer d'un cadre très précis concernant l'affectation de ses budgets (vote du Conseil d'Administration, contrôle de légalité, séparation ordonnateur/ payeur).

Mais cela peut également être un inconvénient si le CPOM n'est pas bordé : si sur la base CPOM il y a une erreur sur un service, cela peut être une contrainte.
1er CPOM signé en 2009 : tous les postes n'étaient pas pourvus, générant un excédent fictif. Les apparentes économies faites sur le Groupe 2 n'étaient pas effectives. Il a donc fallu faire une remise à plat pour la signature du 2ème CPOM.
2ème CPOM a débuté en janvier 2013 : un Directeur stagiaire a aidé l'ILVM à faire le bilan qualitatif et financier du CPOM pour que ce 2ème CPOM soit négocié au plus juste des besoins de la structure. Ce bilan avait été envoyé à l'ARS et au CD pour partir sur les mêmes bases de négociation.

En cas de difficultés, le CPOM permet de réaliser des virements de crédits d'un établissement vers un autre si les établissements concernés relèvent du même financeur.

B. Leviers et freins au CPOM

Leviers	Freins
✓ **Techniques :** disposer de modèles est un atout sous réserve que ces derniers soient adaptables. ✓ **Disponibilité en interne des équipes** : l'Institut dispose d'un poste pour aider au suivi du CPOM et à la réalisation des demandes formulées par les ATC (ex : faire des bilans complémentaires implique du temps et de la disponibilité). ✓ **Communication :** il est primordial de communiquer auprès des salariés et des usagers sur l'articulation des différents projets entre eux et leur impact. Si le CPOM est un outil de gestion, il concerne l'ensemble des projets de l'Institut. ✓ **Le soutien de l'ARS** : l'ARS a été force de proposition et a accompagné la démarche. La méthodologie a été définie conjointement lors de la première réunion.	✓ **Temps nécessaire :** la démarche de contractualisation demande un temps conséquent, quasiment incompressible. La définition de procédures claires pourrait cependant permettre d'anticiper les demandes des ATC. ✓ **Modalités de travail différentes entre ATC :** Difficulté de faire travailler ARS et CD ensemble dans les mêmes calendriers, au regard du décalage d'engagement dans la démarche. Ce travail à 2 vitesses rend compliqué la négociation du CPOM. ✓ **Ressources des ATC :** le manque de ressources (humaines) en ARS et CD ne leur permet pas d'être assez réactifs au regard des échéances des CPOM. ✓ **Formation des acteurs** : les ARS et CD n'investissent pas de la même manière la démarche de CPOM et perçoivent différemment les enjeux du CPOM. Une formation commune permettrait d'harmoniser cette compréhension du CPOM.

C. Préconisations

Faire coïncider les différentes démarches

L'institut a mis en cohérence l'ensemble des démarches internes et fait coïncider les différents calendriers. C'est ainsi que le CPOM a été renouvelé en lien avec le renouvellement du projet d'établissement (2014-2018).
L'Institut a atteint l'ensemble des objectifs fixés dans le 1er CPOM et est même allé au-delà.
Le 1er CPOM disposait d'objectifs ambitieux et précis qui ont été menés à leur terme (volet médicalisation avec Foyer médicalisé, restructuration de bâtiments, etc.).
Le fait de s'appuyer sur les démarches complémentaires (EE/EI notamment) a permis de définir de véritables objectifs clairs, précis et atteignables. Par ailleurs, cela a facilité l'engagement des professionnels, conscients de l'articulation et de la cohérence des différents projets (CPOM, PE, EE/EI, PPI), cette dynamique a contribué à donner du sens au projet de l'ILVM.
Les différentes démarches ont les mêmes échéances et sont mises en cohérence. Un document unique de suivi des actions et des échéances contribue notamment à cette mise en cohérence. Il permet de filtrer les actions en fonction de leur origine (PE, CPOM, EE/EI…).

Modèle de fichier excel « tableau de bord qualité »

Origine de l'action	Objectif(s)	Action	Pilote de l'action	Date de début	Avancem-ent	Date butoir/de fin	Date du contrôle d'efficacité	Comment-aires	Eléments de preuve

Etre transparent dans les négociations

Il est primordial que les ATC annoncent dès le début des négociations les contraintes qui vont s'imposer, tels que l'impossibilité de création de postes, l'absence de moyens supplémentaires, etc.
En effet, l'Institut avait travaillé sur des actions qui impliquaient des moyens supplémentaires (ex : recrutement d'équipes de sécurité) et qui n'ont finalement pas pu être pris en compte au regard de contraintes financières, ce qui a entrainé une déception des équipes et une charge de travail sans contrepartie.
Cette transparence doit s'accompagner d'une meilleure concertation entre les acteurs pour améliorer et consolider le pilotage au niveau des financeurs, notamment dans l'hypothèse où plusieurs financeurs et plusieurs CD seraient impliqués.

Perspectives

Le déploiement d'actions innovantes :
L'ILVM a besoin d'un accompagnement et de soutien en vue du déploiement d'actions innovantes telles que la télémédecine, l'achat de tablettes tactiles, etc. Pour cela l'ILVM envisage par exemple la mise en place de partenariats avec des écoles d'ingénieurs. Ce type d'objectif pourrait être valorisé dans un 3ème CPOM.

Le renforcement de la connaissance des acteurs :
La démarche CPOM a permis d'améliorer le dialogue et la relation de travail avec l'ARS et le CD. En effet, la connaissance mutuelle des acteurs a été favorisée par le travail sur le CPOM et le dialogue de gestion. Cela a également contribué à un changement de regard des professionnels de l'ILVM sur les financeurs et a permis une meilleure compréhension de l'interaction entre toutes les démarches.

La négociation d'un 3ème CPOM :
Le bilan du 1er CPOM a permis stabiliser le fonctionnement de l'ILVM et de montrer que certains ESMS sont bien dotés et d'autres moins (ex : difficulté MAS). Le 2ème CPOM a permis de renforcer les projets de restructuration et d'extension des structures gérés par l'ILVM.
Forte de ces expériences, l'ILVM souhaite poursuivre dans cette démarche de contractualisation et se projette dans un 3ème CPOM en envisageant des objectifs en matière d'extension de l'offre d'accompagnement, des reprises de service en difficulté, une extension par le biais de réponses à des appels à projets, etc.

g. Institut Public La Persagotière, un CPOM articulé avec l'évaluation externe

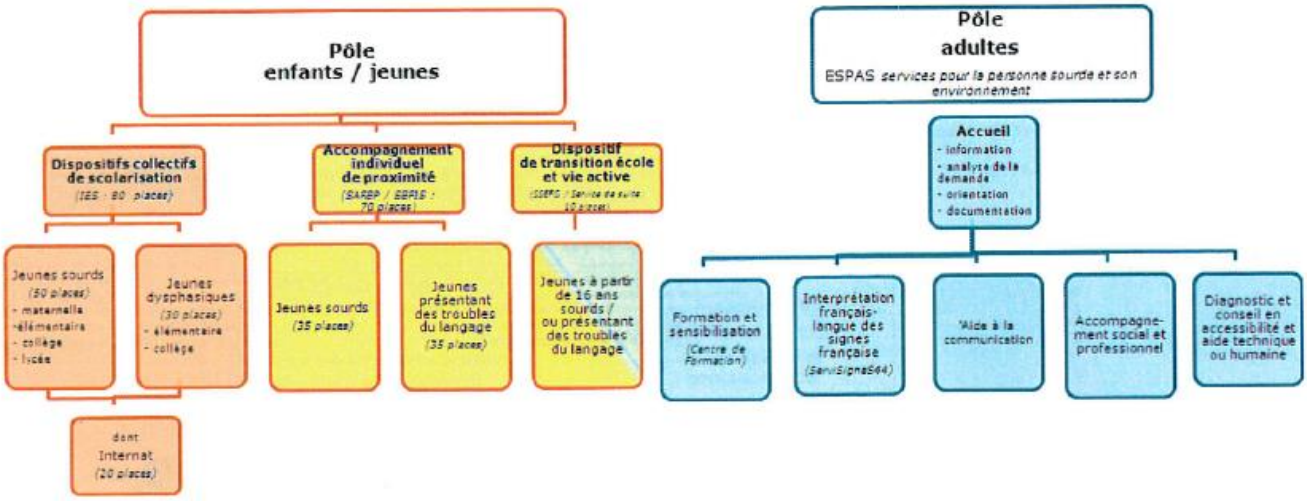
Présentation de l'Institut Public la Persagotière	
Personne référente	Fanny SALLE, Directrice
Interlocuteurs rencontrés	Violaine GALANT, Référente qualité à mi-temps Sandrine BRIAND, Responsable des services administratifs et logistiques
Date de création	1856
Statut juridique	Etablissement Public
Convention collective	NC
Effectifs	107 professionnels – 92,43 ETP
Personnes accompagnées	171 jeunes (0-20 ans) dont 52.63% sourds et 47.37% présentant des Troubles spécifiques du langage (TSL) Une file active de 1 343 adultes accompagnés - dont 15 en SAVS
Descriptif de l'offre et organisation	3 agréments pour 160 usagers Institut d'éducation sensorielle de 80 places avec 20 places d'internat Section d'éducation et d'accompagnement spécialisés : 55 places Section d'insertion et de première formation professionnelles : 10 places Section d'éducation pour enfants déficients auditifs avec handicaps associés : 10 places Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce : 10 places et Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire : 70 places Service d'accompagnement à la vie sociale pour adultes sourds : 8 places Un plateau de services avec des financements extérieurs (exemple : par l'AGEFIPH pour couvrir des prestations ponctuelles spécifiques (PPS)
Territoire d'intervention	Un rayon de 100Km autour de Nantes. 2 opérateurs déficience sensorielle/déficience auditive sur ce territoire.
Financeur	Assurance maladie
Budget	6 M € - 5,3 M pour le secteur enfants et 0,7 M pour le secteur adultes
Présentation du CPOM	
Date de signature	Novembre 2014
ESMS intégrés dans le CPOM	3 ESMS, soit l'intégralité des ESMS de l'OG

Présentation de la structure

Une évolution des missions de l'institut vers un accompagnement en milieu ordinaire

L'institut Public la Persagotière est une structure de type « ressources », qui ne correspond plus aux catégories FINESS stricto-sensu. Les professionnels sont mutualisés entre les différents établissements et services médico-sociaux (ESMS) de l'institut et la majorité de leur activité réside dans un accompagnement en milieu ordinaire. Toutes les palettes d'accompagnement sont proposées, notamment dans le cadre de la scolarisation (parcours, partenariat avec l'Education Nationale, plannings, etc.).

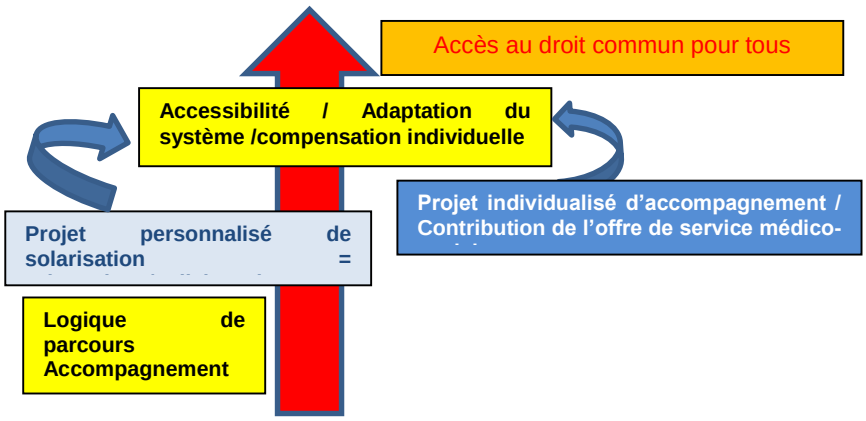
Organigramme fonctionnel



Source : Projet d'établissement 2012 - 2017

Le système d'information de l'institut a évolué pour tenir compte de cet objectif de parcours des enfants, avec une priorité donnée à l'accompagnement en milieu ordinaire et hors les murs. Un dossier informatisé de l'usager a été mis en place pour permettre un accès à distance au dossier pour les professionnels amenés à se déplacer dans le cadre de leur fonction. Les personnes accompagnées peuvent adapter leur planning au réel, en fonction de leurs besoins. « L'IPP intervient en appui des dispositifs de droit commun, afin d'apporter les systèmes de compensation et d'accessibilité nécessaires au rétablissement de l'égalité des droits et des chances de chacun ». L'IPP développe ses interventions en veillant à rendre les environnements les plus inclusifs possibles, et en prenant en compte la globalité des besoins de l'usager (cf approche québécoise issue du modèle de PPH processus de production du handicap)

Schéma d'un processus inclusif



Source : Projet d'établissement 2012 - 2017

L'IPP bénéficie d'une longue pratique d'expérimentation de l'intégration scolaire. Les premières expériences « d'externalisation des dispositifs scolaires » ont débuté dans les années 80 pour s'achever en 2006 avec l'accueil du dernier groupe de jeunes présents à temps plein dans les locaux de l'IPP au sein d'un collège.

Une dynamique de rationalisation des coûts

Depuis une dizaine d'années, l'institut est engagé dans une démarche d'économies et de transformations de son fonctionnement. Beaucoup de prestations ont été externalisées (ménage, restauration, logistique etc.), représentant environ 10 postes. Les emplois n'ont pour autant pas été supprimés : soit la direction a attendu des départs en retraite, soit elle a accompagné des reconversions professionnelles. Des mises en concurrence des prestataires sont également mises en place dans un objectif de transparence et d'obtention du meilleur rapport qualité/prix.
Des marges de manœuvre conséquentes ont ainsi pu être dégagées pour financer la reconstruction des bâtiments. La structure a également repositionné des temps de fonction support en temps auprès de l'usager.
En revanche, l'enveloppe transports a été augmentée de 100 000€ pour répondre aux besoins individuels des enfants.

Entrée dans la démarche CPOM

Dès 2010, la structure sollicite la signature d'un CPOM auprès de l'ARS dans le cadre de son projet de reconstruction. Cependant, l'ARS n'accède pas à sa demande dans un premier temps pour plusieurs raisons :

- ✓ Sa,taille et son budget modestes ne font pas de l'IPP une priorité
- ✓ L'absence de publication du décret fixant les seuils minimums pour signer un CPOM,
- ✓ Une absence de difficultés spécifiques.

L'ARS a en effet priorisé les organismes gestionnaires de taille importante, ainsi que ceux présentant des difficultés.
Lorsque l'ARS a donné son accord pour signer un CPOM, la structure a souhaité décaler la signature d'un an pour attendre la finalisation de l'évaluation externe. Il lui semblait en effet pertinent de pouvoir baser en partie la construction du CPOM sur les résultats de sa démarche évaluative.

A. Objectifs du CPOM

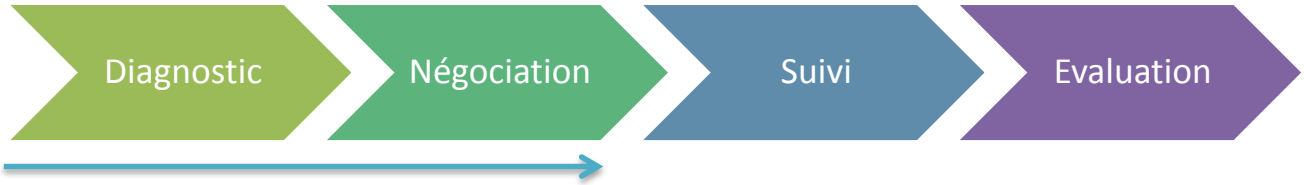
Conserver la trésorerie pour financer la reconstruction de la structure

La structure a sollicité un CPOM pour pérenniser le financement de sa reconstruction et récupérer sa trésorerie (900 000€). En effet, dans le cadre de son budget de fonctionnement, des excédents ont été dégagés depuis plusieurs années. Le CPOM lui permet ainsi de s'assurer de leur conservation et d'une sécurité financière.
Aucun financement supplémentaire de l'ARS n'a été accordé dans le cadre du CPOM.

Se mettre en conformité avec le SROMS

L'ARS a souhaité mettre la structure en conformité avec le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) dans le cadre du CPOM. Cette volonté s'est traduite dans les faits par une contribution à l'appel à projet visant à constituer l'équipe relais handicaps rares, le développement de systèmes d'information et la réponse à l'appel à projet pour créer une structure d'appui régionale et d'expertise (SRAE) sur les déficiences sensorielles.

B. Méthodologie du CPOM



9 mois

DIAGNOSTIC

- Les points forts/points faibles identifiés dans le CPOM sont issus du rapport d'évaluation externe. L'évaluation externe a notamment mis en avant les points faibles suivants:
  - Faire vivre les droits des usagers avec plus de participation,
  - Construire un SI.

NEGOCIATION

- La négociation du CPOM a démarré en janvier 2014. Sa rédaction a pris 9 mois.
- La démarche a été construite dans le cadre d'un pilotage restreint réunissant 3 personnes : la directrice, la référente qualité et la responsable des services administratifs et logistiques.
- Des supports méthodologiques ont été partagés en équipe de direction.
- Un échange a été réalisé avec l'ARS autour du diagnostic partagé.
- La démarche a été présentée en séminaire de direction en mai 2014
- Des fiches actions ont ensuite été construites par l'équipe de pilotage.
- Le CPOM a été signé en novembre 2014.

SUIVI

- Les modalités de suivi du CPOM n'ont pas été fixées avec l'ARS.
- Une réunion de suivi est prévue avec l'ARS au 1er trimestre 2016. Les outils sont en cours de construction.
- L'ARS souhaiterait suivre les indicateurs du Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Certains indicateurs ont déjà été identifiés dans le cadre du CPOM, tels le suivi des effectifs ou le taux d'absentéisme. Une enquête flash de l'ARS complète cette vision par des indicateurs qualité.
- La structure a créé son outil de suivi : un tableau synthétique reprend l'ensemble des plans d'action de la structure. Une partie est spécifiquement dédiée au CPOM, elle doit être complétée par les chefs de service et la direction à la fin de chaque année.

Enseignements

A. Impacts du CPOM

Donner du sens aux différents plans d'actions de l'institut

L'élaboration du plan d'action et le suivi du CPOM vont plus loin que ce que permettent d'autres outils s'imposant aux ESMS, tels que le projet d'établissement et l'évaluation interne et externe.
La multiplicité des plans d'actions des démarches projet entraine une perte de sens pour les acteurs. Pour répondre à cette difficulté, un outil a été structuré autour du rapport d'activité. L'ensemble des professionnels y contribuent en équipe, afin de donner un sens au suivi du plan d'action. Cet outil permet de rassurer les professionnels, en se raccrochant à leur cœur de métier. Une difficulté réside cependant dans l'intégration de l'activité à un référentiel d'activités.

Bénéficier du passage à la dotation globale

Le CPOM a permis à l'institut de faire évoluer son mode d'allocation de ressources avec le passage du prix de journée à une dotation globale de financement. Cette dernière lui permet de respecter l'agrément. Les moyens restants sont mobilisés pour accompagner plus de jeunes.
Dans le cadre du passage à la dotation globale, le temps consacré à la facturation du prix de journée peut ainsi être dégagé pour travailler davantage sur la rationalisation des fonctions logistiques, mais aussi sur le pilotage de l'établissement au travers la collecte d'indicateurs.

Faire adhérer les professionnels à la démarche

Le CPOM permet de légitimer le champ d'action de la structure. L'état des lieux a permis de discuter avec les représentants du personnel et d'aborder certains thèmes, tels que l'évolution de l'environnement de l'institut, ou encore les évolutions d'effectifs et des compétences nécessaires pour accompagner les besoins des jeunes. Il a permis de disposer d'une vision synthétique et claire de ce qui est bien fait au sein de l'institut ou les points d'amélioration à envisager.
Deux réunions ont été organisées avec les représentants syndicaux début et fin septembre 2014 pour échanger sur le document (et non pas le construire).
Par ailleurs, le CPOM était perçu comme servant au seul gestionnaire, dans un objectif exclusivement budgétaire. Cependant, les échanges avec les représentants du personnel ont facilité l'entrée dans la démarche diagnostic et ont fait apparaitre l'intérêt pour eux d'une lisibilité et stabilité pour 5 ans du financement et de l'emploi qu'offre le CPOM.

Renforcer les relations avec l'ARS

En PDL, sur le plan méthodologique, l'ARS a cadré la démarche avec un cadre type du CPOM. Un modèle de CPOM est diffusé sur le site internet de l'ARS, avec son guide méthodologique. La démarche de construction d'un CPOM est très claire et simplifie l'explication aux représentants du personnel. Le diagnostic partagé a été co-construit entre l'équipe de direction et les représentants du personnel.
L'ARS a accompagné la structure et fourni les outils et la méthodologie. Des allers-retours et échanges ont été organisés régulièrement pendant la phase de diagnostic. 5 réunions ont été organisées au cours du 1er semestre 2014, où l'ARS se déplaçait sur site.
Cependant, la structure aurait souhaité plus d'échanges avec l'ARS sur les éléments proposés dans le cadre du projet de CPOM, qui ont été dans l'ensemble validés par l'ARS tels quels. En outre, elle regrette un manque de réflexion territoriale dans le cadre des CPOM qui ne propose pas de fiches sur les rapprochements avec des structures similaires.

B. Leviers et freins aux CPOM

Leviers	Freins
✓ Acculturer l'ensemble des acteurs afin de supprimer les écarts d'attente de chacun. ✓ Disposer d'une vision globale du fonctionnement de la structure. ✓ Articuler les calendriers de l'évaluation externe et du projet d'établissement avec celui du CPOM → remettre à plat les logiques de planification des ESMS et mettre en place un seul plan d'actions. ✓ Recentrer l'institut sur ses fondations historiques, son socle conceptuel, ses valeurs.	✓ Une absence de réelle co-construction du CPOM. ✓ Une absence de croisement des CPOM inter-établissements : Les fiches actions des différents CPOM ne font pas l'objet d'un croisement par l'ARS afin de réaliser des articulations entre les ESMS. ✓ Un manque de vision territoriale de l'ARS qui n'intègre pas dans le CPOM la dimension coopération et rationalisation de l'offre sur le territoire.

C. Préconisations

Articuler CPOM et évaluation

Le CPOM a été volontairement négocié post évaluation externe pour alimenter le diagnostic partagé qui repose sur un certain nombre d'items examinés au moment de l'évaluation externe.
La structure s'est appuyée sur le décret n° 2010-1319 du 3 novembre 2010 *relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux*. Ce dernier précise l'articulation du suivi de la démarche évaluative avec le rapport d'activité. Le rapport d'activité annuel de l'institut a donc été construit pour répondre à cet impératif et favoriser l'appropriation de la démarche par les professionnels. Ainsi, L'ensemble des professionnels contribue à l'élaboration au rapport d'activité. Un outil de reporting permet aux professionnels d'alimenter les items au fil de l'eau tout au long de l'année. Deux réunions d'équipe sont par ailleurs dédiés à un travail de bilan à partir de cet outil : à la fin de l'année scolaire et à la fin de l'année calendaire.

Il serait pertinent de pouvoir faire coïncider les différents calendriers des CPOM, évaluation externe et projet d'établissement. Afin d'éviter un manque de lisibilité lié à l'empilement de plans d'actions, il conviendrait de ne plus faire de plans d'actions dans les projets d'établissements dans la mesure où ces derniers s'appuieront sur le CPOM. Il convient en revanche de recentrer le projet d'établissement comme un outil de présentation des valeurs et du socle commun.

Bénéficier de l'accompagnement et de l'expertise de l'ARS

L'activité d'un ESMS est éloignée du métier des tarificateurs. Il est important que l'ARS se déplace dans les ESMS, donne les premières bases et des indicateurs précis.
L'ARS peut notamment aider à problématiser les fiches actions en rappelant la finalité de ces fiches et des objectifs fixés. Les objectifs globaux sont de l'ordre du SROSM. Un vrai dialogue doit ainsi être mis en place concernant notamment le calendrier de mise en œuvre et les indicateurs du CPOM.

Faire du CPOM un outil de stratégie territoriale

Le CPOM doit être un outil de stratégie territoriale et d'alliance pour aider et soutenir les directions d'ESMS dans les démarches de rapprochement avec d'autres structures.
La formation des acteurs pourrait être un élément de réponse, pour les accompagner dans ce changement de culture.
Le CPOM peut être l'outil pour permettre d'actionner ces démarches de coopérations, surtout dans le secteur public. Il doit être un levier pour porter une réflexion plus transversale et globale sur l'offre du territoire, la stratégie et le positionnement sur le territoire, pour évoquer les projets d'alliance et soutenir les directeurs dans ces démarches.

Perspectives

La réalisation d'une fusion avec un autre ESMS, avec la rédaction d'une 13ème fiche action, dans le cadre d'un avenant au CPOM :
La structure est volontaire pour fusionner, consciente de taille modeste et des défis tant sur le plan organisationnel que financiers qu'il conviendra de relever dans les années qui viennent. En effet, sa taille critique limite son action, notamment financièrement, compte tenu des charges représentées par les fonctions support, qui pourraient être mutualisées (économie d'échelle, taille petite, charges de structures sont lourdes, etc.).

h. APEI Sablé Solesmes, un CPOM de retour à l'équilibre / qualitatif

Présentation de la structure – APEI Sablé – Solesmes	
Personne référente	Maryline GUIBOURET, Directrice Générale/Florence FOURMONT, Présidente
Date de création	1971
Statut juridique	Association loi 1901
Convention collective	CCN 66
Personnes accompagnées	146 usagers
Effectifs	72 ETP

Nombre d'ESMS et capacité autorisée	3 pôles :
	• Enfants « Education et scolarisation »
	  ○ IME
	  ○ SESSAD
	• Adultes « Hébergement et vie sociale »
	  ○ Foyer d'hébergement
	  ○ SAVS
	• Adultes « Travail et activité de jour »
	  ○ ESAT en zone commerciale extérieure et qui jouxte la zone industrielle
	  ○ SAAJ

Territoire d'intervention	Sablé/Solesmes - Périmètre de 25 km aux alentours
Financeurs	• ARS • CD
Budget	1 610 504.43€
CPOM tripartite ARS/CD	
Date de signature	28 Mai 2015
ESMS intégrés dans le CPOM	Intégralité des ESMS
Siège	Quote-part de frais de siège autorisée : 4%

Présentation de la structure

Historiquement, l'association était organisée en pôles, avec un directeur pour chacun d'eux. Le fonctionnement de ces 3 pôles était cloisonné. Les professionnels partageaient peu entre eux et la culture associative était inexistante.

En 2006, un Directeur Général (DG) a été nommé en interne (ancien directeur du pôle enfance) et un siège créé. Un dossier de frais de siège a été déposé et une réorganisation opérée avec la création du siège. Néanmoins, le fonctionnement cloisonné a perduré, le DG n'intervenant que sur le pôle enfance,

et les administrateurs étaient très présents dans le fonctionnement des structures. C'est dans ce contexte que le CPOM est signé en mai 2015.

En 2014, un audit est réalisé par le centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI). Il met en avant le besoin d'affermir le rôle du DG, d'éviter un mélange des rôles politiques et techniques et de renforcer la culture associative et la transversalité dans le fonctionnement des pôles.
Suite au départ à la retraite du DG, une nouvelle DG est recrutée par le CREAI et prend ses fonctions en juin 2015. Avant son arrivée, le directeur du pôle Adultes « Travail et activité de jour » part également à la retraite. La nouvelle DG entame alors un travail de révision de la gouvernance. Les rôles et missions de chacun sont clarifiés : la DG est en charge de la gestion des structures et les administrateurs de la politique. Un travail de binôme entre la présidente et la DG est mis en place. La nouvelle DG souhaite renforcer la professionnalisation du siège et la présidente retrouve un rôle politique dans l'association. La nouvelle DG ne valide pas la période d'essai du nouveau Cadre du Pôle Adultes ESAT-SAAJ, recruté en Avril 2015. Une nouvelle procédure de recrutement sur le pôle Adultes est engagée en Octobre 2015.
Ainsi, dès son arrivée, la nouvelle DG s'est engagée dans un projet de réorganisation qui s'est traduit par plusieurs actions :

- La mise en place d'un comité de direction, afin de favoriser les mutualisations et le travail transversal des 3 pôles par un travail d'équipe de direction : les 3 cadres hiérarchiques collaborant pour la première fois et travaillant ensemble sur des objectifs communs, et notamment en vue de l'amélioration de la fluidité des parcours des usagers au sein de l'association.
  Les procédures sont en cours d'harmonisation entre les 3 pôles.
- Le renforcement et la réorganisation des équipes du siège, Quatre personnes sont identifiées au niveau du siège : logisticien, comptable, assistante de direction, DG.
- Le développement de la communication de l'association en interne et en externe. Un travail a été mené sur l'harmonisation de la charte graphique commune à l'ensemble des ESMS gérés par l'association. A titre d'exemple, des cartes de visites permettent d'identifier que les ESMS sont gérés par la même association.
  Par ailleurs, le CPOM actuel n'est pas connu de l'ensemble des salariés, qui n'ont pas tous été associés à la démarche. Un travail de communication interne est mené à ce sujet.
- Le décloisonnement de l'organisation, en incitant les professionnels à partager et à travailler ensemble. Par exemple, les psychologues sont associées en tant que cadres ressources sur les projets transversaux de l'association, et peuvent confronter leurs pratiques. Elles ont également été associées au comité de direction pour l'élaboration du PAUF pour travailler sur les besoins de formation. De même, en cas d'absence d'une psychologue, l'autre psychologue peut la remplacer sur un autre pôle de l'association en cas d'urgence.
- Le travail de remise à plat de l'ensemble des contrats (prestataires, fournisseurs : assurances, téléphonie, internet, etc.), la mise en place d'un agenda partagé avec les cadres et secrétaires, la formation des administrateurs par la DG, etc.

La DG souhaite également favoriser l'inscription de l'association dans des réseaux locaux et l'étendre jusqu'aux réseaux départementaux, régionaux et nationaux : UNAPEI, URAPEI, FEGAPEI (NEXEM), CRA des PDL, GT des DG de PDL, (e-Cars), ANDICAT, club de réseau de développement sabolien… Elle entend respecter les valeurs du projet Associatif, en maintenant l'association à taille humaine pour favoriser la proximité et le lien avec les familles et l'environnement des usagers. Si développement il y a, celui-ci est envisagé au niveau local. Enfin, une politique d'information des acteurs est mise en œuvre afin d'expliquer le contexte social, économique, juridique et environnemental dans lequel l'association évolue.

Si 2016 s'annonce comme une année de remise à plat du fonctionnement de l'association, en 2017, l'objectif est d'aboutir à un fonctionnement stabilisé.

Entrée dans la démarche CPOM

Le CPOM est né de l'initiative de l'association, ce fut le premier CPOM tripartite dans la région.
Il avait pour principal objectif de prendre en compte l'existence d'un déficit. Le déficit porte principalement sur l'institut médico-éducatif (IME) et s'explique notamment au regard de dépenses importantes en matière de transport, de dépenses énergétiques, de dépenses de personnel, mais aussi d'absences de résidents sur le foyer suite à de longues hospitalisations.

L'ARS et le CD étaient favorables à la signature de ce CPOM pour les mêmes raisons financières, et ont incité l'association à s'engager rapidement dans cette démarche, c'est-à-dire dès 2014. L'ancien DG, souhaitait finaliser le CPOM, avant son départ.

La nouvelle DG est arrivée à l'issue de la signature du CPOM en juin 2015. Avec du recul, il aurait été préférable de signer le CPOM après l'arrivée de la nouvelle DG afin de permettre une meilleure appropriation et des ajustements au regard de la nouvelle organisation mise en place par cette dernière.

A. Objectifs du CPOM

Un CPOM de retour à l'équilibre

Le CPOM a pour objectif principal le retour à l'équilibre de l'association, avec un lissage dans le temps. Financièrement, l'association n'a pas obtenu l'intégralité de ce qu'elle demandait initialement, mais la moitié des financements demandés. Il lui appartenait de trouver des solutions pour pallier ce déficit pour les 50% restants.

Certains objectifs ont été supprimés du CPOM par les ATC pour des raisons financières:
- Un projet de mise à jour de la lingerie,
- Une réorganisation de la structure.

Les termes du contrat apparaissent déséquilibrés, ainsi de nombreux objectifs ont été imposés par les ATC, qui, en contrepartie, ne se sont pas engagées à fournir des moyens supplémentaires. Le CPOM a été négocié à moyens constants, sans mention concernant la reprise de déficits.

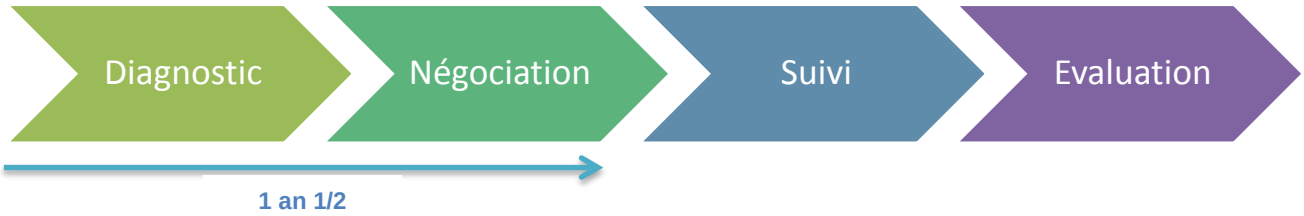
Certains objectifs ne pourront être mis en œuvre que sous réserve de moyens complémentaires accordés à la structure. La mutualisation de moyens entre les ESMS n'est pas abordée.

Un CPOM qualitatif

Le CPOM est perçu comme très « *clinique, qualitatif* » par la structure, mais manquant d'objectifs structurants.
- Une association « GIRAPH » a été créée afin de travailler en commun sur des cas cliniques entre structures.
- Des passerelles entre associations du secteur du handicap ont été favorisées dans le cadre de la signature d'un GCSMS.

Le CPOM est articulé avec le schéma départemental.

B. Méthodologie du CPOM



DIAGNOSTIC

- Le diagnostic s'est basé sur les rapports d'évaluation externe des ESMS de 2012-2013, les comptes administratifs et les indicateurs du TDB. Des précisions concernant certains points de ce diagnostic ont été demandées dans un 2ème temps par l'ARS et le CD.
- Le DG et quelques administrateurs ont été associés à la signature du CPOM.

NEGOCIATION

- Les 1ers échanges ont eu lieu fin 2013. Une 1ère rencontre d'étude du diagnostic préalable à l'entrée en CPOM a eu lieu le 15 avril 2014 avec l'ARS et le CD. Il y a eu 4 réunions. La première réunion a permis aux ATC de mettre en avant les points stratégiques. La structure renvoyait ensuite les compléments d'information.
- L'ARS a visité les ESMS et le CD a organisé des réunions de concertation, avec une grande disponibilité par mail et en visu.
- Si l'ensemble des négociations a été mené avec l'ARS, le CD et l'OG, les ATC ont mené des échanges unilatéralement concernant les structures qu'elles financent.
- Le CPOM a été signé en mai 2015.

SUIVI

- Les indicateurs de suivi du CPOM sont :
  - Les indicateurs du TDB
  - Les indicateurs de l'enquête flash
- Le CPOM prévoit un nouvel échange un an après la signature avec l'ARS et le CD.
- Un premier avenant avec le CD a pu être réalisé concernant le désinvestissement partiel du FH.

Enseignements

A. Impacts du CPOM

La réalisation d'économies

Un certain nombre d'actions ont été mises en place pour réduire le déficit de l'association.

- Rationalisation du poste transports : L'ARS a demandé de réduire au moins de moitié le déficit sur ce poste. L'ARS a informé l'association de pratiques d'ESMS en situation de déficit qui ont recours à la facturation auprès des familles sur les repas et les transports. L'IME a demandé une participation des familles de 2 euros par repas et de 10 euros par mois d'ouverture de la structure pour les transports, et ce afin de ne pas interrompre la prise en charge de deux enfants éloignés géographiquement. Le recours à un seul prestataire de taxi a permis une négociation des tarifs pour diminuer le coût représenté par ce poste de dépense.
- Rationalisation des ressources humaines : Des économies ont été réalisées au niveau du siège de l'association, avec la répartition du poste de directeur général sur l'ensemble des établissements, le transfert du poste à temps partiel de secrétaire réparti sur 2 établissements, et la répartition du poste de l'agent d'entretien (logistique) sur l'ensemble des ESMS dans le cadre de ses missions transversales. Elles ont permis de financer le poste d'assistante de direction pourvu en septembre 2015.

B. Leviers et freins au CPOM

Leviers	Freins
✓ **Une prise de contact avec le CD pour revoir certains objectifs du CPOM** ✓ **L'existence de modèles mis à disposition par l'ARS**	✓ **Un CPOM pré-existant à l'arrivée de la nouvelle DG** ✓ **Des objectifs trop généralistes dans le CPOM : les o**bjectifs sont principalement cliniques mais sans moyens supplémentaires ✓ **Un manque d'association des équipes :** les cadres hiérarchiques et ressources n'ont pas ou peu, été associés à l'élaboration du CPOM. Les professionnels ne connaissent pas les enjeux du CPOM.

	✓ **Un tripartisme limité :** il n'y a pas d'objectifs communs aux ATC ✓ **Une difficulté de prise de contact avec l'ARS et de nombreux changements d'interlocuteurs**

C. Préconisations

Communiquer auprès des professionnels

Les équipes ont été insuffisamment associées au CPOM, entrainant un manque d'appropriation de celui-ci, et une déception de leur part. Le CPOM a été élaboré de manière cloisonnée (ce qui correspondait aux modalités de fonctionnement de l'association lors des négociations), les directeurs et chefs de service n'ont pas échangé ni partagé leurs enjeux et besoins. Le CPOM manque par conséquent d'objectifs de dimension transversale.
Par ailleurs, les équipes n'ont pas été informées des enjeux de la signature d'un CPOM, et ne se sont donc pas emparés de l'outil. De la même manière, les équipes ne comprennent pas pourquoi certaines de leurs demandes n'ont pas été prises en compte lors de la signature du CPOM (ex : ils pensaient le recrutement de personnels acquis pour le renforcement de l'accompagnement de personnes autistes dès signature du CPOM).

Anticiper les évolutions du secteur

Hormis, la reprise du déficit 2013 du SAVS par le CD, et le déficit 2013 de l'IME par l'ARS le CPOM ne prévoit pas de reprise des déficits des exercices suivants, or il s'agissait d'un véritable enjeu pour l'avenir de l'association. Par ailleurs, les évolutions juridiques n'ont pas été anticipées par l'association. A titre d'exemple, la réforme relative aux changements de mutuelles n'a pas été prise en compte dans les objectifs financiers du CPOM, traduisant un manque d'anticipation globale sur la gestion et le fonctionnement des structures, et la gestion RH.
La communication à destination des équipes doit s'accompagner d'une démarche de formation et de sensibilisation aux nouveaux enjeux du secteur. Les administrateurs doivent également être sensibilisés à la démarche CPOM et plus globalement aux nouveaux enjeux liés à l'évolution du secteur, afin de les responsabiliser dans leurs prises de décisions.

L'importance des réunions physiques avec les ATC

Les interlocuteurs de l'ARS ont changé 3 fois. Les échanges ont été principalement réalisés par mail.
La nouvelle DG a pu rencontrer le CD rapidement afin de se présenter et d'échanger sur le CPOM. Les contacts sont réguliers. Un référent pour l'ensemble des établissements est identifié.
En revanche, concernant l'ARS l'organisation actuelle rend difficile la mise en place de rencontres physiques. En effet, plusieurs référents ARS ont été identifiés pour ce CPOM (1 référent par établissement géré et par mission), qui sont situés sur des antennes géographiques différentes.
En conséquence, la mise en place de rendez-vous pour se présenter, pour échanger sur le projet de manière globale et pour proposer une visite des établissements, est particulièrement compliquée.

Perspectives

Renégocier le CPOM actuel :
Un avenant au CPOM actuel permettrait de renégocier le contenu du CPOM pour qu'il soit davantage en adéquation avec la réorganisation en cours mise en œuvre par la DG. En amont, la DG a besoin de réaliser un diagnostic complet de la structure et de la réorganiser.
Lors du dialogue de gestion avec le CD au deuxième semestre 2015, il a été convenu que le CD reprendrait pour moitié les déficits de ses structures de l'exercice précédent.
Pour le prochain CPOM, ou avenant, la DG souhaite :

- Rencontrer les ATC pour identifier ses interlocuteurs (profils financier, qualité ou les deux) ;
- Travailler en comité de direction avec les cadres hiérarchiques et ressources ;

Les équipes seront associées en amont.

- Travailler sur la communication tout au long de la démarche : charte, communication en interne ;
- Renforcer les liens entre les professionnels mais aussi entre les administrateurs ;
- Confronter les pratiques au sein des corps de métier ;
- Travailler sur le cadre et la culture associative

Continuer la mise en cohérence entre les ESMS de l'association :
Bien que le fonctionnement de l'association ait changé, un certain nombre d'évolutions sont encore nécessaires, notamment sur le pôle enfance (avantages, coefficients importants, etc.). Il conviendra également de faire monter en compétences les professionnels en les formant pour les recentrer sur leur cœur de métier et mettre de la transversalité dans le fonctionnement, faire prendre conscience des nouvelles orientations de l'association, etc.

Renforcer le positionnement et la visibilité de l'association :
L'association souhaite développer les coopérations avec d'autres acteurs du territoire et se rendre plus visible mais aussi plus lisible sur son mode de fonctionnement. En effet, les ESMS peuvent être mal identifiés à l'extérieur dans la mesure où ils ne répondent pas toujours aux objectifs qui leurs sont fixés dans le cadre de leur autorisation de fonctionnement (exemple : le SESSAD a une autorisation 0-20 ans, mais il accompagne presqu'exclusivement de la petite enfance. Certes il a une expertise reconnue sur le territoire mais elle doit également se développer sur l'adolescence). Leur positionnement doit en effet s'inscrire en incohérence avec leur autorisation.
Pour ce faire, l'association s'est engagée et continuera à le faire avec d'autres acteurs :

- Création d'une association : le GIRAPH, réunion avec 3 autres associations du même champ d'intervention du département, pour travailler sur des projets cliniques, d'accompagnement des usagers et des familles : L'association Le grain de blé, l'association l'Arche la Ruisselée, L'association Pescheray ;
- Création d'un GCSMS avec le Pôle régional du handicap (Handi-village) et ADIMC 72 afin de favoriser les passerelles entre handicap mental et handicap physique
- Etc.

L'association tisse de nouveaux liens avec les associations du département et de la région.

i. SOS Seniors, un CPOM précurseur sur le champ des personnes âgées

Présentation de la structure - Délégation Régionale Grand Est Groupe SOS Seniors	
Logo	GROUPE SOS
Personne référente	• Groupe SOS : Christian KRATZ, Directeur adjoint, Directeur des établissements – Pôle médico-social, Délégation régionale Grand Est Groupe SOS Seniors, christian.kratz@groupe-sos.org
Interlocuteurs rencontrés	• Groupe SOS : ○ Gilles SPANIER, directeur des opérations, suivi opérationnel des ESMS et coordination, rattaché au siège ○ Nadine HERBIN, responsable performance économique, accompagnement des ESMS ouverture, reprise, préparation budgétaire, CA, situations ○ Marie CAMMARATA, responsable reporting, aide aux ESMs sur la partie activité, reporting • ARS Alsace, Lorraine, Champagne-Ardenne : Isabelle LEGRAND, DT de Moselle, isabelle.legrand@ars.sante.fr • CD de la Moselle : Paul Charles AUBERT, paulcharles.aubert@moselle.fr
Date de création	1984
Statut juridique	Association loi 1901
Convention collective	CC 51 FEHAP
Personnes accompagnées	Personnes âgées dépendantes
Effectifs	14.000 salariés pour le GROUPE SOS 2.338 salariés pour le GROUPE SOS SENIORS
Nombre d'ESMS et capacité autorisée	54 EHPAD pour 3500 places
Territoire d'intervention	Départements de Moselle, Meurthe et Moselle, Bas Rhin, Vosges, Nord, Oise, Seine-Saint-Denis, Seine-Maritime, Vale de Marne, Drôme, Nièvre
Financeurs	ARS et Conseils Départementaux des lieux d'implantation des EHPAD

Budget	126 millions d'€
CPOM SOS seniors	
Date de signature	Le CPOM est en cours de négociation, avec une signature prévue en avril 2016 et actualisée au 16 septembre 2016 et une entrée en vigueur au 1er janvier 2016.
ESMS intégrés dans le CPOM	29 EHPAD
Frais de siège	3%

Présentation de la structure

Le groupe SOS est un groupement d'associations existant depuis 30 ans. Il présente la particularité d'avoir débuté ses activités sur le champ des addictions et de la prévention du SIDA (SOS drogues internationales, SOS drogues et prévention). Le groupe a procédé à la reprise d'associations en difficultés, dans un premier temps sur le champ de l'exclusion. Il compte aujourd'hui 350 ESMS, 60 associations et 14 000 salariés sur le territoire national.

Historiquement, le groupe SOS n'avait pas d'EHPAD. En 2011, l'association Hospitalor, issue du bassin houiller, se composait d'un important établissement de santé et de 30 EHPAD, et était en grande difficulté. Un rapprochement a été réalisé avec SOS. Le président de SOS a repris la gouvernance des associations.

En 2012, l'association Alpha santé rencontre elle aussi des difficultés sur la région. Elle se compose d'un établissement de santé en grande difficulté), et de 11 EHPAD. Un administrateur provisoire est nommé. Il s'agit de la même personne que celle d'Hospitalor, et du même modèle économique.

Le groupe SOS compte désormais 54 EHPAD ; 4 EHPAD étaient en projet ou ont été construits sur le projet Habitat et soins.
Ces 3 associations ont été rassemblées en une seule association et un transfert des autorisations a été réalisé au 1er janvier 2015, donnant naissance au Groupe SOS Seniors, constituant ainsi l'un des 5 pôles d'activités du groupe SOS :

- SOS seniors : personnes âgées
- SOS santé : établissements de santé
- SOS solidarités : personnes handicapées
- SOS emploi : association sur le champ de l'insertion
- SOS jeunesse : enfance en grande difficulté

Entrée dans la démarche CPOM

En 2011, Alpha Santé négocie un CPOM pour ses 8 EHPAD. Il s'agit alors du premier CPOM d'EHPAD sur la région, et l'un des premiers en France. L'association est à l'origine du CPOM, conjoint ARS/CD. En effet, elle souhaitait signer un CPOM dans le cadre de l'ouverture de 3 nouveaux EHPAD. En outre, les conventions tripartites de ses 8 EHPAD étaient échues et les projets d'établissement n'étaient plus à jour. Le CPOM était l'occasion de redynamiser et rebaser l'ensemble des EHPAD. Les objectifs du CPOM étaient majoritairement financiers, en raison des difficultés financières de la structure.

Avant l'arrivée à terme de ce CPOM, et avec l'arrivée concomitante du groupe SOS en juillet 2015, l'ARS a saisi l'opportunité de signer un CPOM important, sur la base du CPOM existant. Aujourd'hui, la négociation autour de ce CPOM est en cours pour les 29 EHPAD (dont un nouveau en cours d'ouverture) sur le territoire de la Moselle.

Le CD n'était pas favorable aux CPOM conjoints dans le contexte de l'époque et au regard de la complexité d'une négociation tripartite de grande ampleur. Cependant, le CPOM d'Alpha Santé arrivait à échéance, et en lien avec la constitution du groupe SOS Seniors, beaucoup de paramètres convergeaient vers l'engagement dans un CPOM.
Entre 2013 et 2014, le groupe SOS s'est rapproché du CD concernant ses EHPAD, pour évoquer ses difficultés financières et la mise en place d'une SCI. Un protocole d'objectifs et de moyens entre le CD et SOS a été signé avant le CPOM en juin 2014, portant uniquement sur la partie immobilier/investissement et le groupe 3 des dépenses.
En contrepartie de l'augmentation du tarif hébergement (de l'ordre de 3€ étalés sur deux ans), la demande d'effort faite au groupe SOS par le CD s'est traduite par une diminution de l'engagement du CD dans ses garanties d'emprunt.

Le protocole a préfiguré le CPOM sur certaines thématiques financières (déshabilitation partielle, patrimoine, etc), en direction d'un CPOM conjoint avec l'ensemble des structures concernées.

A. Objectifs du CPOM

Sécuriser et pérenniser le fonctionnement des ESMS dans le cadre d'une démarche qualité

- **Consolider les moyens financiers**

Il est important aujourd'hui pour une structure de se voir garantir un maintien de ses dotations dans une dimension pluriannuelle.

- **Rationaliser l'utilisation des moyens alloués**

Des économies d'échelle seront réalisées dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, pour répondre au manque de professionnels qualifiés et supprimer des glissements de tâches.
L'ARS est également à l'initiative d'une réflexion sur les mutualisations à mettre en place en EHPAD. Si des mutualisations sont en cours sur le transport et l'animation, le groupe SOS n'est pas favorable à la mutualisation des cuisines/blanchisseries.

- **Harmoniser le fonctionnement de l'organisme gestionnaire**

La structure applique une même convention collective à ses ESMS, cependant chacune des trois associations d'origine applique son système de paie, son système comptable et son système d'informations.

- **Actualiser les PMP/GMP**

L'entrée dans le CPOM va s'accompagner d'une actualisation des PMP/GMP des EHPAD. Les EHPAD en cours d'ouverture vont en outre pouvoir être intégrés dans le CPOM.

Bénéficier d'une souplesse dans le pilotage de la structure

- **Une libre affectation des résultats**

La structure dispose d'une libre affectation des résultats partielle, encadrée par un examen des comptes administratifs des EHPAD par l'ARS et le CD.
En cas d'excédents, 80% du montant est laissé en libre affectation - sous réserve de validation de l'ARS - et 20% est repris. Le CD s'est aligné sur cette pratique. Les excédents structurels sont réinvestis dans des projets de la structure prévus dans le CPOM.
En effet, l'ARS a pu constater des effets vertueux du CPOM dans la réduction des déficits des organismes gestionnaires signataires.

Cette liberté d'affectation des résultats va permettre à la structure de faire face aux exercices difficiles des années précédentes dans le respect des sections tarifaires.

- **Le dossier de demande d'autorisation de frais de siège a été étudié et réactualisé.**

Remplacer les CTP par un seul CPOM

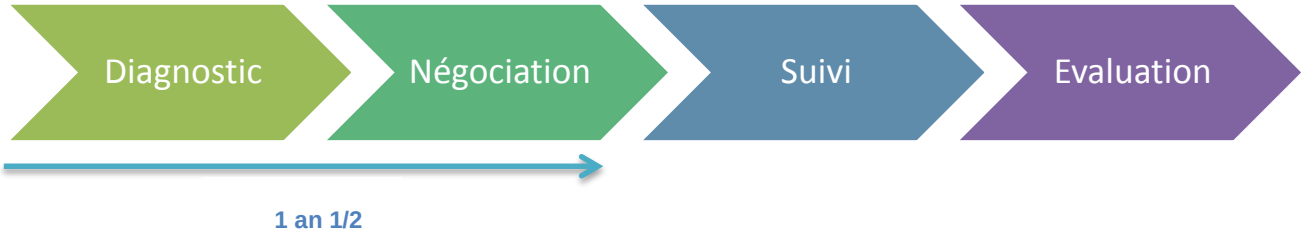
Seule une partie des CTP (3) des EHPAD a été renouvelée. Les autres CTP ont été prorogées avec des CNR sur la partie soins, en fonction de la situation des ESMS.

Initialement, il n'était pas prévu que le CPOM remplace les CTP. Cependant, depuis 6 mois et l'annonce de la généralisation des CPOM dans les EHPAD, la dynamique a changé. Pour autant, cette substitution ne semble pas induire de grands bouleversements pour la structure : « *le CPOM est une CTP grande échelle* ». De nouveaux projets d'établissements vont être définis, avec des dates communes.

Une priorisation va être réalisée dans le cadre de la médicalisation en 2016, avec des crédits supplémentaires accordés structurellement.

Concernant le CD, le groupe 3 était déjà traité dans le cadre de la SCI constituée pour les EHPAD d'Alpha Santé et Hospitalor. Compte tenu des efforts du CD (augmentation des tarifs) et des résultats des indicateurs départementaux, le CD estimait que les EHPAD du groupe SOS étaient dans la norme (groupe 1 et 2 / budget de fonctionnement). En négociation CPOM, un certain nombre de préalables ont déjà été validés en amont, notamment financiers. Les échanges ont porté sur des points davantage liés à la qualité.

B. Méthodologie du CPOM



DIAGNOSTIC

- Chaque établissement a réalisé son autodiagnostic.
- L'ARS a fourni une trame de diagnostic sous format Excel, avec différents items :
  - Qualité
    - Loi 2/2
    - Quelques axes du soin
    - Protection des personnes et prévention des risques (protocoles douleur, protocoles chutes, existence DARI)
    - Réclamations et évènements indésirables
    - Points forts issus des évaluations externes
    - Pistes d'amélioration
  - Recensement de toutes les conventions et partenariats
  - RH : effectifs, absentéisme
  - Activité des ESMS en fonction des types d'accueil
  - Finances : réserves des ESMS
- Les documents ont été transmis fin juin 2015 aux ESMS, pour un retour début août 2015. Compte tenu des délais, la structure a d'abord rempli le document, puis a fait des propositions d'amendements.
- Les outils de diagnostic sont simplifiés. La structure a pu modifier la trame par la suite dans le cadre de nombreux aller/retour avec les ATC.
- L'ensemble des réunions a été mené conjointement avec l'ARS et le CD.

NEGOCIATION

- Des échanges ont lieu tout au long du diagnostic avec l'ARS et le CD.
- 5 axes et une cinquantaine de fiches actions ont été arrêtés.
- La majorité des fiches actions sont transversales à l'ensemble des EHPAD. Certaines sont spécifiques à certaines activités, telles l'accueil de jour.
- 90% des objectifs sont qualitatifs.

SUIVI

- Les indicateurs ont été arrêtés conjointement. La structure était demandeuse d'utiliser des indicateurs préexistants, tels ceux de l'ANAP.
- Un outil va être mis en place pour assurer le suivi des indicateurs. Chaque EHPAD doit suivre les fiches actions.
- Le dialogue de gestion sera annuel. Il s'appuiera sur un rapport d'activité CPOM et rapport financier CPOM consolidé et décliné par ESMS, section tarifaire et groupe.

Focus sur le process du nouveau CPOM

L'ARS est en train d'élaborer le suivi du diagnostic qui reposera à terme sur les indicateurs de l'ANAP.
Un document cadre a été mis en place par la région, encore à l'état de prototype, avec un renvoi à des fiches actions. Les fiches actions se composent des parties suivantes :

- Axes stratégiques
- Objectifs
- Actions : calendrier, moyens, indicateurs d'évaluation

Ce document a été utilisé pour les CPOM PH et pour le CPOM SOS.
Concernant le dialogue de gestion :

- Le suivi du diagnostic est quantitatif ;
- Les fiches actions sont qualitatives.

Communication aux établissements

Afin que la démarche CPOM soit assimilée par l'ensemble des Directeurs des 30 établissements concernés afin de pouvoir être intégrée dans chaque projet d'établissement, une réunion d'information et de sensibilisation est prévue en grand groupe en présence des représentants de l'Agence Régionale de Santé, du Conseil Départemental et de la Direction du GROUPE SOS Seniors, dès lors que le document contractuel aura été validé conjointement.

Enseignements

A. Impacts du CPOM

L'amélioration de la qualité de l'accompagnement

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

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

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

La mobilisation des professionnels

Le CPOM donne une légitimité aux actions menées par le siège, en direction des directeurs et professionnels.
Des réunions de sensibilisation des professionnels ont été organisées afin de les associer.
Quatre réunions sont mises en place par secteur géographique et quatre réunions « grands groupes » ont lieu chaque année avec les directeurs, permettant ainsi de présenter les actualités et enjeux.
Initialement, des craintes ont pu exister sur la perte d'autonomie des établissements ou la perte de moyens financiers. En effet, tous les directeurs ne sont pas d'accord avec le principe de solidarité budgétaire.
Enfin, une information a été réalisée auprès du comité d'entreprise.

B. Leviers et freins au CPOM

Leviers	Freins
✓ **Mise en cohérence des différents projets en cours :** Le CPOM peut permettre de faire coïncider le projet d'établissement, etc. - **Mise en place d'une démarche structurée et partagée** La démarche CPOM a nécessité une implication forte de l'ensemble des acteurs qui s'est traduite par de nombreuses réunions et échanges - **Mise en place d'une négociation constructive en 3 étapes :** * réalisation d'un diagnostic partagé * fixation des objectifs stratégiques et actions * identification d'indicateurs d'évaluations	✓ **Des difficultés résident dans la synthèse des points forts/faibles et des objectifs afin que chaque ESMS trouve un intérêt individuel dans le CPOM.** - **En l'absence d'une démarche et d'un outil national, utilisation d'un outil « maison » perfectible** - **Changement de culture notable pour les différents protagonistes**

C. Préconisations

La prise en compte du bilan du CPOM de première génération

Le premier CPOM a servi de laboratoire aux futurs CPOM, en tant que CPOM précurseur.
La démarche s'est co-construite, au fil de l'eau, afin de prendre en compte les besoins et attentes de chacun. En effet, la manière d'analyser les objectifs entre ARS et CD était différente. D'autre part, les acteurs n'étaient pas suffisamment formés ni expérimentés en matière de CPOM.

Dans ce contexte, la structure a pu regretter l'absence de méthodes et un empilement de différentes démarches, dans des calendriers distincts (projet d'établissement, évaluation, CPOM). Elle aurait aimé pouvoir décliner politique nationale et régionale en proposant des documents relatifs à l'ensemble des structures en cohérence avec la dynamique CPOM (à titre d'exemple, il y a autant de rapports d'évaluation externe que d'ESMS).

Par ailleurs, il a semblé que les indicateurs qualité demandés étaient trop précis, ces derniers pouvant concerner la date de signature du règlement de fonctionnement, le nombre de réunions du conseil de la vie sociale, ou le recensement de l'ensemble des conventions et partenariats des 28 EHPAD.
Ces demandes impliquent un travail conséquent et chronophage pour un CPOM d'une telle envergure avec le recensement d'informations similaires pour chacun des établissements.

Il apparaît donc nécessaire de prendre en compte dans les futurs SI les données demandées dans le cadre du CPOM. De plus, si les objectifs opérationnels sont connus de tous, il convient d'être vigilant

sur une définition commune et partagée d'indicateurs de référence. A ce titre, un travail entre l'ANESM et l'ANAP serait pertinent.

Les spécificités du tripartisme : des leviers propres à chaque ATC

Le contexte financier a conduit à l'adoption de méthodes distinctes en fonction des ATC.

La démarche de négociation de l'ARS s'est davantage centrée sur des aspects qualitatifs et non spécifiquement financés. Néanmoins l'ARS dans le cadre de l'évaluation des PATHOS attribuera des moyens financiers supplémentaires.
Concernant le département, les contraintes financières ont conduit à une démarche de déshabilitation partielle des EHPAD, en cours sur 2015/2016, avec un seuil maximum de 20% sur la capacité globale. Dans ce cadre, le CD ne tarifie plus que la dépendance, permettant davantage de liberté d'action pour le gestionnaire dans la réalisation de ses dépenses.

La nécessaire harmonisation des calendriers

Pour l'ARS, le CPOM a une visée « macro » englobant toutes les démarches de l'organisme gestionnaire. Le diagnostic et les objectifs du CPOM prennent en compte les résultats des évaluations externes et également les préconisations relevant des inspections réalisées conjointement avec le CD.

De par ce rôle central, le CPOM est un élément de dynamique interne qui donne de la légitimité aux directeurs d'ESMS.

Perspectives

Des CPOM adaptables

Le CPOM conservera une certaine souplesse afin de s'adapter aux évolutions du contexte. Dans le cadre du suivi du CPOM et en cas de changement de périmètre par exemple, un avenant pourra être signé.

La mise en place de regroupements et mutualisations sur la région

L'ARS amorce des regroupements et mutualisations au niveau du secteur public avec des directions communes PA/PH dans un premier temps, en vue d'envisager éventuellement dans un second temps, des fusions.
Les mutualisations au sein d'une même association sont également encouragées.
Au sein des structures de petite envergure, des démarches de regroupements apparaissent essentielles lorsqu'il s'agit de la mise en place de la démarche d'évaluation interne, Le CD partage également cet objectif de mutualisation-coopération.