

**Instruction régionale relative à la politique de contractualisation
dans le champ du handicap**

Préambule :

Prévue par l'article L313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, la contractualisation constitue un outil privilégié pour la mise en œuvre de la politique régionale en matière de handicap. Le CPOM est par conséquent un des principaux vecteurs de déclinaison des orientations et des objectifs opérationnels du Projet Régional de Santé.

A ce titre, le CPOM :

- Met en œuvre notamment les dispositions relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'offre précisées dans le schéma régional de santé et plus particulièrement les cibles qualitatives et quantitatives prévues dans la partie 3 dudit schéma ;
- Guide les priorisations et les trajectoires d'évolution de l'offre déclinées à 5 ans pour chaque département telles que fixées dans les annexes territoriales du schéma, étant précisé que l'analyse de l'offre par département figure dans les annexes.

Les orientations, les objectifs et les cibles du schéma régional de santé 2018-2023 déclinent les engagements nationaux tels que fixés dans la note du 22 février 2018 complémentaire à l'instruction n°2016 – 154 du 21 octobre 2016 et encadrent une bibliothèque d'objectifs prioritaires qui tient compte de la diversité du secteur du handicap. Il est entendu qu'il est possible d'inscrire dans le CPOM des objectifs spécifiques identifiés par l'un ou l'autre des co-contractants.

La présente instruction a pour objet d'actualiser l'instruction régionale du 22 avril 2015 relative à la contractualisation dont le périmètre d'application portait sur l'ex Rhône-Alpes. Elle a vocation à préciser techniquement certaines mesures ou dispositions prévues au SRS. Elle vise à mettre à la disposition des négociateurs un cadre d'interprétation commun.

Par ailleurs, la présente instruction définit les modalités de déclinaison de nouvelles dispositions juridiques et financières aux fins de complète compréhension des engagements réciproques et d'éventuelles sanctions financières ou de retrait d'autorisation.

De fait, les stratégies nationales et régionales de transformation de l'offre conjuguées à l'opposabilité du schéma régional de santé font du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le cadre privilégié de définition, de négociation et d'accompagnement des trajectoires d'adaptation de l'offre dans son organisation, son implantation et ses pratiques.

Enfin, en cas de refus de la proposition contractuelle établie par l'autorité publique, un an après publication du projet régional de santé ou notification formalisée d'un nouveau cadre de référence précisant une cible opposable à l'instar d'un cahier des charges par exemple ou d'une convention cadre s'agissant des dispositifs ou plateformes, une procédure de retrait de l'autorisation peut être engagée.

Mais il est également et surtout le cadre privilégié de la négociation afin de définir des trajectoires d'évolution des organisations et des pratiques qui soient atteignables sur la durée du contrat et qui fassent sens pour les personnes accompagnées, les instances délibérantes et les personnels.

1. Le CPOM en tant que support/ relais des politiques nationales et régionale

Les 4 axes structurants du CPOM sont déclinés ci-dessous, en intégrant des points d'attention pour une interprétation homogène des principes établis dans le Projet et le Schéma Régional de Santé.

Les précisions ci-après ont été jugées opportunes en complément du schéma afin de faciliter les négociations contractuelles. Tous les objectifs ou cibles contenus dans le schéma n'ont pas nécessité de commentaires supplémentaires. Il y a lieu dans ces cas de se référer au schéma lui-même.

1.1. Les prestations d'accompagnement des personnes (axe 1)

1.1.1. Le développement des fonctions ressources dans le cadre d'une graduation de l'offre

Tout ESMS est établissement ressource pour son territoire d'intervention, dans sa fonction de ressources de proximité pour les usagers ou leurs aidants, et en appui des services et établissements partenaires dits de droit commun, qui participent au parcours de l'utilisateur, dans leur champ de compétences propres (structures de la petite enfance, établissements scolaires, lieux d'activité sportive et culturelle...). Cette fonction ressource de base appartient à la mission propre de l'ESMS et ne donne pas lieu à un financement spécifique.

En complément, chaque ESMS doit pouvoir mobiliser une ressource d'expertise, de ligne 2 et parfois 3, en termes d'évaluation et de diagnostic dont la structuration demeure à parfaire compte tenu de l'actualité entourant la nouvelle approche de l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement.

Cette gradation concerne également l'accompagnement.

Concernant les interventions sur les accompagnements, il convient de préciser que :

- Priorité sera accordée à l'implantation de service non spécialisé sur les zones blanches ou sous-denses ;
- Sur l'ensemble du territoire, et au terme du PRS, le recours à une offre spécialisée telle que prévue dans l'autorisation pour un appui et des conseils aux ESMS de niveau 1 doit être garanti. Les prestations ainsi délivrées et conventionnellement prévues relèvent des missions de l'ESMS de recours ;
- Le niveau 2 peut aussi intervenir concomitamment au niveau 1, pour un accompagnement complémentaire, spécialisé (sur une déficience ou une technique d'accompagnement) : l'utilisateur sera comptabilisé dans la file active de chaque ESMS intervenant, et ce, dans le cadre des missions courantes de ces ESMS ;
- Le développement d'une offre de niveau 2 qui faisait défaut jusqu'à présent doit pouvoir faire l'objet d'une reconnaissance par les autorités, et peut justifier un renfort de moyens

De façon générale, pour favoriser une graduation de l'offre, le CPOM doit être l'opportunité :

- de réviser les périmètres géographiques d'intervention des services de même champ de compétence en particulier des services généralistes ou polyvalents, afin de supprimer les chevauchements et d'assurer une meilleure couverture sur des zones non ou peu desservies
- et d'identifier les niveaux d'expertise, spécialistes, offre de ressources de niveau 2, avec lesquels l'offre généraliste devra conventionner, ou adhérer au centre expert le plus pertinent (niveau 3 de centres ressources et réseaux identifiés sur le territoire).

Par convention, l'on parlera de lignes 1,2 et 3 en matière d'évaluation et de diagnostic et de niveaux lorsqu'il s'agira d'évoquer la gradation de l'offre d'accompagnement.

1.1.2. La scolarisation des enfants et l'accès à la qualification des jeunes en situation de handicap

Les progrès attendus en matière de scolarisation des enfants en situation de handicap ont été décrits dans une convention du 21 septembre 2016 signée avec la Région académique Auvergne-Rhône-Alpes, dont les objectifs stratégiques et opérationnels sont intégrés au schéma (programme d'externalisation des UE, SESSAD, PCPE, UEM, DITEP, DIME, CMPP, soutien au numérique..., formations croisées).

Tout OG du secteur enfance doit décliner dans son CPOM les objectifs de l'école inclusive.

- **L'objectif principal est une augmentation du nombre d'enfants, actuellement dans un établissement médico-social, qui pourront bénéficier d'une scolarisation en milieu ordinaire. Tous les IME ITEP doivent afficher des objectifs en termes d'accès à la scolarisation en milieu ordinaire et de qualification, (sauf handicaps très sévères), en s'engageant dans un programme d'externalisation de leurs unités d'enseignement, avec des objectifs précis en termes de pourcentage d'enfants bénéficiaires et en termes de modalités externalisées d'accompagnement sur l'offre globale d'enseignement.**
- Une réorganisation des établissements de l'enfance vers un **fonctionnement en dispositif** est promue en déclinaison de l'article 91 de la loi de santé de 2016 pour les ITEP et de manière incitative pour les IME. Les modalités d'accompagnement de cette évolution signifient des transformations de places d'internat en semi-internat, ou en services de type SESSAD ou mobiles, PCPE, voire en actions de prévention.
- le CPOM conduit à une **révision systématique de l'autorisation des SESSAD**, en termes de couverture des zones blanches, de périmètres d'intervention, d'âge, de déficiences, de niveau d'expertise, de participation au DITEP ou au DIME, de projets spécifiques en lien avec la préparation à l'emploi, mais aussi de positionnement géographique et de partenariat avec l'école. **Tout nouveau service et toute évolution de projet de service existant, doivent être conçus en lien étroit avec un établissement ou un groupe scolaire**, afin de faciliter la proximité géographique et l'intrication des projets d'établissements (scolaire et médico-social).

Des objectifs précis en termes de niveau d'activité et de file active seront définis, dans chaque CPOM, en fonction des définitions posées dans le schéma régional de santé. Les cibles 1,3 à 1,8 sont définies par référence aux cibles définies du SRS. Les cibles prévues dans ce schéma ne sont pas des catégories exclusives. La file active d'un SESSAD peut être une moyenne calculée à partir d'une agrégation des 3 cibles (en fonction de la population accompagnée dans l'année).

- **les DITEP** : chaque ITEP devra proposer une fiche action précisant le calendrier de réalisation pour atteindre les objectifs déterminés dans le schéma régional (page 221), qui fixent précisément les modalités d'organisation de l'offre (internat/semi-internat/ambulatoire/prévention).
- **Le positionnement des CMPP dans l'offre de repérage, dépistage et d'accompagnement précoces** : par courrier du 2 août 2018, l'ARS a notifié à tous les organismes gestionnaires titulaires d'une autorisation de gestion d'un CMPP, **un cahier des charges rénové et négocié**. A compter de la réception du courrier, les OG concernés ont une année pour présenter aux délégations départementales de l'ARS les projets d'évolution de l'offre, dans le cadre de la négociation en cours ou à venir du CPOM. L'adéquation à ce cahier des charges fait l'objet d'une négociation contractuelle, avec un calendrier de réalisation adapté. La signature du CPOM doit aboutir selon les arrêtés de programmation publiés, en 2018 ou en 2019.
- **Evolution en dispositifs et plateformes** : pour les établissements (en dehors des ITEP) en direction des enfants ou des adultes, le schéma régional de santé autorise un fonctionnement dit en dispositif ou en plateforme. Le projet d'organisation contractualisé est reconnu par voie conventionnelle.

1.1.3. L'accès et le maintien dans l'emploi

- **Objectif du 10 % de l'offre avec un projet d'ESAT de transition** : la cible est à atteindre pour l'ensemble de l'offre de la région, afin de développer une dynamique inclusive d'accès à l'emploi ordinaire, mais elle sera adaptée en fonction du projet d'établissement de chaque ESAT, certains étant déjà exclusivement des ESAT de transition. Il s'agit d'encourager les ESAT à développer la finalité d'insertion en milieu ordinaire pour les usagers qui en sont capables, en offrant également des actions pour les usagers en liste d'attente. Cet objectif peut être atteint notamment par le développement de modalités d'ESAT hors les murs, ou de formules d'emploi accompagné, etc.
- L'indicateur d'atteinte de la cible sera le **taux de sortie vers un emploi en milieu ordinaire, fixé à 7%**, comprenant les actions en faveur des personnes en attente d'une admission en ESAT.
- **Handicap psychique** : 20 % de l'offre des ESAT d'un département, et a fortiori de la région, devra bénéficier à un public en situation de handicap psychique. Quand l'offre départementale atteint déjà ces 20%, une cible de développement propre au département a été proposée dans le Schéma. Il s'agit de réaffirmer la nécessité de développer l'offre en faveur de ce public, et parfois en mettant à jour des arrêtés d'autorisation qui ne retracent pas la réalité de l'accompagnement (20% déjà atteints).
- **Une étude plus approfondie sur les publics accueillis et l'offre dans les ESAT sera initiée par l'ARS en 2019, comme annoncé dans le PRS et en cohérence avec l'Engagement Régional en faveur de l'Emploi des Travailleurs Handicapés, signé par l'ARS.** Dans l'attente, il convient dans les CPOM d'inscrire des objectifs de description de l'offre et de renseignement des outils proposés par l'ARS ou le niveau national, afin d'identifier les fonctionnements en ESAT hors les murs, les fonctionnements en ESAT de transition, les modules d'emploi accompagné etc.

1.1.4. Développer les formules de répit et d'accueil temporaire

Les missions de tout ESMS intègrent l'aide aux aidants et un engagement à proposer une offre d'accueil temporaire en direction des aidants familiaux ou professionnels. Cette offre d'accueil temporaire connaît des formes diversifiées : de la convention inter-établissements permettant des séjours de rupture à l'optimisation de places d'hébergement temporairement rendues disponibles à l'hébergement temporaire et à l'accueil de jour.

La signature de la charte du répit annexée au contrat traduit l'engagement de l'organisme gestionnaire à participer au développement d'une offre de qualité sur son territoire d'implantation.

1.1.5. La déclinaison des cibles nationales définies dans l'instruction du 12 février 2018

Elles sont déclinées mécaniquement dans les contrats.

Par ailleurs, le suivi de la transformation de l'offre à travers les 23 indicateurs communs à l'ensemble des Agences régionales de santé, ainsi que l'évolution des dispositions prévalant aux soins complémentaires feront l'objet d'instructions au sein du rapport d'orientation budgétaire. Ce dernier constitue une modalité d'actualisation des engagements contractuels. Dans certains cas, et dès lors que la nouvelle disposition impacterait le contenu du CPOM, un avenant sera nécessaire.

1.2. **Le pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité (axe 2)**

En déclinaison du Schéma régional de santé, l'axe pilotage du CPOM de la gestion des risques et de la démarche d'amélioration continue de la qualité met l'accent sur un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques professionnelles et sur la gestion des événements indésirables en application du guide régional.

1.3. La mise en place d'une organisation efficiente (axe 3)

1.3.1. Mesure et suivi de l'activité contractualisée

Les cibles d'activité définies dans le schéma pour certains types de services ou d'établissements disposent d'une portée juridique supérieure au futur guide de mesure de l'activité et ne contreviennent pas aux indications du guide précité.

Les capacités d'intervention ayant été établies en volumes d'heures de professionnels, l'unité d'œuvre de l'acte est privilégiée par rapport à la séance.

Elles permettent de juxtaposer une double évaluation de l'activité : le taux d'occupation et la file active conformément à l'article R.314-43-2 du CASF.

Le taux d'occupation mesure la mobilisation des ressources. Un taux d'occupation en deçà de la cible peut résulter de circonstances ponctuelles, trouver son origine dans l'organisation, ou encore signifier une évolution des attentes. La durée d'ouverture est le nombre de jours possibles où un accompagnement ou une prestation de répit sont effectifs.

La file active est un indicateur indépendant et complémentaire du taux d'occupation.

Son introduction vise, pour les services, à faire levier d'une modularité et d'une souplesse dans la mise en œuvre des prestations tenant compte d'une évaluation personnalisée du projet, des besoins et des ressources de la personne accompagnée. Selon l'activité mensuelle, le service va connaître un taux de file active variable.

La cible contractualisée globale de 1.3, 1.5 ou 1.8 est une moyenne sur l'année.

Les coefficients retenus dans le schéma régional de santé ont été définis à partir de l'enquête SESSAD ex RA en date du 1^{er} janvier 2015.

Son application à des capacités matériellement définies (internat, semi-internat, accueil de jour) rend compte d'une pratique existante, mais restant à développer d'accueil séquentiel. L'objectif de 1.1 est relativement bas s'agissant d'organisations ayant depuis plusieurs années favorisé une réponse personnalisée s'écartant d'une mise en œuvre systématique et quotidienne des mêmes modalités.

La file active issue du schéma régional de santé s'établit en nombre de personnes accompagnées par place autorisée et s'écarte de la définition de l'ANAP puisqu'elle inclut les entrées et sorties à partir de flux mensuels et non d'une photographie au 31 décembre de l'année. Cette modalité de mesure rend compte et généralise une pratique de réponse à un nombre supérieur de personnes relativement à la capacité autorisée pour tenir compte des listes d'attente et des situations d'urgence.

La file active est assortie d'un nombre d'actes minimum par personne et par semaine. La définition de l'acte s'inscrit d'emblée comme une forme de déclinaison des nomenclatures SERAFIN PH puisque ne se limitant pas aux prestations directes et valorisant les interventions sur les environnements de droit commun dans une perspective inclusive qui emporte une fonction ressource dévolue à chaque structure. A cet égard, il est à noter que par convention une activité de groupe se traduit par un nombre d'actes équivalent au nombre de personnes bénéficiant de ou des prestations servies auprès dudit groupe.

L'intérêt d'avoir également établi des taux de mobilisation des personnels en ETP réside dans l'objectif, autant que faire se peut, de s'interroger et de gérer le risque inhérent à toute organisation d'entropie. Et s'agissant des services et de leur périmètre géographique, l'impact des distances est prégnant et appelle tant le gestionnaire que la ou les autorités publiques à redessiner la couverture des territoires.

L'annexe activité du CPOM guide les négociateurs dans la formulation des cibles par structure mais également par modalité d'accompagnement dont le pôle de compétences et de prestations externalisées. Une disposition particulière entoure la mesure de l'activité des dispositifs ou plateformes. Cette annexe sera transmise annuellement dans le même calendrier que l'état réalisé des dépenses et des recettes (E.R.R.D.) et servira à l'analyse de la sous-activité.

Un contrôle de cohérence sera réalisé s'agissant du taux d'occupation entre les deux sources d'informations : annexe activité et ERRD.

Certains ESMS ne font pas l'objet d'une cible prédéfinie dans le schéma. Des travaux ultérieurs sont à engager pour ce faire.

Pour certains ESMS (**CMPP-CAMSP**) qui disposent d'un rapport d'activité type, le schéma en a extrait des cibles et indicateurs correspondant aux enjeux stratégiques mis en évidence.

La définition de la file active sera alors celle retenue par le guide afin de ne pas s'écarter des rapports d'activité type existant pour ce type de services.

S'agissant des absences de plus de 72 heures, le choix étant laissé aux Agences, les indications contenues dans le schéma régional de santé sont maintenues.

La mesure de l'activité contractualisée relève d'unités d'œuvre qui ne reposent pas encore directement sur les nomenclatures Serafin-PH :

- L'unité d'œuvre issue du modèle Serafin-PH dépend du modèle médico-économique qui fait l'objet d'un programme de travail piloté par la mission nationale ;
- Les nomenclatures guident, en revanche, ce qu'il y a lieu de considérer comme interventions comptabilisables en actes (prestations directes et indirectes relevant de l'accompagnement).

1.3.2. Les mécanismes budgétaires de réduction des inégalités territoriales de l'offre

Malgré des enveloppes de mesures nouvelles conséquentes sur le champ du handicap (plans nationaux et opération de fongibilité), le montant des crédits de places nouvelles installées annuellement représente en termes de volumétrie moins de 5 % de la dotation régionale limitative.

Elles ne peuvent constituer à elles seules le levier de réduction des écarts et juguler la tension sur l'offre au sein des territoires ayant une démographie croissante.

C'est la raison pour laquelle le redéploiement de l'offre existante à l'échelle de la région représente un enjeu majeur pour réduire les écarts d'équipements et de coût euros par habitant.

Les mesures nouvelles sont prioritairement réservées aux départements du groupe 1.

Les départements de groupe 2 présentent :

- soit une zone sous-équipée et une autre relativement correctement équilibrée,
- soit un sous-équipement sur une catégorie d'établissement ou de service.

L'enjeu concernant les départements du groupe 2 vise à favoriser

- soit un rééquilibrage entre les deux zones infra-territoriales
- soit une remise à niveau de l'offre pour le type d'ESMS insuffisamment développé et ce, par redéploiement de ressources ou par extension des périmètres d'intervention, ou par mesures nouvelles.

Le groupe 3 a vocation à envisager la couverture des besoins non satisfaits par recombinaison.

La fermeture de places ou plus souvent les marges résultant de nouvelles modalités d'organisation dans les zones relativement bien dotées du groupe 2 et du groupe 3 peuvent être réaffectées aux départements du groupe 1, notamment au sein d'un CPOM régional.

Par ailleurs, les autres moyens pérennes susceptibles d'être mobilisés pour répondre à cet objectif de réduction des écarts infra départementaux sont divers :

- Le taux d'actualisation peut faire l'objet d'une non attribution en tout ou partie pour un ESMS ou encore à l'échelle de l'organisme gestionnaire dès lors que les objectifs définis dans le CPOM ne sont pas atteints et être ainsi réaffecté à un département de groupe 1 ou à la zone sous-équipée des départements du groupe 2 dans un objectif de création de places de service. Ce principe ne prévaut pas pour les ESAT pour lesquels la convergence tarifaire est strictement définie par arrêté.
- En cas d'insuffisance d'activité constatée au moment du diagnostic partagé pour un ESMS, une réaffectation en tout ou partie des crédits pérennes et places en faveur d'un territoire de groupe 1 peut intervenir pour création de places.
- L'identification de zones blanches géographiques ou l'absence d'une offre spécifique doit conduire un territoire de groupe 3 à mobiliser les ressources existantes insuffisamment occupées pour répondre à ce besoin sur la base d'un coût médian régional.
- En cas d'excédent structurel supérieur à 5 %, l'ARS se réserve le droit de récupérer tout ou partie du reliquat de crédits pérennes pour les redéployer en faveur d'un ESMS intervenant sur les territoires de groupe 1.

Pour les groupes 1 et 2, compte tenu de la tension sur l'offre et des besoins non couverts, toute transformation de places ne peut conduire à dégrader l'offre existante. Ainsi, une opération de redéploiement de crédits et de places doit se faire dans le respect des coûts médians régionaux et ne saurait constituer un levier de rebasage du coût moyen de tout ou partie des structures qui relèvent du périmètre du CPOM.

1.3.3. Les excédents ponctuels

Ils doivent être prioritairement affectés à la mise en œuvre ou à l'amélioration des systèmes d'informations, à la formation des personnels ou au financement de projets ponctuels prévus dans les fiches actions.

1.3.4. Modalités financières de déploiement de la politique de contractualisation

L'ensemble des modalités financières précisées dans le CPOM type fait l'objet d'une concertation préalable entre l'ARS et l'OG.

Ce dialogue prend appui sur les différents documents qui sont produits par l'organisme gestionnaire. L'enjeu de complétude et de cohérence desdits documents revêt donc toute son importance en termes d'objectivation de la situation des structures qui relèvent du périmètre du contrat.

1.3.4.1 Les principes directeurs de l'allocation de ressources :

La fongibilité budgétaire entre les crédits attribués par différentes enveloppes régionales d'assurance maladie (ONDAM personnes âgées et ONDAM personnes handicapées) et a fortiori entre plusieurs co-financeurs (Etat, Assurance maladie, Conseil départemental) n'est pas autorisée au regard de l'étanchéité des financements y compris entre ONDAM personnes âgées et personnes handicapées. Les CPOM concernés devront donc prévoir des modalités d'attribution et de suivi différenciées afin de permettre aux autorités de tarification d'effectuer les contrôles nécessaires.

L'ESMS constitue la brique de base tant au niveau du suivi budgétaire et financier (EPRD, ERRD, décision modificative) que de l'activité.

1.3.4.2. La détermination des moyens en entrée de CPOM

Le budget base zéro (BBZ) permet de déterminer les moyens pérennes alloués à l'organisme gestionnaire pour fonctionner au 1^{er} janvier de l'année d'entrée en vigueur du contrat. Il s'agit des crédits reconductibles de l'année N-1, actualisés à la hausse ou à la baisse par rapport aux crédits alloués au 31 décembre N-1.

Pour un primo CPOM effectif à compter de l'année N, les résultats issus du compte administratif de l'exercice N-1 font l'objet d'un traitement régi par les orientations définies annuellement dans le rapport annuel d'orientation budgétaire.

Lors du diagnostic financier, l'OG doit valoriser les marges de manœuvre financières générées par les ressources provenant de l'assurance maladie de façon à soutenir les projets pérennes ou ponctuels qui pourraient être contractualisés lors du CPOM.

1.3.4.3. La détermination des moyens au cours de 5 années du CPOM

Il convient de distinguer le BBZ de la Dotation globalisée commune (DGC) qui fixe annuellement les moyens nouveaux pérennes ou ponctuels (taux d'actualisation, mesures nouvelles le cas échéant, crédits non reconductibles), matérialisée dans la ou les décisions tarifaires annuelles.

La DGC de l'année va ainsi être fixée sur les agrégats suivants :

a) **Le taux d'actualisation**

Il est fixé régionalement au sein du ROB et qui peut être en deçà du taux national selon deux modalités différentes :

- Un taux régional inférieur au taux national, appliqué uniformément au l'ensemble des ESMS (indépendamment de toute contractualisation) dès lors qu'une impasse financière sur la DRL interviendrait.
- Un taux spécifique à certains OG sous CPOM dont l'une ou plusieurs des structures viendraient à ne pas remplir les objectifs du contrat ou bien en cas de convergence d'un ESAT

S'agissant des ESAT, le fruit de la convergence négative d'un ESAT doit bénéficier obligatoirement à un autre ESAT dont le tarif plafond viendrait à être inférieur au montant arrêté par décret selon des modalités de priorisation fixée par l'ARS. La création de toute nouvelle place d'ESAT est exclue au regard de la charge afférente qui serait créée sur les crédits de l'Etat (BOP 157).

b) Le débasage temporaire de la DGC, dans l'hypothèse du non-respect de l'activité contractualisée, alimente l'enveloppe régionale de crédits non reconductibles.

c) La récupération de certains montants (dépenses sans rapport ou hors de proportion avec le service rendu, recettes non comptabilisées) fait l'objet d'une réaffectation dont l'emploi est déterminé selon la source, pérenne ou ponctuelle selon l'origine de la ressource.

d) Le traitement des recettes versées par les CD pour les jeunes en aménagement creton

La DGC doit être annuellement défalquée des recettes creton facturées aux Conseils départementaux et à la Métropole de Lyon. Ces recettes n'ont pas vocation à être allouées aux OG. Dans l'attente d'orientations plus précises du niveau national, ces crédits inscrits en trésorerie dans la DRL sont reversés aux organismes gestionnaires qui prennent en charge des situations individuelles critiques ou font l'objet de la création d'une offre nouvelle pour adultes dès lors que la collectivité départementale en accepte la réaffectation en places ou en file active.

- e) **Les organismes gestionnaires sous CPOM sont éligibles aux crédits non reconductibles** selon la politique annexe définie par l'Agence

1.3.4.4. Le contrat de retour à l'équilibre financier

Dans l'hypothèse de la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), celui-ci fera l'objet d'une annexe spécifique au CPOM ou bien d'un avenant au CPOM en cours. Un plan d'action pluriannuel chiffré et documenté est établi conduisant au retour à l'équilibre financier au plus tard en N+3 du CPOM. Le CREF n'a pas vocation à rebaser des établissements ou services.

1.3.5. La gouvernance

- **La procédure d'autorisation de siège :**
 - Toute demande d'autorisation d'un nouveau siège social doit intervenir à l'échelle de la région. Un siège départemental et à fortiori infra départemental interroge l'efficacité du siège (seuil minimal d'effectifs par rapport aux missions confiées) qui ne peut être prise en charge par les budgets des structures dans un contexte d'évolution du taux d'actualisation inférieur à 1% depuis plusieurs exercices.
 - Renouvellement de siège relevant de la compétence de l'ARS ARA : l'autorisation de siège doit être réexaminée à l'appui d'une objectivation des économies d'échelle qui ont été réalisées au titre de la précédente autorisation. Le renouvellement de l'autorisation interviendra à moyen constant voire en diminution des quotes-parts arrêtées en tant que plafond maximal autorisé.
 - La recherche d'efficacité dans un contexte contraint des ressources, conduit l'Agence à ne pas être favorable au renouvellement d'une autorisation d'un siège infra départemental.

- **Le rôle de la Direction générale ou d'un siège autorisé dans le pilotage du CPOM sur la base d'un mandat établi par les organes délibérant :**

L'attention portée à la modalité de gouvernance du CPOM vise à tirer tout le potentiel de la logique de dotation centralisée et de la pluri annualité.

- Représente l'interlocuteur unique dans la négociation et le suivi du CPOM.
- Exerce un rôle d'harmonisation et de consolidation des données renseignées depuis les établissements vers l'organisme gestionnaire (qualitatives, quantitatives et financières budgétaires) renseignées auprès des autorités de tarification et de contrôle ;
- Prépare les comités de suivi et les dialogues de gestion avec les ATC,
- Gère la dotation centralisée ;
- Lisse sur la durée du CPOM l'absorption des soldes de GVT.
- Lisse sur la durée du CPOM l'utilisation et l'absorption des exonérations de charges fiscales et sociales mobilisées sur des actions prévues dans le CPOM.
- Procède à la réduction des écarts de coûts entre les structures de son périmètre dans le respect des orientations nationales et régionales et de la réduction des écarts infra territoriaux (places et euros par habitant)
- Pilote la stratégie et les plans d'actions efficacité, qualité et ressources humaines;
- Organise les modalités de consultation sur le CPOM des instances représentatives du personnel et du conseil de vie sociale.

1.4. **L'inscription des établissements dans la dynamique territoriale (axe 4)**

Les cibles définies dans le schéma déclinent l'axe 2 de « réponse accompagnée pour tous » dans la participation à la réussite du dispositif d'orientation permanent et dans la coopération entre secteurs et établissements et services.

2/ La contractualisation et la réforme des autorisations

La réforme du régime des autorisations, portée par le décret de mai 2017 et l'instruction relative aux nomenclatures de juillet 2018, constitue un moyen d'accompagner la transformation de l'offre pour une réponse accompagnée pour tous. Elle sera mise en œuvre progressivement.

- Elle s'impose dans le cadre d'une autorisation résultant d'un appel à projets ou d'une extension non importante ou dans le cadre du renouvellement des autorisations en application de la loi du 2 janvier 2002, ou lors de toute occasion de modification de l'arrêté nécessaire au vu de l'évolution de l'ESMS. Dans ces cas de figure, il sera fait application de l'ensemble des dispositions portées par la réforme : capacité globalisée, déficience, modalités d'accueil, âge.
- Elle sera également et systématiquement mise en œuvre à l'occasion de la signature de chaque CPOM. Dès lors que le CPOM est signé, la totalité des autorisations des établissements et services relevant du périmètre du CPOM seront mises en conformité, d'une part avec la réforme précitée, et d'autre part avec les transformations mises en œuvre la première année du contrat ou selon un calendrier arrêté dans le contrat. Les transformations s'inscrivant dans un calendrier pluriannuel fixé dans le CPOM, il y a lieu de prévoir un premier arrêté de mise en conformité à la signature du CPOM et un avenant si besoin traduisant la transformation. Il est à préciser que certains cas de transformations requièrent l'information de la commission d'information et de sélection des projets.
- Cette progressivité dans la mise en œuvre pourra connaître une accélération dans le cadre du déploiement du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

Certaines organisations ou modalités font l'objet d'une **reconnaissance obligatoirement fondée sur une convention**, traduite dans le codage de FINESS :

- En effet, le fonctionnement en DITEP, en PCPE ou en Unité externalisée d'enseignement ne constitue pas une catégorie d'ESMS autorisée en tant que telle. Le dit fonctionnement repose sur un cadre conventionnel. Mention en est portée dans le codage FINESS.

S'agissant du DITEP, si la convention départementale est signée, elle est visée, voire annexée au CPOM.

Le fonctionnement en dispositif est assorti de cibles d'activité. Le CPOM dans la description de l'offre et dans le tableau de suivi de l'activité précisera les capacités de chacune des modalités et les cibles associées à chacune.

Afin de laisser la plus grande souplesse dans le changement de modalité et dans la mobilisation des ressources affectées à chacune des modalités, dans une logique de parcours, les capacités initialement fixées pourront dans le cours de l'année être modifiés selon les besoins du public. Toutefois, tant le taux d'occupation que la file active globale devront respecter le taux contractualisé sur la totalité de la capacité globalisée. L'annexe activité en précisera les modalités.

- Actuellement, le fonctionnement en plateforme des autres établissements (hors ITEP) ne dispose pas de cadre législatif et réglementaire. Leur développement est souhaité au sein de plusieurs stratégies nationales et nombreuses sont les initiatives des organismes gestionnaires pour s'organiser en plateforme. Le SRS 2018-2022 a pour objectif d'en favoriser le déploiement pour gagner en diversification de la palette d'accompagnement et, par la même, dans une certaine mesure, pour être en capacité d'accompagner un nombre plus important de personnes. Compte tenu de ce qui précède, ce fonctionnement ne se traduira pas par une autorisation. La reconnaissance du dispositif se fera également par voie conventionnelle.

- Pour le fonctionnement d'un IME en dispositif, la convention permet que la MDPH signataire puisse dans la décision d'orientation indiquer la modalité privilégiée assortie de la mention "plateforme". Une alternative serait de mentionner toutes les modalités.
- Pour le fonctionnement d'un dispositif adulte sous compétence ARS, il en va de même.
- Dans le cas particulier des plateformes comprenant des établissements et services sous double compétence, la convention comprendra des dispositions de nature à favoriser le fonctionnement de plateforme, tout en garantissant aux autorités la prise en compte de leurs prérequis respectifs, juridique et budgétaire. C'est ainsi que la décision d'orientation demeurera limitée à un établissement ou à un service avec une mention supplémentaire « organisé en plateforme », le contrôle de gestion devra être en capacité de produire une analyse des coûts par établissement ou service autorisé. En revanche, la mise en œuvre des prestations pourra s'organiser en pôles mobilisables dans le cadre d'un parcours.

Ainsi sur un plan juridique, l'autorisation doit permettre d'appréhender de façon large et évolutive l'offre sur une durée de 15 ans, alors que le CPOM, renouvelé tous les 5 ans, permet de préciser les projets de services et leurs particularités, en termes d'âge, de modalités, d'activité..., qui seront décrits et suivis dans des systèmes d'information nationaux tels que le ROR, VIA trajectoire, ANAP, ou éventuellement régionaux.

Il y a ainsi une mise en cohérence entre autorisation et CPOM avec des temporalités et un niveau de précisions différents :

- la diversification des modalités mises en œuvre fait l'objet d'une trajectoire dont le calendrier est défini dans le contrat;
- le CPOM indique le détail des capacités par modalité, avec des objectifs en matière d'activité, assortis d'un calendrier adapté à la trajectoire de transformation, et avec la souplesse de l'ajustement de l'activité entre modalités dans une logique de plateforme, sans dégrader l'objectif afférent à l'activité globalisée

3/ Les conditions régionales de contractualisation

3.1. Le périmètre de contractualisation

Le CPOM porte sur des objectifs contractualisés relevant des financements de l'ONDAM. Les actions soutenues notamment par le Fonds d'intervention régional peuvent être valorisées pour mémoire au sein du contrat mais ne peuvent faire l'objet d'un engagement contractualisé.

Les CPOM communs aux secteurs des personnes âgées et du handicap ne seront pas systématisés mais peuvent faire l'objet d'une expérimentation.

Les CPOM qui seront signés doivent limiter leur périmètre aux structures financées intégralement par l'ARS. Ils comprendront la partie soins des structures relevant d'une double autorisation sous réserve de l'accord de la collectivité.

La négociation d'un CPOM régional ou interdépartemental s'inscrit dans le respect des orientations en termes de réduction des inégalités infra territoriales.

3.2. Les outils déployés en ARA

Sur la période 2016-2021, près de 250 CPOM doivent être signés (primo-contrats ou renouvellement).

Le calendrier contraint de déploiement de la contractualisation conduit l'ARS à mécaniser le recueil de l'information et son traitement par des livrables régionaux uniques afin de prioriser et concentrer les échanges sur les points clés de la négociation.

Ainsi, plusieurs documents cadres viennent jalonner la négociation :

- **La grille de diagnostic partagé**, sous format Excel vise à recueillir des informations homogènes tant sur la forme que sur le fond pour l'ensemble des organismes gestionnaires concernés. Ce document s'inscrit dans une optique d'efficacité en mobilisant chaque fois que cela est possible des sources de données déjà collectées par ailleurs : tableaux de bord ANAP, évaluations internes et externes, rapport d'inspection etc. Ce document, à l'exclusive de tout autre sert de support à l'élaboration du diagnostic partagé entre les organismes gestionnaires et l'ARS. Il fait partie du contrat et en constitue une annexe. Le diagnostic issu de la grille sera accompagné d'une enquête de satisfaction des usagers dont les modalités seront définies par l'OG en associant le Conseil de la Vie sociale dans l'attente d'un éventuel cadre national.
- **La bibliothèque des objectifs** : il s'agit d'un outil d'aide à la négociation qui tend à recenser de façon exhaustive mais non exclusive les objectifs susceptibles d'être le plus fréquemment déclinés dans les CPOM. Ces objectifs sont complétés par un ou plusieurs indicateurs permettant de suivre la réalisation des engagements. Les objectifs sont soit transversaux (par exemple les ressources humaines) soit spécifiques à l'activité d'un établissement ou service. Leurs déclinaisons comportent des cibles opposables. L'ensemble des objectifs et indicateurs ne sont pas systématiquement à retenir et seront négociés selon les spécificités des structures qui composent le CPOM. Il s'agit en effet de limiter en priorisant les objectifs et indicateurs à suivre.
- **Le CPOM type PH** : ce document à visée pluriannuelle précise notamment sur la partie financière les orientations régionales arrêtées pour l'ensemble des organismes gestionnaires de la région. Parmi les annexes, figurent impérativement la grille de diagnostic partagé, les fiches actions qui déclinent de façon opérationnelles les objectifs arrêtés ainsi que l'activité contractualisée. Peuvent le cas échéant être annexées également des fiches par ESMS ainsi que l'autorisation de siège et les plans pluriannuels d'investissement.

3.3. Les modalités de travail avec l'ARS

3.3.1. Incidence d'un refus de signature du CPOM à l'initiative d'un OG

S'agissant d'un primo-contrat, le non aboutissement des négociations ou la non signature du CPOM n'exonèrent pas l'organisme gestionnaire du respect des objectifs d'activité relatifs aux SESSAD et aux files actives de l'internat et du semi-internat. L'organisme gestionnaire ne disposera pas des bases contractuelles pour être éligible à toute mesure d'accompagnement financier de ses projets.

S'agissant d'un renouvellement de CPOM, le CPOM étant conclu pour 5 ans, dans l'hypothèse du non renouvellement du CPOM et d'absence d'avenant de prolongation, la procédure de droit commun de 60 jours viendrait à s'appliquer. L'application de cette dernière se matérialiserait par le dépôt d'un budget prévisionnel en octobre N-1 de l'année d'échéance du contrat et par la production de compte administratif sur le ou les exercices concernés. L'ARS Auvergne Rhône Alpes adresse ainsi des courriers spécifiques aux organismes gestionnaires de façon à les sensibiliser sur cette hypothèse.

Par ailleurs, les dispositions prévues pour les primo-contrats s'appliqueront.

3.2.2. Suivi du CPOM

Un **dialogue de gestion** est prévu à mi-parcours. Un suivi annuel prévoit l'envoi de documents d'ordre qualitatif et financier qui peuvent le cas échéant motiver la tenue d'un dialogue de gestion annuel.

Des outils de suivi notamment des cibles contractualisées seront élaborés.

Un an avant expiration du CPOM, l'OG est informé des modalités de renouvellement du contrat en termes de calendrier et de documents à produire (bilan du premier CPOM notamment).

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL