



**Direction de la Qualité et de l'Efficiency**

# **Démarche de contractualisation**

---

**Secteur personnes handicapées**

---

# Sommaire

## 1 – CPOM

- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- Guide méthodologique d'élaboration et de suivi d'un CPOM sur le secteur médico-social
- Note de cadrage relative à la contractualisation du secteur des personnes handicapées pour l'année 2011

## 2 – Dialogue de gestion du CPOM

- Grille de suivi du CPOM
- Guide méthodologique de la grille de suivi de CPOM dans le cadre du dialogue de gestion

**1 – CPOM**

**Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**

## Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

(indiquer périodicité du CPOM)

### Identification des signataires

Entre

X, sis....., représenté(e) par M./Mme X, [indiquer le titre], dûment habilité à cet effet

#### **D'une part**

Et

#### **L'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire**

CS 56 233 – 44262 Nantes CEDEX 2

Représentée par sa Directrice Générale,

Mme Marie-Sophie Desaulle

#### **D'autre part**

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles et notamment ses articles L 313-11, L.313-12-2 et R 314-39 à R 314-43-1,

Vu le schéma régional d'organisation médico-sociale des Pays de la Loire,

Vu le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du département X,

Vu la délibération en date du X du Conseil d'Administration de X, relative au contrat d'objectifs et de moyens entre X et l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, pour la période de X.

Considérant la note de cadrage de l'Agence Régionale de Santé fixant les orientations stratégiques et opérationnelles sur la contractualisation,

Les deux parties conviennent :

## **OBJET DU CONTRAT**

Le présent contrat a pour objet de définir et donner un cadre aux relations partenariales entre l'Agence Régionale de Santé et X.

Il définit le cadre des engagements techniques et financiers entre l'autorité administrative habilitée pour mettre en œuvre la politique de santé à l'échelon régional et responsable de la répartition des fonds publics qui lui sont notifiés et X, auquel (à laquelle) a été confié une mission d'accueil, d'accompagnement et de suivi des usagers relevant de l'agrément des établissements et services qu'il (elle) gère.

Il porte ainsi notamment sur :

- le cadre de réalisation des objectifs retenus par [le schéma régional d'organisation médico-sociale] et par le schéma d'organisation médico-social du département X dont relève X,
- les objectifs relatifs à la mise en œuvre des projets d'établissement et de service,
- les objectifs relatifs à la coopération des actions sociales et médico-sociales,
- des objectifs de qualité d'accueil, d'accompagnement, de suivi et d'efficience à atteindre.

Il fixera enfin les obligations respectives des parties signataires et prévoira les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis.

## **TITRE 1 - DIAGNOSTIC PARTAGE**

### **1 - L'environnement des établissements : points forts – points faibles**

#### **1.1 – Diagnostic portant sur la proposition de prestations d'accompagnement personnalisées et garantissant l'autonomie et la qualité de vie des personnes**

**1.1.1** Adéquation de la population accueillie au projet d'établissement et à l'arrêté d'autorisation de fonctionnement

**1.1.2** Organisation des prestations adaptées au public accueilli et accompagné

**1.1.3** Optimisation des temps de transport

**1.1.4** Garantie de l'accompagnement vers le milieu ordinaire

**1.1.5** Adaptation de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement au passage à l'âge adulte et/ou au vieillissement des personnes handicapées

#### **1.2 – Diagnostic portant sur le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité**

**1.2.1** Etat d'avancée de la procédure d'évaluation

**1.2.2** Mise en œuvre des droits des usagers

**1.2.3** Mise en place d'une cartographie des risques (cf définition du guide méthodologique)

**1.2.4** Garantie d'un accompagnement individualisé des personnes

### **1.3 – Diagnostic portant sur la mise en place d’une organisation efficiente**

**1.3.1** Réalisation d’une activité en cohérence avec les ressources disponibles

**1.3.2** Adaptation du mode de gouvernance des établissements et services afin de favoriser la mise en œuvre d’une démarche d’amélioration continue de la qualité et l’efficience du service rendu aux usagers

**1.3.3** Mutualisation des fonctions support

**1.3.4** Adaptation de l’organisation : gestion prévisionnelle des emplois et compétences et systèmes d’information

**1.3.5** Performance de la gestion financière : contrôle de gestion, convergence tarifaire, équilibre de la structure budgétaire, ressources disponibles pour les investissements futurs, taux de vétusté des constructions, niveau d’indépendance financière de la structure, capacité de la structure de faire face à ses besoins de financement courants

### **1.4 – Diagnostic portant sur l’inscription des établissements et services dans la dynamique territoriale**

**1.4.1** Insertion dans le contexte territorial : inscription et intégration dans l’environnement direct, pertinence du projet par rapport aux attentes et besoins sociaux locaux et au regard des schémas, valeur ajoutée par rapport aux autres réponses d’ores et déjà existantes

**1.4.2** Ouverture : mobilisation des ressources et des compétences complémentaires utiles à la mise en œuvre du projet et à la prise en charge des personnes accueillies, développement et formalisation des réseaux, modalités de recours aux dispositifs de droit commun, mise en place de partenariats fructueux et innovants permettant d’enrichir son propre projet

**1.4.3** Accessibilité : ensemble des possibilités et facilités concrètement ouvertes aux populations leur permettant de connaître, de comprendre et d’utiliser les activités et les prestations proposées par l’établissement ou le service et par les services environnants (services publics, loisirs...)

## **2 – Les problématiques saillantes**

L’association élabore une présentation permettant de distinguer dans le CPOM, la cohérence entre les orientations du projet associatif, les projets d’établissement et de service, et les actions déclinées dans le plan d’amélioration de la qualité (cf. « Guide méthodologique de suivi et d’élaboration d’un CPOM sur le secteur médico-social ».) en vue de déterminer les problématiques saillantes de l’association.

Son diagnostic transversal permet d’identifier les missions (prestations d’accompagnement personnalisées et garantissant l’autonomie et la qualité de vie des personnes, amélioration continue de la qualité, organisation efficiente, inscription dans une dynamique territoriale) réalisées dans le cadre d’un projet de coopération, avec des établissements et services médico-sociaux, des établissements de santé, ou tout organisme public ou privé compétent à la réalisation des missions et à satisfaire aux besoins médico-sociaux de la population, et celles dont la réalisation nécessiterait un projet de coopération.

### **3 – Synthèse des principaux points forts et points faibles du diagnostic**

#### **TITRE 2 - OBJECTIFS PLURIANNUELS**

**Objectifs stratégiques & Objectifs opérationnels déterminés selon les thématiques saillantes mises en exergue par le dialogue de fin de gestion et/ou le diagnostic partagé ci dessus**

**Les objectifs pluriannuels devront également être cohérents par rapport aux suites données à l'évaluation interne et externe (plan d'action qualité)**

**Ces objectifs devront être formalisés selon une « fiche objectif » harmonisée présentée en annexe cf. « Guide méthodologique de suivi et d'élaboration d'un CPOM sur le secteur médico social ».**

#### **TITRE 3 - MOYENS FINANCIERS PERMETTANT D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS**

##### **Détermination de la dotation globale commune de référence**

La dotation globale commune de référence applicable au présent contrat a été élaborée à partir du diagnostic partagé retracé dans le titre I. Elle prend également en compte les incidences des objectifs de performance des établissements et services médico-sociaux, fixés dans le titre II.

La fixation du montant global des dépenses nettes autorisées (égal au groupe I de la classe 7) est commune aux établissements et services financés par l'assurance maladie, tarifés par l'Agence Régionale de Santé et gérés par x. Une autre dotation globalisée commune de référence est fixée pour les ESAT.

Les crédits alloués par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire sont des montants maximum, garantis sous réserve que l'évolution de l'enveloppe nationale déterminée par le Parlement pour les dépenses d'assurance maladie et de l'Etat et celle de la dotation régionale le permettent.

##### **Modalités de prise en charge des surcoûts résultant du programme d'investissement ou de la restructuration de l'établissement ou du service X**

##### **Modalités d'alignement des ressources de l'établissement ou du service sur celles des équipements comparables**

##### **Modalités de mise en œuvre du programme de réduction des écarts**

##### **Détermination de la dotation globale commune de référence des établissements et services financés par l'assurance maladie**

La dotation globalisée commune de référence est définie comme suit :

<b>BUDGET DE REFERENCE (crédits reconductibles) – Echéance 5 ans</b>			
	<b>Montant</b>		<b>Montant</b>
<b>Groupe I</b>		<b>Groupe I</b>	
<b>Groupe II</b>		<b>Groupe II</b>	
<b>Groupe III</b>		<b>Groupe III</b>	
<b>Total des dépenses (classe 6)</b>		<b>Total des recettes (classe 7)</b>	

La dotation globalisée commune de référence des établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie, gérés par x est de x €, pour un équipement de x établissements et services et de x places.

#### **Détermination du budget de référence des ESAT financés par l'Etat**

La dotation globalisée commune de référence se répartit entre les établissements et services de la façon suivante :

<b>BUDGET DE REFERENCE (crédits reconductibles) – Echéance 5 ans</b>			
<b>Dépenses</b>		<b>Recettes</b>	
	<b>Montant</b>		<b>Montant</b>
<b>Groupe I</b>		<b>Groupe I</b>	
<b>Groupe II</b>		<b>Groupe II</b>	
<b>Groupe III</b>		<b>Groupe III</b>	
<b>Total des dépenses (classe 6)</b>		<b>Total des recettes (classe 7)</b>	

#### **Détermination du prix de journée indicatif**

Afin de pouvoir procéder, d'une part, aux compensations entre les différents régimes d'assurance maladie et, d'autre part, continuer à facturer aux conseils généraux les participations des personnes handicapées prévues au troisième alinéa de l'article L242-4 du CASF, des prix de journée moyens indicatifs sont fixés pour les établissements gérés x. Ils s'établissent en année N à :

Catégorie ESMS	x €
Catégorie ESMS	x €

## **Détermination de l'évolution de la dotation globalisée commune de référence**

Le taux directeur éventuel sera attribué dans le cadre de l'arrêté de tarification annuel, en fonctions des orientations budgétaires arrêtées dans le rapport établi annuellement par l'Agence Régionale de Santé.

OU

Conformément au cadre de convergence tarifaire fixé dans la note de cadrage sur la contractualisation, et au regard du coût de l'ensemble des établissements et services par rapport aux établissements et services comparables, le taux directeur annuel est fixé à 0 sur X années.

*[Dans ce cas, préciser si la fixation annuelle du tarif est soumise ou non à la procédure contradictoire et si non préciser les documents budgétaires à transmettre à l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et les délais dans lesquels cette transmission doit avoir lieu]*

OU

Les modalités d'actualisation annuelle de la dotation globale commune feront l'objet d'un avenant annuel

OU

Conformément au cadre de convergence tarifaire fixé dans la note de cadrage sur la contractualisation, et au regard du coût de l'ensemble des établissements et services par rapport aux établissements et services comparables, le taux directeur attribué annuellement correspondra au taux directeur régional.

*[Dans ce cas, préciser si la fixation annuelle du tarif est soumise ou non à la procédure contradictoire et si non préciser les documents budgétaires à transmettre à l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et les délais dans lesquels cette transmission doit avoir lieu]*

Les prix de journée arrêtés sont majorés annuellement du taux éventuel d'évolution de la quote-part de dotation globalisée de l'établissement concerné.

### **Modalités d'affectation des résultats budgétaires**

Préciser si l'affectation est libre ou non.

## **TITRE 4 - MODALITES DE SUIVI DU CONTRAT**

Le suivi du présent contrat aura lieu dans le cadre d'un dialogue de gestion annuel, portant sur l'état d'avancée de réalisation des objectifs définis dans le titre II, renseigné dans la grille de suivi élaborée par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et plus spécifiquement sur des thématiques prioritaires arrêtées dans la note de cadrage annuelle de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

## TITRE 5 - DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION

Le contrat conclu pour une durée de 5 ans qui prend effet à compter de la date de sa signature.

En cas de non respect par l'une ou l'autre des parties, d'un ou des engagements contenus dans le présent contrat, ce dernier pourra être dénoncé par l'une d'elles. Dans ce cas, cette décision devra être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception et respecter un préavis de 6 mois. Trois mois au moins avant la date d'expiration du contrat, l'une ou l'autre des parties est tenue de faire connaître ses intentions :

- quant au renouvellement par avenant du contrat pour une période de trois à cinq ans,
- quant à sa dénonciation, à notifier par lettre recommandée avec accusé de réception.

DATE

La Directrice Générale  
De l'Agence Régionale de Santé

Le(a) Président(e) de

# Annexe : fiche objectif type

**Thème :**

**Objectif :**

- ▶ **Mesure n° :**
- ▶ **Contexte :**
- ▶ **Etat de la problématique :**
- ▶ **Enjeux :**
- ▶ **Actions :**
- ▶ **Modalités de mise en œuvre des actions :**
  - *Pilotage:*
  - *Partenaires associés:*
  - *Résultats attendus :*
- ▶ **Calendrier de mise en œuvre :**
- ▶ **Volet budgétaire**  
*Valorisation budgétaire de la mesure à moyens constants :*
- ▶ **Dans l'hypothèse de moyens inscrits au contrat pour la réalisation de la mesure :**
  - *Moyens apportés par l'association :*
  - *Moyens apportés par l'ARS :*
- ▶ **Indicateurs de suivi de l'action (à préciser) :**
  - *de moyens*
  - *de résultats*
  - *de processus*
  - *d'alerte*
  - *de satisfaction*

**Guide méthodologique d'élaboration et de suivi d'un CPOM  
sur le secteur médico-social**

## GUIDE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION ET DE SUIVI D'UN CPOM SUR LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

### PREAMBULE

#### **1.1. Le contexte d'élaboration de ce guide**

La démarche de contractualisation est l'un des outils majeurs à dispositions des acteurs du champ médico-social et de l'Agence Régionale de Santé pour atteindre les objectifs de qualité et d'efficacité afin de :

- S'assurer de la qualité des accompagnements et des soins au sein des établissements et services médico-sociaux
- S'assurer du développement des pratiques d'évaluation interne et externe et de la culture de la bientraitance au sein des établissements et services qui accueillent des personnes vulnérables
- Contribuer à la performance des établissements et services, conformément aux objectifs fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé :
  - améliorer l'état de santé de la population,
  - répondre aux attentes des personnes,
  - s'assurer d'un financement équitable

#### **1.2. Précisions sur l'objet de ce guide**

Le présent guide méthodologique définit les modalités d'élaboration et de suivi d'un CPOM. Il vise à aider les établissements et services médico-sociaux dans l'élaboration du contrat, en particulier pour compléter le diagnostic partagé ; il devrait également faciliter les échanges avec le négociateur de l'ARS;

Le temps imparti et le volume des contrats à négocier militent pour une procédure standardisée rapide et efficace qui consistera dans la mesure du possible en " des allers retours" documentaires ente les établissements et l'équipe de négociation jalonnés au maximum de trois rencontres.

## **1. LE PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION ET SES ELEMENTS CONSTITUTIFS**

### **1.1. Le cadre législatif et réglementaire**

La possibilité de passer un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux ne revêt pas un caractère obligatoire. Pourtant, la signature d'un tel contrat est expressément prévue par l'ordonnance du 1<sup>o</sup> décembre 2005, qui a complété l'article L.313-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Par la suite plusieurs textes dont des circulaires sont venus apporter des explications sur ce sujet :

- Le Code de l'Action Sociale et des Familles et ses articles :
  - L.313-11 du CASF,
  - L.312-7 du code de l'action sociale et des familles
  - R.314.39 à R 314.43 ainsi que le nouvel article R.314-43-1,
  - R.312-194-1 et suivant du même code,
- Loi HPST du 21 juillet 2009
- Circulaire N°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006, relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements
- Circulaire N°DGAS/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens

La loi HPST du 21 juillet 2009 a consacré le principe de la démarche de contractualisation article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles prévoit que sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7.

Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services.

Cet article est complété par l'article L313-12-2 qui consacre l'élargissement de l'objet des contrats et les rend obligatoires au-delà d'un certain seuil : il souligne ainsi que les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, non publié à ce jour, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification..Ce seuil sera défini par un décret, non paru à ce jour.

## **1.2. La cible**

### 1.2.1. Qui est concerné ?

Toute personne morale gestionnaire ayant conclu un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens telle que :

- Une association,
- Un ensemble d'établissements privés commerciaux géré par la même personne morale,
- Des établissements publics,
- Un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale :

Deux situations sont dans ce cas à distinguer :

- GSCMS non gestionnaire d'autorisations : l'étude d'un CPOM se fera prioritairement sur la base d'un socle commun portant sur des objectifs transversaux aux établissements et services membres du groupement, avec des annexes par établissements et services
- GSCMS gestionnaire d'autorisations : le CPOM sera conclu avec le GCSMS, sans annexes par établissements et services

### 1.2.2. Le périmètre

Le CPOM concerne l'ensemble des établissements et services gérés par une même association gestionnaire, dans la mesure où ceux-ci sont tarifés par l'ARS (assurance maladie et Etat). En cas de tarification conjointe, la collaboration des Conseils Généraux sera recherchée dans la mesure du possible

L'année 2011 étant la première année de plein exercice de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, le périmètre des CPOM se limitera au seul secteur médico-social.

Au sein de celui-ci l'objectif est d'élargir le périmètre au regard de la prise en charge (secteur enfance /adultes) du financement (ETAT/AM), du territoire géographique (CPOM interdépartemental, régional).

En revanche, dès 2012, il est proposé que le CPOM intègre également le champ sanitaire voire l'articulation avec le milieu libéral.

Concernant la conciliation avec les CPOM de 1<sup>ère</sup> génération, le principe retenu est celui de l'examen au cas par cas des CPOM à périmètre élargi : si les objectifs opérationnels retenus sont compatibles avec le CPOM de seconde génération, le périmètre peut être élargi par simple avenant. Dans le cas contraire, c'est l'ensemble du CPOM qui devra être renégocié.

### **1.3. Les délais**

La contractualisation se déroule sur toute l'année, contrairement à la campagne de dialogue de gestion qui se déroule du mois de mai au mois d'octobre de l'année N+1.

Concernant le processus de contractualisation, celui-ci s'articule avec le calendrier de la campagne budgétaire et les documents de cadrage transmis par la Direction de la Qualité et de l'Efficiency, soit :

- Au mois de mars de l'année N : transmission par la Direction de la Qualité et de l'Efficiency (DQE) aux établissements et services d'une première note de cadrage relative aux orientations stratégiques et à l'organisation de la conduite de la contractualisation
- En mars avril de l'année N, parution de la circulaire budgétaire
- Fin avril, transmission du Rapport d'Orientations Budgétaires par la Direction de l'accompagnement et des Soins (DAS)
- Début mai, transmission par la Direction de la Qualité et de l'Efficiency (DQE) aux établissements et services d'une deuxième note de cadrage incluant des éléments relatifs à la politique de convergence tarifaire

## **2. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CPOM**

### **Objet du CPOM**

Le CPOM sera élaboré conjointement à partir d'un diagnostic partagé, des résultats du dialogue de fin de gestion pour les organismes gestionnaires en situation de renouvellement de contrat, de la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, et leurs modalités pratiques de mise en œuvre.

L'objectif est d'aboutir à définir et négocier des objectifs stratégiques et opérationnels déterminés selon les points forts et les points faibles de la structure concernée, mesurés à l'aune de :

- 1- la capacité de l'ESMS à proposer des prestations d'accompagnement personnalisées qui garantissent l'autonomie et la qualité de vie des personnes,
  - 2- l'engagement de l'organisme gestionnaire et de l'ESMS dans une dynamique structurée d'amélioration continue de la qualité,
  - 3- l'inscription de l'ESMS dans la dynamique territoriale,
  - 4- la capacité du co – contractant à mettre en œuvre une organisation efficiente garantissant la bonne utilisation des crédits alloués.
- La stratégie de regroupement sous jacente aux points 3 et 4 doit préférentiellement se réaliser sur le principe du volontariat, et s'effectuer prioritairement selon la clé d'entrée territoriale et/ou par type de prise en charge.

Ces objectifs opérationnels devront être assortis d'indicateurs de suivi pertinents et peu nombreux construits par l'organisme gestionnaire lui-même et reconnus par l'ARS.

### **TITRE I DIAGNOSTIC PARTAGE :**

Le diagnostic partagé, est construit sur la base d'un travail élaboré par les professionnels de l'association, alimenté par le rapport de l'évaluation interne, les résultats et recommandations de l'évaluation externe, le plan d'amélioration continue de la qualité, et constitue une étape préalable à la fixation d'objectifs. Cette étape conditionne autant l'observation et l'analyse des thématiques saillantes du CPOM, en lien avec les axes forts du schéma régional médico-social, que la fixation des objectifs stratégiques et opérationnels et d'indicateurs pertinents et peu nombreux.

Il paraît indispensable que l'association élabore une présentation permettant de distinguer dans le CPOM, la cohérence entre les orientations du projet associatif, les projets d'établissement et de service, et les actions déclinées dans le plan d'amélioration de la qualité.

**Enfin, ce diagnostic partagé porte sur l'observation de prestations d'accompagnement personnalisées garantissant l'autonomie et la qualité de vie des personnes,** car il doit permettre de rendre cohérente l'adéquation de la population accueillie au projet d'établissement et à l'agrément. **Mais également sur la présentation des points forts et des points faibles issus de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la mise en place d'une organisation efficiente.**

Les thématiques à traiter dans le cadre des objectifs du CPOM découlent :

*a) des enjeux médico-sociaux définis par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, dans le cadre du projet régional de santé.*

*b) des observations et conclusions des dialogues de gestion de CPOM pour les organismes gestionnaires en situation de renouvellement de contrat,*

*c) de la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, et de leurs modalités pratiques de mise en œuvre.*

**- Concernant le projet d'établissement :**

- "L'élaboration, la rédaction et l'animation du projet d'établissement ou de service";

**- Concernant l'évaluation interne :**

- "La mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du Code de l'Action sociale et des familles";
- "La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du Code de l'Action sociale et des familles"

**- Concernant la bientraitance :**

- "La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre",
- "Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses",
- "Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées",
- "Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance",
- "Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile".

**- Concernant le projet individualisé :**

- "Les attentes de la personne et le projet personnalisé",
- "L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement",

## 1. L'environnement des établissements : points forts, points faibles

### **1.1 Diagnostic portant sur la proposition de prestations d'accompagnement personnalisées garantissant l'autonomie et la qualité de vie des personnes.**

Il doit identifier et analyser :

#### 1.1.1 Adéquation de la population accueillie au projet d'établissement et à l'agrément :

Exemples d'indicateurs d'inadéquation:

- Nombre de personnes relevant de l'amendement creton
- Ecart de plus de 30% entre la population accueillie et la population agréée (appréciation de la nécessité d'une coupe transversale effectuée par une équipe pluridisciplinaire)
- Vieillesse de la population accueillie : impact sur la prise en charge
- 

#### 1.1.2 Organisation des prestations adaptées au public accueilli et accompagné,

-

Exemples :

- Identification et quantification du panier de prestations offertes au public accueilli,
- Diversification des modes d'accueil et amplitude d'ouverture
- adaptation des outils règlementaires (Loi 2002-2), et du projet personnalisé aux besoins et aux attentes des usagers

#### 1.1.3 L'optimisation des temps de transport

Exemples :

- Nombre d'usagers ayant un temps de transports > à une heure aller/retour
- Cartographie de la zone de couverture de l'établissement
- Existence de points de ramassage locaux

#### 1.1.4. La garantie de l'accompagnement vers le milieu ordinaire

Exemples :

- Nombre d'enfants scolarisés dans une école de proximité
- Nombre de partenariats locaux avec les dispositifs de droit commun

- Nombre et nature des actions visant à favoriser l'insertion pré professionnelle et professionnelle des usagers (révision du projet personnalisé, nombre d'usagers sortis vers l'emploi ...)

1.1.5 L'adaptation de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement au passage à l'âge adulte et/ou au vieillissement des personnes handicapées.

Exemples :

- Réponses de l'établissement face aux situations de fatigabilité
- Révision du projet personnalisé et des projets de service
- Adaptation des rythmes de vie

## **1.2 Diagnostic portant sur le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité.**

Il doit identifier et analyser :

1.2.1 L'état d'avancée de la procédure d'évaluation,

Exemples :

- Calendrier de mise en œuvre des évaluations internes et externes
- Echelle de maturité de la démarche d'amélioration continue de la qualité (source ANAP)
  - o Niveau 1 : Les objectifs généraux d'accompagnement adaptés au contexte de la population accueillie ne sont pas formalisés
  - o Niveau 2 : les objectifs généraux sont spécifiés et déclinés en objectifs opérationnels au niveau de la structure
  - o Niveau 3 : Les objectifs opérationnels donnent lieu à un plan d'actions mis en œuvre au sein de la structure
  - o Niveau 4 : l'observation des actions déployées est réalisée et donne lieu à une analyse pluridisciplinaire ou partagée
  - o Niveau 5 : La politique d'amélioration continue est organisée et mise en œuvre et l'impact de la politique d'amélioration continue des prestations est identifié et mesuré

1.2.2. La mise en œuvre des droits des usagers

Exemples :

- Etat des lieux des outils de la loi 2002-2 (livret d'accueil, contrat de séjour, personne qualifiée, charte des droits et libertés des personnes accueillies)
- Mise en place et suivi des préconisations des Conseils de la vie sociale
- Existence de questionnaires de satisfaction

- Réponses aux attentes exprimées par les usagers (groupes de parole, système de communication adapté, etc...)
- Prise en compte de l'environnement social et familial

### 1.2.3. La mise en place d'une cartographie des risques

La démarche de gestion des risques va reposer sur la connaissance des risques (risques liés au bâti, risques liés à la maltraitance, risques sanitaires, risques psychosociaux ...), - l'élimination de certains risques (analyse puis traitement) - la prévention et la protection (formations)

Définitions :

Un risque sanitaire désigne un risque, immédiat ou à long terme, plus ou moins probable auquel la santé publique est exposée. L'identification et l'analyse des risques, liée à un phénomène permet généralement de prévoir l'impact d'un risque sanitaire sur la santé publique.

Les risques psychosociaux recouvrent des risques professionnels d'origine et de nature variée, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des organisations.

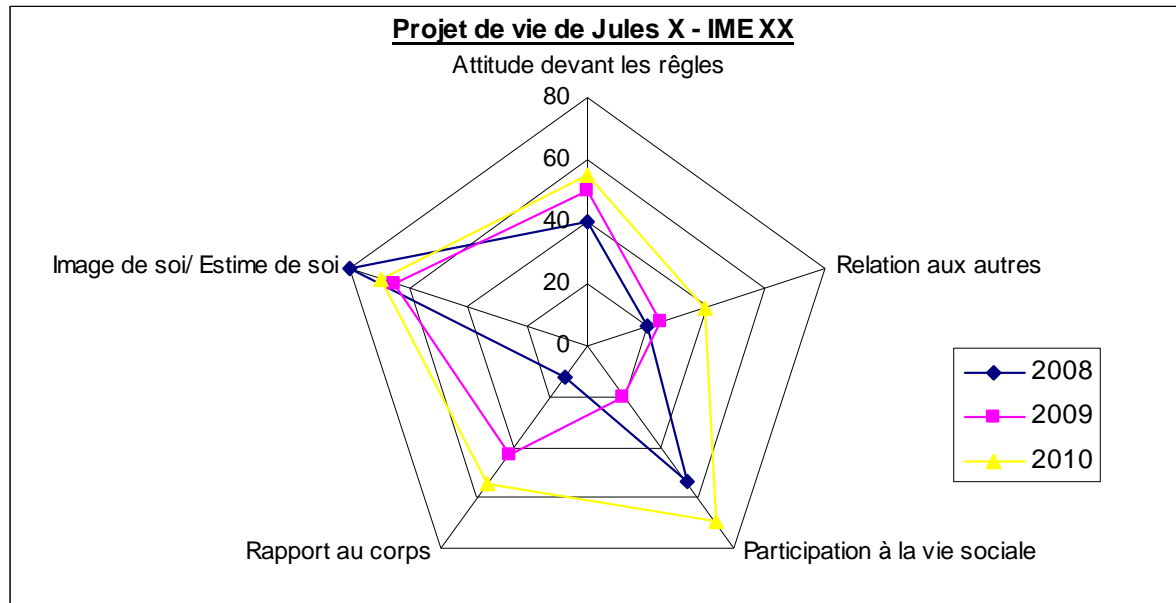
Exemples :

- Application des normes d'hygiène et de sécurité
- Prévention des situations de risques de maltraitance
- Mise en place d'un dispositif de régulation des conflits
- Existence et suivi du document unique de gestion des risques
- Existence de groupes de travail sur les risques psychosociaux

### 1.2.4 La garantie d'un accompagnement individualisé des personnes.

Exemples :

- Attention donnée aux modalités d'admission, et au développement de situations d'essais et d'expérimentation (prise en compte des habitudes de vie, des attentes)
- Périodicité de la révision du projet personnalisé, nécessité de repérer les zones de vigilance susceptibles de modifier le projet personnalisé si le déroulement ne produit pas les effets attendus
- Existence d'un référentiel d'appropriation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM
- Adaptation du projet personnalisé à la compréhension des usagers, explicitation des décisions et formalisation des supports susceptibles de faciliter la réflexion, et les interactions avec l'environnement



### 1.3 Diagnostic portant sur la mise en place d'une organisation efficiente.

Il doit identifier et analyser :

#### 1.3.1. La réalisation d'une activité en cohérence avec les ressources disponibles

Exemples :

- Mesure du niveau d'activité de l'établissement ou du service (taux d'occupation par mode de fonctionnement, durée moyenne d'accompagnement, nombre de personnes prises en charge accompagnées sur l'année)
- Adaptation des moyens mis en œuvre, au regard des objectifs de qualité

#### 1.3.2. L'adaptation du mode de gouvernance des établissements et services afin de favoriser la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et l'efficacité du service rendu aux usagers

#### Exemples :

- Existence et/ou perspectives de réorganisation de la gouvernance des établissements et services par voie de fusion ou de coopération : descriptif à produire
- Existence et/ou perspectives de réorganisation de la gouvernance interne des établissements et services : descriptif à produire
- Identification de fonctions de coordination de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de contrôle de gestion dans ces nouvelles organisations

#### 1.3.3. La mutualisation des fonctions support

#### Exemples :

- Etat des lieux et évolution des fonctions remontées au siège en adéquation avec le taux de prélèvement de frais de siège (décloisonnement, formalisation des délégations, qualification des cadres et salariés)
- Ratio d'encadrement auprès de l'utilisateur
- Ratio d'encadrement direction encadrement, services généraux, restauration

#### 1.3.4. L'adaptation de l'organisation : gestion prévisionnelle des emplois et compétences et systèmes d'information

#### Exemples :

- Taux de personnels diplômés/ personnels d'encadrement (niveaux I et II : directeur et chef de service)
- Taux d'absentéisme
- Baromètre social comprenant une évaluation des risques psychosociaux
- Existence d'une réflexion sur les métiers
- Utilisation d'outils individuels de formation ou d'un accord collectif
- Mobilité professionnelle
- Définition des parcours professionnels
- Politique spécifique à l'égard des salariés de plus de 45 ans
- Existence d'un schéma directeur informatique

1.3.5. La performance de la gestion financière : contrôle de gestion, convergence tarifaire, équilibre de la structure budgétaire, ressources disponibles pour les investissements futurs, taux de vétusté des constructions, niveau d'indépendance financière de la structure, capacité de la structure de faire face à ses besoins de financement courants.

#### Exemples :

- Taux de capacité d'autofinancement
- Taux de vétusté des constructions
- Taux d'indépendance financière
- Taux de couverture du besoin en fonds de roulement (BFR) par la trésorerie (pour les structures dont le BFR est positif)
- Lien avec le programme Pluriannuel d'investissement (cf *infra TITRE III*)

### **1.4 Diagnostic portant sur l'inscription des établissements et services dans la dynamique territoriale**

Il doit identifier et analyser :

1.4.1- L'insertion dans le contexte territorial : inscription et intégration dans l'environnement direct, pertinence du projet par rapport aux attentes et besoins sociaux locaux et au regard des schémas, valeur ajoutée par rapport aux autres réponses d'ores et déjà existantes

#### Exemples :

- Nombre de parcours présentant une articulation avec secteur ambulatoire, le secteur sanitaire, ou autres ESMS médico-sociaux
  - Nombre de conventions signées relatives aux prises en charges partagées, formalisation des coopérations inter institutionnelles
- mobilisation des ressources et des compétences complémentaires utiles à la mise en œuvre du projet et l'accompagnement des personnes accueillies, développement et formalisation des réseaux, modalités de recours aux dispositifs de droit commun, mise en place de partenariats fructueux et innovants permettant d'enrichir son propre projet

#### Exemples :

- réorganisation de la gouvernance aboutissant à une optimisation des fonctions support (dont GPEC) et au développement de nouvelles fonctions comme le contrôle de gestion et le pilotage de la démarche qualité
- nombre et type de fonctions mutualisées (fonctions support dont services généraux et achats, SI, transports, partage de compétences rares (médicales, paramédicales)

- *l'accessibilité* : ensemble des possibilités et facilités concrètement ouvertes aux populations leur permettant de connaître, de comprendre et d'utiliser les activités et les prestations proposées par l'établissement ou le service et par les services environnants (services publics, loisirs...) ; réponse aux obligations législatives sur l'accessibilité (diagnostic, plan d'actions).
  - Ouverture et orientation vers des dispositifs de droit commun, sur des plages d'ouverture grand public
  - Nombre de conventions signées

## **2 – Les problématiques saillantes**

L'établissement doit notamment souligner les faits marquants, analyser les résultats de l'année N, et expliciter les perspectives pour les années N+1 à N+5

Les formes de coopération identifiées, au sens de l'article L312-4 4ème du CASF, sont les suivantes : l'association loi 1901, la convention de coopération (convention sur les unités d'enseignement avec l'Education Nationale), la convention individuelle d'exercice à temps partagé, le groupement d'intérêt public, le groupement d'intérêt économique, le groupement de coopération sanitaire et médico-sociale, le groupement d'employeurs.

La nature des interventions identifiées sont les suivantes :

- la mise en commun de moyens : recrutement de personnel, définition d'actions de formation à destination des personnels, acquisition et partage de moyens logistiques et techniques (recours à une pharmacie d'usage intérieur, création et gestion des systèmes d'information, groupement d'achats, gestion des ressources humaines – paie, appui à la GPEC -, contrôle de gestion,...), la création et la gestion de services d'intérêt commun (restauration, transports, blanchisserie, programme immobilier, service juridique...)
- le développement de nouvelles stratégies d'accompagnement : organisation de la filière ou de paniers de services sur un territoire, création de réseaux sociaux ou médico-sociaux, organisation des fusions et regroupements des établissements et services ;
- le développement d'actions concourant à l'amélioration continue de la qualité : formation, appui à la conduite de l'évaluation interne, définition de bonnes pratiques d'accompagnement du public, appui à l'élaboration, la coordination et le suivi du projet personnalisé, appui à la mise en place, au suivi et à l'évaluation de la cartographie des risques,...
- l'exercice direct des missions et prestations des établissements et services médico-sociaux.

## **TITRE II OBJECTIFS PLURIANNUELS**

Le CPOM doit se fixer des objectifs à atteindre par la définition d'axes stratégiques et leur déclinaison en objectifs opérationnels.

### **1. Thèmes couverts**

Les thèmes couverts doivent découler des thématiques saillantes mises en exergue par le dialogue de fin de gestion et/ou le diagnostic partagé. Ils doivent être déterminés en cohérence avec le plan d'action qualité issu de l'évaluation des activités et des prestations délivrées.

- Les prestations d'accompagnement aux personnes : notamment, mise en adéquation des agréments et des orientations, personnalisation des droits des usagers et capacité de réponse aux besoins et à leurs évolutions.
- Qualité & efficacité : notamment démarche d'amélioration continue de la qualité : (exemple : prise en compte des facteurs de risques), efficacité des organisations, (exemple capacité de mobilisation et d'implication des personnels) performance de la gestion financière (exemple : optimisation et mutualisation des ressources).....
- Inscription de l'ESMS dans la dynamique territoriale : notamment la prise en compte du réseau de proximité et de l'utilisation optimale des ressources du milieu ; sa contribution aux évolutions et à la modification de l'environnement.

Ces objectifs devront être formalisés selon une « fiche objectif » harmonisée, présente en annexe au CPOM, et détaillant :

- Le contexte : problématiques repérées et causes
- Les enjeux : mise en actions
- Les modalités de mise en œuvre : pilotage de l'action, partenaires associés et résultats attendus
- Le calendrier de mise en œuvre
- Les moyens à mettre en œuvre
- Les indicateurs de suivi de l'action

### **2. Indicateurs**

Les indicateurs doivent permettre de mesurer l'atteinte des objectifs définis dans le CPOM. Il convient donc de s'assurer de leur pertinence par rapport à l'objectif fixé.

Il existe 5 types d'indicateurs :

- Les indicateurs de moyens : ces indicateurs permettent de mesurer les moyens mis en œuvre pour atteindre l'objectif.
- Les indicateurs de résultats / ces indicateurs supposent la définition préalable de résultats, car ils en mesurent l'atteinte.
- Les indicateurs de processus : ces indicateurs permettent de mesurer l'ensemble des activités à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif.

- Les indicateurs sentinelles : ces indicateurs sont des indicateurs d'alerte mis en place en cas d'événements graves et inattendus dont la survenance doit déclencher la recherche d'une explication.
- Les indicateurs de satisfaction : ces indicateurs permettent de mesurer la satisfaction de l'utilisateur.

Cf « guide méthodologique de la trame de suivi du dialogue de gestion

### **TITRE III : MOYENS FINANCIERS PERMETTANT D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS**

#### **Détermination de la dotation globale commune de référence**

Le budget de référence ne comporte pas les résultats comptables des exercices antérieurs.

Il est établi à partir de la capacité autorisée des établissements et services à la date de signature du contrat.

Il permet [conserver uniquement la mention utile en fonction de l'objet du contrat] :

- d'assurer une reconduction, actualisée chaque année selon les règles définies infra, de ressources allouées lors de l'exercice de l'année N-1,
- de garantir la prise en charge, sur plusieurs années, des surcoûts résultant du programme d'investissement ou de la restructuration de l'établissement ou du service X, selon les modalités définies ci-après,
- d'étager sur plusieurs années l'alignement des ressources de l'établissement ou du service sur celles des équipements comparables, selon les modalités ci-après définies
- de mettre en œuvre un programme de réduction des écarts, à la suite d'une procédure engagée sur le fondement de l'article R.314-33, selon les modalités ci-après définies

#### **Modalités de prise en charge des surcoûts résultant du programme d'investissement ou de la restructuration de l'établissement ou du service X**

#### **Le principe à retenir est celui de l'intégration des surcoûts résultants du programme d'investissement ou de la restructuration dans le cadre de la dotation globale commune de référence limitative**

Un tableau prévisionnel des investissements sur la durée du contrat devra être annexé au CPOM, dès lors qu'aucun surcoût n'est envisagé sur la DGC de référence

Un PPI sera sollicité, pour approbation, et annexé au CPOM

- en cas d'incompatibilité du programme avec la dotation globale commune référence (surcoûts prévisionnels)
- en cas de projet d'humanisation et de construction

**Modalités d’alignement des ressources de l’établissement ou du service sur celles des équipements comparables**

**Modalités de mise en œuvre du programme de réduction des écarts**

## **TITRE IV : MODALITES DE SUIVI DU CONTRAT**

### **1. Suivi**

**Un comité de pilotage et de suivi (COPIL) du CPOM annuel doit être mis en place, afin de :**

- faciliter le dialogue de gestion du CPOM,
- évaluer les réalisations marquantes et les difficultés rencontrées lors de la durée du CPOM,
- piloter les modifications nécessaires ou d’évolution souhaitée.

Ce COPIL du CPOM, dont le nombre de participants devra permettre de faciliter les échanges, sera composé :

Du président de l’association

Du directeur de l’association

De représentants des directeurs d’ESMS,

De représentants de l’Agence Régionale de Santé (inspecteurs, médecins experts ...) : Direction de la Qualité et de l’Efficience, Délégation Territoriale, Direction de l’accompagnement et des soins, le cas échéant.

Huit mois avant le terme quinquennal, les parties signataires négocieront les conditions de renouvellement du contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens.

Une évaluation globale sera partagée entre les parties signataires, sur la base du dialogue de fin de gestion.

### **2. Evaluation**

**La réalisation de l’évaluation interne est un préalable incontournable à la conclusion d’un CPOM.**

Aux termes de l’article D 312-203 CASF, les évaluations internes sont communiquées lors de la révision du CPOM.

La réalisation de l’évaluation externe conditionne le renouvellement de l’autorisation.

De même, le calendrier de réalisation des évaluations externes peut être prévu par le CPOM, dans la limite des contraintes réglementaires (article D 312-205 CASF).

## **TITRE V : DUREE DU CONTRAT ET RESILIATION**

### **1. Dénonciation**

En cas de non respect, par l'une des parties, d'un ou des engagements contenus dans le CPOM, ce dernier pourra être dénoncé par l'une d'elles.

La partie, ayant l'initiative de la dénonciation, saisira l'autre par lettre recommandée.

Dans ce cas, cette décision devra être formalisée par lettre recommandée avec accusé de réception et respecter un préavis de six mois.

En cas de dénonciation du présent contrat par l'une ou l'autre des parties, il est prévu de revenir à la procédure contradictoire d'élaboration annuelle des budgets.

### **2. Modification**

Dans le cas où l'Association aurait à faire face à un changement de situation durant la période du contrat, un avenant sera conclu afin de prendre en compte les ajustements qui s'avèreraient nécessaires. L'Association informera alors l'ARS par lettre recommandée avec accusé de réception de la situation grave et/ou imprévisible rencontrée qui motive sa demande d'avenant. Dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de première présentation de cette lettre à l'ARS, une réunion sera organisée entre les parties. L'Association transmettra à l'ARS au moins huit jours avant cette réunion une note précisant les conséquences de la situation rencontrée sur le CPOM ainsi que ses propositions pour l'avenant.. Les incidences sur la dotation globale ainsi que la date de prise d'effet seront précisées dans l'avenant :

- dans le cas d'une extension de capacité d'un établissement ou d'un service géré par l'Association, un avenant sera signé après l'obtention des autorisations nécessaires et au plus tard six mois avant la mise en oeuvre de cette extension. Les incidences sur la dotation globale ainsi que la date de prise d'effet seront précisées dans l'avenant.
- dans le cas de la reprise par l'Association d'établissement(s) ou de service(s) gérés par une autre personne morale, un avenant sera signé après l'obtention des autorisations nécessaires. Le délai entre la signature de l'avenant et la reprise de la gestion par l'Association sera préalablement négocié entre les parties, en fonction de la situation et du temps nécessaire à l'organisation de la reprise. Les incidences sur la dotation globale ainsi que la date de prise d'effet seront précisées dans l'avenant.

**Note de cadrage relative à la contractualisation  
du secteur des personnes handicapées pour l'année 2011**

*Orientations stratégiques et organisation de la conduite de la contractualisation  
sur le secteur des personnes handicapées*

# Note de cadrage relative à la contractualisation du secteur des personnes handicapées — pour l'année 2011

Orientations stratégiques et organisation de la conduite  
de la contractualisation sur le secteur des personnes handicapées

- Rédacteurs  
Equipe Département Médico-Social –  
Personnes handicapées
- Validé le

# Sommaire

Préambule _____	3
Le cadre de la contractualisation rénové par la loi hôpital patients santé et territoire _____	3
Le contexte régional : une dynamique de contractualisation à poursuivre _____	3
1 - Etat des lieux de la contractualisation _____	4
2 - Négociation des CPOM 2 <sup>ème</sup> génération : des orientations stratégiques et opérationnelles axées sur l'efficacité et la qualité des établissements et services médico-sociaux _____	4
2.1. - Objet du CPOM _____	5
2.2 - Périmètre du CPOM _____	5
2.3 - Critères d'éligibilité à la contractualisation _____	6
2.4 - Cadre de convergence tarifaire, appliqué au CPOM _____	6
2.5 – Cadre de l'organisation de la contractualisation _____	6
❑ Définition des outils de la contractualisation _____	6
❑ Modalités sur l'année de déroulement de la procédure de contractualisation _____	7
❑ Un cadre d'organisation des dialogues de gestion resserré autour de thématiques prioritaires _____	7
❑ Les modalités du déroulement du dialogue de gestion _____	8

## Préambule

### Le cadre de la contractualisation rénové par la loi hôpital patients santé et territoire

L'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles prévoit que sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7.

Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services.

Cet article est complété par l'article L313-12-2 qui consacre l'élargissement de l'objet des contrats et les rend obligatoires au-delà d'un certain seuil : il souligne ainsi que les

établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, non publié à ce jour, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification.

Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

## Le contexte régional : une dynamique de contractualisation à poursuivre

### 1 - Etat des lieux de la contractualisation

Sur les 124 organismes gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées recensés, 33 ont signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au 31 décembre 2010, soit **26,61 %** d'entre eux. Ces contrats portent cependant sur **243 établissements et services médico-sociaux**, soit 57,17 % des établissements recensés et 60,63 % des places installées. Le périmètre moyen porte ainsi sur un peu plus de **7 établissements et services** médico-sociaux et une capacité moyenne d'un peu plus de 46 places par structures.

Un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens a une vocation nationale, un régionale, la Loire Atlantique comptant 5 contrats, le Maine et Loire 12, la Mayenne 6, la Sarthe 3 et la Vendée 4.

182 établissements et services ne disposent pas encore de contrats. Parmi ceux-là, 23 sont gérés par les organismes gestionnaires signataires d'un CPOM et ont par conséquent vocation à être intégrés dans le périmètre du contrat ; il s'agit, pour l'essentiel d'ESAT ou d'établissements et services autorisés conjointement avec le Conseil Général, plus rarement d'établissements ou services ouverts dans l'année ou dont l'autorisation a été confiée dans l'année à l'organisme gestionnaire suite à une fusion.

De périmètre plus restreint, avec un peu moins de 2 établissements et services en moyenne par organisme gestionnaire, les établissements et services disposent cependant d'une capacité moyenne un peu plus importante, de plus de 67 places ; il s'agit à la fois d'organismes gestionnaires de statut privé pour 69 % d'entre eux, 30,76 % étant de statut public, la capacité des établissements publics étant un peu plus importante que les structures associatives : un peu plus de 72 places en moyenne pour un peu plus de 65 places sur le secteur associatif.

### 2 - Négociation des CPOM 2<sup>ème</sup> génération : des orientations stratégiques et opérationnelles axées sur l'efficacité et la qualité des établissements et services médico-sociaux

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens seront prioritairement centrés sur la performance des établissements et services médico-sociaux.

L'OMS définit la performance à partir des trois objectifs suivants :

- améliorer l'état de santé de la population,
- répondre aux attentes des personnes,
- assurer un financement équitable.

C'est dans cette optique que s'inscrira la politique de la contractualisation de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. C'est pourquoi, le contrat sera recentré sur des objectifs de qualité et d'efficacité sur les 4 axes suivants :

- proposition de prestations d'accompagnement personnalisées et garantissant l'autonomie et la qualité de vie des personnes accompagnées,
- pilotage d'une démarche d'amélioration continue de la qualité,
- mise en place d'une organisation efficace,
- inscription dans une dynamique territoriale.

Le CPOM doit contribuer à la mise en œuvre des enjeux médico-sociaux définis par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, dans le cadre du projet régional de santé.

### **2.1. - Objet du CPOM**

Le CPOM sera élaboré conjointement à partir d'un diagnostic partagé, des résultats du dialogue de fin de gestion pour les organismes gestionnaires en situation de renouvellement de contrat, de la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, et leurs modalités pratiques de mise en œuvre.

L'objectif est d'aboutir à définir et négocier des objectifs stratégiques et opérationnels déterminés selon les points forts et les points faibles de la structure concernée, mesurés à l'aune de :

- la capacité de l'ESMS à proposer des prestations d'accompagnement personnalisées qui garantissent l'autonomie et la qualité de vie des personnes,
- l'engagement de l'organisme gestionnaire et de l'ESMS dans une dynamique structurée d'amélioration continue de la qualité,
- l'inscription de l'ESMS dans la dynamique territoriale,
- la capacité du co – contractant à mettre en œuvre une organisation efficace garantissant la bonne utilisation des crédits alloués.

La stratégie de regroupement sous jacente aux points 3 et 4 doit préférentiellement se réaliser sur le principe du volontariat, et s'effectuer prioritairement selon la clé d'entrée territoriale et/ou par type de prise en charge.

Ces objectifs opérationnels devront être assortis d'indicateurs de suivi pertinents et peu nombreux construits par l'organisme gestionnaire lui-même et reconnus par l'ARS.

### **2.2 - Périmètre du CPOM**

L'année 2011 étant la 1<sup>ère</sup> année de plein exercice de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, le périmètre des CPOM se limitera au seul secteur médico-social.

Au sein de celui-ci l'objectif est d'élargir le périmètre au regard de la prise en charge (secteur enfance /adultes) du financement (ETAT /A M), du territoire géographique (CPOM interdépartemental, régional).

En revanche, dès 2012, il est proposé que le CPOM intègre également le champ sanitaire voire l'articulation avec le milieu libéral.

Concernant la conciliation avec les CPOM de 1<sup>ère</sup> génération, le principe retenu est celui de l'examen au cas par cas des CPOM à périmètre élargi : si les objectifs opérationnels retenus sont compatibles avec le CPOM de seconde génération, le périmètre peut être élargi par simple avenant. Dans le cas contraire, c'est l'ensemble du CPOM qui devra être renégocié.

### **2.3 - Critères d'éligibilité à la contractualisation**

La réalisation de l'évaluation interne est un préalable incontournable à la conclusion d'un CPOM.

Sont retenus les critères non cumulatifs suivants :

- Structure en demande de contractualisation
- Structure en situation de convergence tarifaire
- Structure en situation de déficit structurel
- Structure en demande d'autorisation ou de renouvellement de frais de siège

- Structure identifiée par l'ARS (Directions métier, Délégations territoriales) comme nécessitant une contractualisation

### **2.4 - Cadre de convergence tarifaire, appliqué au CPOM**

Le CPOM définira les modalités de résorption du dépassement des établissements et services en convergence tarifaire, dans un cadre de référence et selon des modalités définies dans une seconde note de cadrage, en cohérence avec les orientations du rapport d'orientations budgétaires régionales, qui vous sera transmis ultérieurement.

Le CPOM définira les modalités de retour à l'équilibre des établissements et services présentant des déficits structurels selon un cadre présenté dans la seconde note de cadrage.

Elles tiendront compte de l'impact des programmes pluriannuels d'investissement en cours de validité.

### **2.5 – Cadre de l'organisation de la contractualisation**

#### **► Définition des outils de la contractualisation**

Les outils de la contractualisation comprennent :

- cette présente note
- les documents types (CPOM, grille de suivi du CPOM)
- le calendrier de contractualisation

- le guide de la contractualisation produit par l'ARS (en lien avec ses partenaires, notamment les CG) à destination des acteurs.

► **Modalités sur l'année de déroulement de la procédure de contractualisation**

1. Saisine de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire par l'organisme gestionnaire ou proposition par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire
2. Transmission par l'ARS des Pays de la Loire de la trame de contrat et du guide de la contractualisation
3. Fixation conjointe d'un calendrier de travail
4. Renseignement par l'organisme gestionnaire et transmission à l'ARS des Pays de la Loire du diagnostic dans **le mois qui suit** les étapes 2 et 3
5. Validation du diagnostic partagé et première proposition des objectifs conjointement par l'ARS des Pays de la Loire et l'organisme gestionnaire dans le cadre d'une réunion (1h30-2h)
6. Transmission des fiches d'objectifs finalisées par l'organisme gestionnaire à l'ARS des Pays de la Loire dans les 2 semaines qui suivent
7. Validation des objectifs et échanges sur les moyens dans le cadre d'une réunion (1h30-2h)
8. Transmission du document finalisé par l'ARS des Pays de la Loire pour signature à l'organisme gestionnaire
9. Signature de l'ARS

► **Un cadre d'organisation des dialogues de gestion resserré autour de thématiques prioritaires**

Concernant la conduite des dialogues de gestion 2010, il est proposé de distinguer le dialogue de gestion **de fin de contrat** (au bout des 5 ans) qui portera sur la totalité des champs du CPOM, du dialogue de gestion **annuel** resserré sur quelques thématiques. Pour 2011 les thématiques prioritaires sont les suivantes : Sur la base des constats issus des dialogues de gestion 2010, **les 4 priorités d'action** pour la revue des contrats 2011 sont les suivantes :

- rendre obligatoire **la question de l'animation du projet personnalisé** (cf recommandations ANESM)
- évaluation systématique de la maturité des organismes gestionnaires **sur le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité** (cf grille ANAP) et notamment inciter ceux qui sont au niveau 5 (graduation inspirée de l'ANAP : la politique d'amélioration de la qualité est organisée et mise en œuvre) à lancer la démarche d'évaluation externe
- s'assurer de l'inscription des établissements et services dans leur environnement avec notamment leur engagement dans des coopérations et des mutualisations ayant **un impact sur la qualité** (continuité des parcours notamment) **et l'efficience** des établissements et services.

- faire un point systématique sur l'activité en demandant une analyse de l'origine de la sous-activité éventuelle et les actions correctrices engagées.

► *Les modalités du déroulement du dialogue de gestion*

1. Conduite dans le calendrier suivant, **mai à octobre**
2. Envoi, par l'ARS, d'un courrier aux responsables pour l'informer du calendrier et demander le bilan de l'année
3. Rédaction et envoi par le responsable de la structure à l'ARS d'un bilan de son année dans le mois qui suit
4. Déroulement du dialogue de gestion en délégation territoriale au cours d'une réunion de 1h-1h30
5. Rédaction d'un relevé de décisions par le représentant de l'A.R.S et envoi à l'établissement pour éventuels ajustements et signature

La Directrice Générale,  
Marie-Sophie DESAULLE

## **2 – Dialogue de gestion du CPOM**

## **Suivi du CPOM**



Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Echéance			Niveau de réalisation			Indicateurs	Situation actuelle	Cible	Commentaires
		N	N+1	N+4	R	NR	EC				
<b>I – PRESTATIONS DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PERSONNES</b>											
1.1 - Mettre en adéquation la population accueillie avec l'agrément de la structure								<b>indicateur i-1</b> : % des personnes dont la déficience principale ne correspond pas à l'agrément		Conformité à l'agrément	
								<b>indicateur i-2</b> : % d'adultes de 20 ans et plus		0 ou objectifs inscrits CPOM	
1.2 - Organiser des prestations adaptées au public accueilli	1.2.1 - Diversifier les activités							<b>indicateur i-3</b> : Nbre moyen d'activités thérapeutiques proposées par semaine/usager		En fonction du type d'établissement	
								<b>indicateur i-4</b> : Nbre moyen d'activités éducatives par semaine/usager		Entre 5 et 7 activités	
								<b>indicateur i-5</b> : Nbre moyen d'activités pédagogiques par semaine/usager		Entre 12 et 23h par semaine en fonction du type de structure	
								<b>indicateur i-6</b> : Nbre moyen de séances hebdomadaires/usager		3 par semaine	Sessad = Calcul des séances
								<b>indicateur i-7</b> : Nbre moyen d'activités de soutien à caractère professionnel par semaine/usager			
								<b>indicateur i-8</b> : Nbre moyen d'activités d'accompagnement social par rapport à l'activité globale			
	1.2.2 - Optimiser les temps de transport							<b>indicateur i-9</b> : % de personnes handicapées ayant un temps de transport A/R quotidien		1h00 maxi (A/R)	
1.3 - Garantir l'accompagnement vers le milieu de vie ordinaire	1.3.1 - Augmenter le nbre de sorties vers l'emploi							<b>indicateur i-10</b> : % de TH d'ESAT accédant à l'emploi		5 %	Fin CPOM
								<b>indicateur i-11</b> : durée moyenne des mises à disposition		2 ans	
	1.3.2 - Augmenter le nbre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire							<b>indicateur i-12</b> : % d'enfants et adolescents scolarisés en milieu ordinaire		100 %	

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Echéance			Niveau de réalisation			Indicateurs	Situation actuelle	Cible	Commentaires
		N	N+1	N+4	R	NR	EC				
<b>1.4 - Adapter l'organisation et le fonctionnement de l'établissement au passage à l'âge adulte et/ou au vieillissement des personnes handicapées</b>	1.4.1 - Adapter le temps de travail à la fatigabilité du TH							<b>indicateur i-13</b> : % des TH à temps partiel			
	1.4.2 - Réviser le projet personnalisé avant l'âge de 18 ans							<b>indicateur i-14</b> : Nbre de projets personnalisés révisés		100% des projets des adultes concernés	
	1.4.3 - Réviser les rythmes de vie en tenant compte du vieillissement							<b>indicateur i-15</b> : % de travailleurs de plus de 45 ans			
<b>II – QUALITE ET EFFICIENCE</b>											
<b>2.1 Amélioration continue de la qualité</b>											
	2.1.1 - Mettre en œuvre l'évaluation interne (si appel à un prestataire extérieur en appui, préciser lequel dans la partie commentaires)							<b>indicateur i-16</b> : Date de réalisation		Septembre 2011	
								<b>indicateur i-17</b> : Existence d'un plan d'actions qualité (PAQ)		100 %	
	2.1.2 - Mettre en œuvre l'évaluation externe (préciser le nom du prestataire idem)							<b>indicateur i-18</b> : Date de réalisation		2 éval avant le renouvellement de l'autorisation	
	2.1.2 bis - Mettre en œuvre les outils de la Loi 2002-2 - Droit et participation de l'usager							<b>indicateur i-19</b> : Mise en place du livret d'accueil et conseil de la vie sociale			
	2.1.3 – Initier la mise en place d'une cartographie des risques se concrétisant par :							<b>Indicateur i-20</b> : Existence d'une personne référente formée			
	- L'organisation d'un pilotage adapté							<b>Indicateur i-21</b> : Existence de groupes de travail portant sur la qualité et la gestion des risques			
	- l'identification des risques prioritaires selon leur fréquence et leur gravité							<b>Indicateur i-22</b> : Nombre d'événements indésirables recueillis			
	2.1.4 - Garantir un accompagnement individualisé (PVI, PPI, PIA, PPA)							<b>indicateur i-23</b> : % des PH bénéficiant d'un projet personnalisé		100% au + tard à la fin du CPOM	
								<b>indicateur i-24</b> : Nbre d'actions favorisant la prise en compte d'une			

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Echéance			Niveau de réalisation			Indicateurs	Situation actuelle	Cible	Commentaires
		N	N+1	N+4	R	NR	EC				
								vie affective et sexuelle des personnes accueillies			
<b>2.2 Efficience des organisations</b>											
<b>2.2. - Garantir une organisation efficiente par :</b>	2.2.1.1 - Garantir l'activité résultant de la dotation allouée et de l'agrément autorisé							<b>indicateur i-25</b> : Taux d'occupation		100%	
								<b>indicateur i-26</b> : Amplitude d'ouverture		Cible CPOM éventuelle ou moyenne régionale	
	2.2.1.2 - Structurer des modes de gouvernances efficaces							<b>indicateur i-27</b> : Ratio d'encadrement direction-encadrement		moyenne régionale (à venir)	
								<b>indicateur i-28</b> : Définition d'un organigramme fonctionnel décliné dans le Document Unique Délégation (DUD)			
								<b>indicateur i-29</b> : taux de rotation des personnels titulaires (sur des postes permanents)		<5%	
								<b>indicateur i-30</b> : taux d'absentéisme			
								<b>indicateur i-31</b> : Taux de prélèvement de frais de siège			
	2.2.1.3 - Mutualiser les fonctions supports							<b>indicateur i-32</b> : Nbre de fonctions remontées au niveau du siège			
								<b>indicateur i-33</b> : Ratio d'encadrement administration – gestion		Moyenne régionale (à venir)	
								<b>indicateur i-34</b> : Ratio encadrement services généraux-restauration		Moyenne régionale (à venir)	
								<b>indicateur i-35</b> : Nbre d'heures de réunions (synthèses, préparation, réunions institutionnelles) pour 35h p/semaine pour le personnel éducatif			

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Echéance			Niveau de réalisation			Indicateurs	Situation actuelle	Cible	Commentaires
		N	N+1	N+4	R	NR	EC				
<b>2.2.2 - Adapter l'organisation des effectifs chargés de l'accompagnement des personnes handicapées à leurs besoins</b>								<b>indicateur i-36</b> : Radio d'encadrement auprès de l'utilisateur (socio-éducatif, médical)		Moyenne régionale (à venir)	
	2.2.2.1 - Elaborer un programme de formation de qualification adapté							<b>indicateur i-37</b> : Nombre de jours de formation/salariés		Objectif CPOM éventuel	
								<b>indicateur i-38</b> : % cadres occupant des fonctions d'encadrement titulaires d'un diplôme de niveau 1		Moyenne régionale	
								<b>Indicateur i-39</b> : Taux de personnels diplômés		100 %	
	2.2.2.2 - Développer les systèmes d'information							<b>indicateur i-40</b> : Existence d'un schéma directeur			
									100% des dossiers informatisés des usagers		
<b>2.2 Performance de la gestion financière des ESMS</b>											
<b>2.3.1 - Mettre en œuvre un contrôle de gestion permettant l'efficacité de la dépense, la maîtrise des coûts et l'équilibre financier global du contrat</b>	2.3.1.1 - Mettre en œuvre un contrôle de gestion							<b>indicateur i-41</b> : Résultat globalisé		Egal ou sup. à 0	
								<b>indicateur i-42</b> : Coût ESMS en début de contrat/coût ESMS en fin de contrat		Si objectif CPOM	
								<b>indicateur i-43</b> : Taux de capacité d'autofinancement			
								<b>indicateur i-44</b> : Taux de vétusté		<0,5	
								<b>indicateur i-45</b> : Taux d'indépendance financière			
								<b>Indicateur 1-46</b> : Taux de couverture du besoin en fonds de roulement par la trésorerie (pour les structures dont le BFR est positif)		100 %	

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Echéance			Niveau de réalisation			Indicateurs	Situation actuelle	Cible	Commentaires
		N	N+1	N+4	R	NR	EC				
	2.3.1.2 - Optimiser la gestion des ressources financières en vue d'une convergence tarifaire entre les ESMS du contrat pour services rendus comparables							indicateur i-47 : Coût ESMS/coût moyen national		Moyenne nationale	
<b>III – INSCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT DANS LA DYNAMIQUE TERRITORIALE</b>											
3.1. Inscription dans un projet de groupement, de coopération (CGSM, autres ....)								indicateur i-48 : Si oui, nbre de moyens mis en commun			

<b>ELEMENTS CONCLUSIFS PARTAGES</b>	
-------------------------------------	--

Signature :

Etablissement

ARS des Pays de la Loire

**Guide méthodologique de la grille de suivi de CPOM  
dans le cadre du dialogue de gestion**

## GUIDE METHODOLOGIQUE DE LA GRILLE DE SUIVI DE CPOM DANS LE CADRE DU DIALOGUE DE GESTION

### INTRODUCTION

Le présent guide méthodologique vous donne les modalités de remplissage de la grille de suivi de CPOM afin de permettre à la fois à l'établissement et à l'ARS, de conduire sur la base de données objectivées l'exercice de dialogue de gestion CPOM qui aura lieu annuellement.

### 1. DEFINIR LE CADRE

#### 1.1. Le cadre législatif et réglementaire

La possibilité de passer un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux ne revêt pas un caractère obligatoire. Pourtant, la signature d'un tel contrat est expressément prévue par l'ordonnance du 1<sup>o</sup> décembre 2005, qui a complété l'article L.313-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Par la suite plusieurs textes dont des circulaires sont venus apporter des explications sur ce sujet :

- *Le Code de l'Action Sociale et des Familles et ses articles :*
  - *L.313-11 du CASF,*
  - *L.312-7 du code de l'action sociale et des familles*
  - *R.314.39 à R 314.43 ainsi que le nouvel article R.314-43-1,*
  - *R.312-194-1 et suivant du même code,*
- *Loi HPST du 21 juillet 2009*

- *Circulaire N°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006, relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements*
- *Circulaire N°DGAS/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens*

Enfin, la loi HPST du 21 juillet 2010 a consacré le principe de la démarche de contractualisation .Un décret à paraître doit définir le périmètre à partir duquel les CPOM médico-sociaux seront obligatoires.

## **1.2. La cible**

### **1.2.1. Qui est concerné ?**

Toute personnalité morale gestionnaire ayant conclu un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens tel que :

- Une association,
- Un ensemble d'établissements privés commerciaux géré par la même personne morale,
- Des établissements publics,
- Un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale.

## **1.3. La périodicité**

Il est souhaitable que les rencontres de **dialogue de gestion** soient réalisées annuellement dans le cas des CPOM de 1<sup>ère</sup> génération. Ces échanges n'interviendront plus à périodicité trimestrielle comme cela a pu être le cas par le passé, sauf circonstances exceptionnelles.

## **1.4. Principes organisationnels de la conduite des dialogues de gestion**

Il est indispensable de suivre la réalisation du contrat annuellement et de façon concomitante avec l'examen des comptes administratifs et des indicateurs relatifs à ces comptes administratifs pour évaluer la pertinence des objectifs et des actions prévues et les réajuster en temps réel, si nécessaire.

Ce suivi peut être réalisé par le comité de pilotage si celui-ci a été créé au moment de l'élaboration du contrat. Dans ce cas le comité de pilotage se transforme en **comité de suivi du CPOM**, il prépare le dialogue de gestion annuel, lequel doit avoir lieu entre mai et octobre. En l'absence de comité de pilotage initial, il est impératif de créer un comité de suivi du CPOM qui associera outre le président et le directeur, des représentants de l'établissement qui sont parties prenantes au suivi du CPOM.

Au titre de l'ARS seront présents le pilote de la négociation, inspecteur qui a négocié le CPOM au sein de la direction de la qualité et de l'efficience (DQE), ainsi qu'un représentant de la Délégation territoriale (DT).

## **2. MODALITES DE REMPLISSAGE DE LA TRAME DE DIALOGUE DE GESTION DU CPOM**

Les 3 parties de la grille de suivi sont reprises infra dans le tableau. Y est précisé pour chaque objectif opérationnel, les indicateurs numérotés (à ce titre ne sont repris que les numéros correspondant aux objectifs et indicateurs listés), leur finalité (colonne pourquoi) la source qui vous permettra de le renseigner.

Pour chaque partie doivent être précisés :

L'Echéance : N étant l'année de signature du CPOM et N+5 la fin du CPOM

Le Niveau de réalisation. R : réalisé, NR : non réalisé, EC : en cours

Les indicateurs, portant sur les établissements et services, doivent être renseignés par catégories homogènes (IME, ITEP, SESSAD, MAS, FAM, ESAT, établissements sensoriels, services sensoriels, CAMSP, CMPP, UEROS, CRP, CPO).

## I - Prestations d'accompagnement aux personnes

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
1.1	i-1		Mesurer l'écart entre la population accueillie et l'agrément	Seuil réglementaire : seuil en % à partir duquel une autorisation est nécessaire, 15 places ou 30 % de la capacité accueillie	Comparer l'arrêté d'autorisation avec les indicateurs physico-financiers	L'arrêté d'autorisation (et dans FINESS) avec les indicateurs médico-physico-financiers
	i-2		Mesurer le nombre de personnes adultes maintenues dans des établissements pour enfants et adolescents, au titre de l'amendement CRETON, et devant faire l'objet d'une orientation vers le secteur adulte		Comptabilisation en flux (entrée+sorties au long de l'année) de + 20 ans au 31 décembre de l'année n.	Les indicateurs médico-physico-financiers
1.2.1	i-3		Mesure la proportion des actions inscrites dans un projet thérapeutique individualisé qui vise à conserver, développer ou instaurer l'autonomie du malade et de ses capacités relationnelles, physiques, gestuelles et ou	Exemples : En individuel comme en groupe, il peut s'agir d'une prise en charge ergothérapeutique, orthophonique, psychomotricienne kinésithérapeute	Données internes du suivi des activités, projets individualisés, plannings	Plannings des activités, synthèse, tout document conforme aux outils de la loi 2002-2, (contrat de séjour, PPI, PPA).

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
			créatives», réalisées par les professionnels de santé au sens du code de la santé publique (excepté les activités de nursing et actes infirmiers)	et/ou infirmière.		
1.2.1	i-4		Mesurer la proportion des interventions socio-éducatives sur l'ensemble de l'accompagnement. (professionnels socio-éducatifs au sens du code de l'action sociale et des familles)		Données internes du suivi des activités, projets individualisés, plannings	Plannings des activités, synthèse, tout document conforme aux outils de la loi 2002-2, (contrat de séjour, PPI, PPA)
	i-5		Mesurer temps d'accès aux apprentissages fondamentaux réalisés par les enseignants au sein de l'établissement; les éducateurs scolaires sont comptabilisés dans la partie socio-éducative		idem	idem
	i-6	Les services (enfants et adultes)	Identifier le service rendu à l'utilisateur en recensant le nombre de séances dont il bénéficie par semaine		Idem Sont comptabilisées les séances, de 30 minutes au moins, proposées à l'utilisateur, quelles soient individuelle ou collective. Le nombre d'intervenants ne rentre pas en ligne de compte : une séance	idem

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
					animée par 2 professionnels est comptabilisée comme une séance et non 2.	
	i-7	ESAT-samsah-sessad-pro / unités expérimentales	Identifier le nombre d'actions d'accompagnement et de soutien à l'insertion professionnelle		idem	idem
1.2.1	i-8	ESMS et services pour adultes dont ESAT	Mesurer la proportion des interventions de type social (identifier le degré de diversification)			
1.2.2	i-9	ESMS pour adultes et enfants dont ESAT	Mesurer la capacité de l'établissement à proposer un temps de transport adapté		PPI – PPA	Instruction DGCS-DGSS du 6 septembre 2010
1.3.1	i-10	ESAT	Mesurer le niveau d'insertion professionnelle des personnes accueillies en ESAT		Nombre de sorties vers un travail en milieu ordinaire (données du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre)	CINODE

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
	i-11	ESAT	Vérifier la conformité des conventions de mise à disposition à la réglementation		Date d'observation au 31 décembre de l'année	Circulaire du 1 <sup>er</sup> août 2008 – Enquête DGCS -
1.3.2	i-12	ESMS et services Enfant	Mesurer le nombre d'enfants scolarisés dans leur établissement scolaire de proximité		Nombre d'heures par semaine	Conventions d'unités d'enseignement PPS
1.4.1	i-13	ESAT	Mesurer la capacité de réponses des ESAT aux situations de fatigabilité liées à l'aggravation du handicap du vieillissement, à travers l'adaptation du temps de travail des travailleurs handicapés		Données du 01/01 au 31/12, en flux = pourcentage calculé à partir du nombre personnes physiques à temps partiel (< 35h seules les activités de soutien à caractère professionnel étant comprises dans le temps de travail) rapporté au nombre de travailleurs d'ESAT total	CINODE
1.4.2	i-14	Tous les ESMS autorisés pour publics allant jusqu'à 20 ans et	Mesurer la capacité de réponses de l'établissement aux situations de fatigabilité liées à l'aggravation du handicap du vieillissement, et au passage à l'âge adulte, à travers l'adaptation des projets personnalisés		Données du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année n : - adultes - jeunes majeurs de 18 à 20 ans Nombre de projets individualisés adaptés	Tableaux de bord

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
		à partir de l'âge adulte			d'adultes de 18 ans et plus concernés/ sur l'ensemble des adultes de 18 ans et plus concernés	
1.4.3	i-15	ESMS pour adultes	Mesure du vieillissement de la population accueillie		Données du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année n : proportion des adultes de plus de 45 ans / l'ensemble de la population	Indicateurs physico-financiers
<b>II – Qualité et efficience</b>						
<b>II .1 Qualité</b>						
2.1.1	i-16	Tous les ESMS	Conformité à la réglementation en vigueur : articles L312-8 et D312-198 et suivants du CASF		Transmission dématérialisée à l'ARS du rapport d'évaluation interne	Cf référentiel ANESM
2.1.1	i-17	idem	Idem		Transmission dématérialisée à l'ARS du plan d'action	idem
2.1.2.	i-18	idem	Idem : articles L313-1 et D312-198 et suivants du CASF		idem	idem
2.1.2 bis	i-19	idem	Mesure les modalités de mise en œuvre des droits des usagers		Transmission dématérialisée des documents s'ils sont actualisés	

<b>Objectif opérationnel</b>	<b>Indicateur</b>	<b>Type d'ESMS concerné</b>	<b>Pourquoi cet indicateur ?</b>	<b>Situation actuelle</b>	<b>Comment le renseigner ?</b>	<b>Source</b>
2.1.3	i-20 à 21	idem	Mesure les modalités de pilotage et d'organisation retenues dans le cadre de la démarche qualité et de la gestion des risques		Organigramme et rapport d'activité prévu à l'article D312-203 du CASF	Outils de pilotage internes des établissements et de l'organisme gestionnaire
2.1.4	i-22	idem	Recense le nombre d'événements indésirables recueillis par les ESMS		Nombres d'événements indésirables (cible : les usagers, le personnel ; événement qui peut nuire à l'accompagnement des personnes handicapées, causer des dommages aux personnes handicapées ou à leurs biens ou à ceux de l'établissement, engager un contentieux avec les personnes handicapées ou leur familles) au 31/12 de l'année N-1	Tableau de bord ESMS
2.1.4	i-23	idem	Recense la proportion des personnes handicapées accueillies bénéficiant d'un projet personnalisé formalisé. Il s'inscrit dans l'étude de la mise en œuvre du droit des usagers à un accompagnement adapté aux spécificités de la personne, à ses aspirations et à ses besoins (y compris de protection), à l'évolution de sa situation (âge,		Nombre de personnes handicapées bénéficiant d'un projet personnalisé formalisé et actualisé sur l'ensemble des personnes handicapées accompagnées, valorisé en pourcentage	Système d'information des ESMS

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
			<p>pathologie, parcours, environnement relationnel...), respectant son consentement éclairé (ou, à défaut, celui de son représentant légal) ;                      le droit d'exercer un choix dans ces prestations adaptées (dans le respect de l'éventuel cadre judiciaire) ;                      le droit de participation directe de l'utilisateur ou de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne.</p>			
	i-24	idem	<p>Recense les actions mises en place par les ESMS, afin de favoriser l'accessibilité des personnes handicapées à une vie affective et sexuelle des personnes handicapées</p>		<p>Nombre d'actions collectives proposées sur l'année N-1</p>	<p>Tableau de bord interne aux ESMS</p>

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
<b>II.2 Efficience</b>						
2.2.1.1	i-25	idem	Taux d'occupation des lits et/ou places autorisés, mesurant la mobilisation des lits et/ou places autorisés de la structure et indique son niveau d'activité		Numérateur : Nombre de journées ou séances réalisées Dénominateur : activité théorique (amplitude d'ouverture * capacité autorisée et installée)	Budget exécutoire et compte administratif
2.2.1.1	i-26	idem	Mesure le nombre de jours d'ouverture de la structure sur une année			-Budget exécutoire et compte administratif -Moyenne régionale par catégorie d'Ets
2.2.1.2	i-27	idem	Mesure les moyens en personnel dédiés à l'encadrement des établissements		En ETP exécutoires et réalisés Directeur, DA, chefs de service	Budget exécutoire et compte administratif
	i-28	idem	Mesure les modalités de la gouvernance des ESMS		Transmission de l'organigramme et du document unique de délégation	
	i-29	idem	Taux de renouvellement des personnels sur des postes permanents au cours de l'année, permettant d'estimer la stabilité des effectifs CDI ou titulaires ainsi que l'importance du renouvellement des équipes		Numérateur : somme du taux d'entrée et du taux de sortie Taux d'entrée : nombre de recrutements en CDI ou de titulaires au cours de l'année, divisé par les effectifs totaux en début d'année Dénominateur : 2	Baromètre social de l'organisme gestionnaire  Ou Nombre de recrutements sur contrat permanent Nombre de départs de personnes sur contrat permanent Effectifs totaux au 31.12

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
	i-30	idem	Taux annuel d'absentéisme du personnel, permettant d'estimer l'absentéisme pour arrêts maladie, AT-MP, maternité et congés spéciaux (hors congés payés) au sein des effectifs		Numérateur : nombre total de jours calendaires d'arrêts maladie, AT-MP, maternité, congés spéciaux (hors congés payés) Dénominateur : nombre d'ETP payés * 365	Système d'information ressources humaines des ESMS
2.2.1.3	i-31	Organismes gestionnaires disposant d'une autorisation de frais de siège	Mesure les moyens consacrés par chaque établissement au fonctionnement du siège		Totalité des comptes 655 rapporté à (totalité des dépenses brutes du dernier exercice clôt - totalité des comptes 655)	Compte administratif Indicateurs physico-financiers
	i-32	idem	Mesure le degré de mutualisation des fonctions support par le siège (= service rendu par le siège aux ESMS, par la délivrance de prestations matérielles ou intellectuelles mutualisées : élaboration et actualisation du projet d'établissement, adaptation des moyens des ESMS, amélioration de la qualité du service rendu, mise en œuvre des modalités d'intervention coordonnées,		Transmission de la liste des nouvelles prestations matérielles ou intellectuelles transférées au siège depuis l'autorisation initiale	

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
			mise en œuvre et amélioration des systèmes d'information, mise en place de procédures et exécution de contrôle interne, conduite des études relatives à l'efficacité des ESMS, réalisation de prestations de services et d'étude qui concourent à des économies d'échelle, élaboration des contrats, GRH, gestion budgétaire et comptable,... ) cf article R314-88 CASF			
2.2.1.3	i-33	tous	Mesure les moyens en personnel dédiés à l'administration générale et à la gestion administrative et financière des établissements ( <u>prestations extérieures comprises</u> )		Numérateur : en ETP (y compris <u>valorisation des prestations extérieures</u> ) exécutoires et réalisés = agents administratifs et bureau, comptables, contrôleur de gestion, secrétaire... Dénominateur : nombre de places autorisées	Budget exécutoire et compte administratif
	i-34	tous	Mesure les moyens en personnel dédiés aux services généraux et à la restauration des établissements ( <u>prestations extérieures comprises</u> )		Numérateur : en ETP (y compris <u>valorisation des prestations extérieures</u> ) exécutoires et réalisés = agent de service général, chauffeur, ouvrier professionnel, maîtresse de maison, veilleur de	Budget exécutoire et compte administratif

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
					nuit, personnel assurant la logistique et l'entretien des locaux, cuisinier, commis... Dénominateur : nombre de places autorisées	
	i-35	tous	Mesure le temps consacré par le personnel socio-éducatif (éducateur scolaire, spécialisé, technique, enseignant, moniteur, AMP, aide-soignant, assistant de service social, CESF, animateur) à l'accompagnement de l'utilisateur		Nombre d'heures consacrées aux synthèses, temps de préparation, réunions institutionnelles en moyenne sur l'ensemble du personnel éducatif par semaine/35h	Tableau de bord interne ESMS ou organisme gestionnaire
2.2.2.1	i-36	tous	Mesure les moyens en personnel dédiés à l'accompagnement socio-éducatif (cf i-35), médical (psychiatre, pédiatre, autre spécialiste, médecin généraliste) et paramédical (IDE, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, psychologue...) de l'utilisateur ( <u>prestations extérieures comprises</u> )		Numérateur : en ETP (y compris <u>valorisation des prestations extérieures</u> ) exécutoires et réalisés Dénominateur : nombre de places autorisées  Cf liste annexe A arrêté du 20 juillet 2005	Budget exécutoire et compte administratif

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
2.2.2.1	i-37	Tous	Etude de la politique de formation et de qualification des salariés		Nombre total annuel de journées consacrées à la formation (toutes les formations quel que soit le mode de financement), externe ou interne, rapporté au nombre total de salariés (= personnes physiques en CDI ou CDD)	Baromètre social de l'organisme gestionnaire
	i-38	Tous	Mesure le niveau de qualification des cadres occupant des fonctions d'encadrement d'équipe		Numérateur : Nombre de salariés, occupant des fonctions d'encadrement d'équipe, titulaires d'un diplôme de niveau supérieur (bac +3) Dénominateur : Nombre total de salariés occupant des fonctions d'encadrement	Indicateur physico-financier
	i-39	Tous	Part des personnels diplômés par métier en ETP mesurant le nombre d'ETP disposant des qualifications requises au nombre d'ETP financés.		Par métier nécessitant un diplôme selon le code de l'action sociale et des familles et de la santé publique. Numérateur : Nombre d'ETP réels bénéficiant du diplôme requis Dénominateur : Nombre d'ETP financés	Système d'information ressources humaines

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
2.2.2.2	i-40	Tous	Indicateur permettant de déterminer si l'organisme gestionnaire dispose d'un document définissant les orientations stratégiques, les enjeux et les priorités, pour les 5 ans à venir, du système d'information afin de le rendre efficient, disponible, adaptable et accessible en cohérence avec les orientations stratégiques de la structure.		Système d'information = ensemble organisé de ressources (matériel, logiciel, personnel, données, procédures..) permettant d'acquérir, de stocker, de communiquer des informations sous différentes formes dans et vers des organisations	
<b>II.3 Performance de la gestion financière</b>						
2.3.1.1	i-41	Tous	Constat du résultat comptable du CPOM de l'année permettant de vérifier que le contrat est à l'équilibre		Total classe 7 – total classe 6	Compte administratif
	i-42	Tous	Mesure du taux de progression des dépenses		A renseigner par catégorie homogène d'ESMS – (total classe 6/capacité autorisée en démarrage de contrat)/(total classe 6/capacité autorisée en fin de contrat)*100	Comptes administratifs et tableau de bord interne à l'organisme gestionnaire
	i-43	Tous	Pourcentage de la capacité d'autofinancement dans le total des recettes d'exploitation réalisées, traduisant la capacité de l'organisme gestionnaire à		Numérateur : CAF = résultat net comptable de l'exercice + compte 68 (DAP) – compte 78 (RAP) – compte 775 (produits des cessions d'éléments	Bilans comptables et financiers

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
			dégager annuellement les fonds nécessaires aux investissements		d'actifs cédés) + compte 675 (valeur comptable des éléments d'actifs cédés) – compte 777 (subventions d'investissement virées au résultat) Dénominateur : somme des comptes de classe 7 réalisées	
2.3.1.1	i-44	Tous	Comparaison du montant cumulé de l'amortissement des constructions avec la valeur brute des constructions, permettant d'estimer le degré d'amortissement des constructions selon la comptabilité.		Amortissements cumulés des constructions (somme des comptes 2813, 2814, 2823, 2824) / valeur brute des constructions (somme des comptes 213, 214, 223, 224, 2313 et 2314)	Bilans comptables et financiers
	i-45	Tous	Rapport entre les dettes à moyen et long terme et les capitaux permanents, permettant d'estimer le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables.		Numérateur : solde créditeur du compte 16 (emprunts et dettes assimilées) sauf le compte 1688 (intérêts courus) Dénominateur : solde créditeur des comptes 10 (apports, dotations, réserves), 13 (subventions d'investissement), 14 (provisions réglementées), 15 (provisions pour risques et charges), 16 (emprunts et dettes	Bilans comptables et financiers

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
					assimilées) sauf 1688 (intérêts courus) et le solde débiteur ou créditeur des comptes 11 (report à nouveau) et 12 (résultat de l'exercice)	
2.3.1.1	i-46	Tous	Comparaison entre le montant de la trésorerie et le montant du besoin en fonds de roulement permettant de mesurer le confort de la trésorerie de la structure		Numérateur : Montant de la trésorerie nette au 31/12 Dénominateur : Montant du besoin en fonds de roulement : écart entre les actifs circulants et le passif circulant : soustraction entre la somme des comptes créditeurs de classe 4 (excepté le compte 49 provision pour créance douteuse) et la somme des comptes débiteurs de classe 3 et de classe 4	Bilans comptables et financiers
2.3.1.2	i-47	Tous	Mesure la convergence tarifaire		A renseigner par catégorie homogène d'ESMS ; égal (total dépenses classe 6 / capacité autorisée) / coût moyen national brut CNR déduits * 100	Comptes administratifs Synthèse CNSA sur REBECA

Objectif opérationnel	Indicateur	Type d'ESMS concerné	Pourquoi cet indicateur ?	Situation actuelle	Comment le renseigner ?	Source
<b>I.3 Inscription dans le territoire</b>						
3.1	i-48	Tous	Mesure le dynamisme de l'organisme gestionnaire sur des coopérations formelles, structurées juridiquement et mutualisant des moyens		Nombre de moyens mis en commun = recrutement de personnel, définition d'actions de formation à destination des personnels, acquisition et partage de moyens logistiques ou techniques (recours à une pharmacie d'usage intérieur, création et gestion des systèmes d'information, groupement d'achats, GRH, contrôle de gestion....), création et gestion de services d'intérêt commun (restauration, transports, blanchisserie, programme immobilier, service juridique....)	

## Vos interlocutrices

- **Maritxu BLANZACO**      *Responsable du département médico-social*      [marie-isabelle.blanzaco@ars.santé.fr](mailto:marie-isabelle.blanzaco@ars.santé.fr)  
02.49.10.40.37
- **Elisabeth BERNARD**      *chargée de projet*      02.49.10.40.29      [elisabeth.bernard@ars.sante.fr](mailto:elisabeth.bernard@ars.sante.fr)
- **Christine FONTAINE**      *chargée de projet*      02.49.10.41.61      [christine.fontaine@ars.sante.fr](mailto:christine.fontaine@ars.sante.fr)
- **Marie NORMAND**      *chargée de projet*      02.49.10.43.59      [marie.normand@ars.sante.fr](mailto:marie.normand@ars.sante.fr)

contact du département médico-social  
[ars-pdl-dqe-dms@ars.sante.fr](mailto:ars-pdl-dqe-dms@ars.sante.fr)