

Pour cela, vous pourrez vous appuyer sur vos activités les plus courantes dans ce domaine qu'elles relèvent :

- de la définition d'un objet d'évaluation ;
- de la construction d'une démarche d'évaluation ;
- de l'organisation de la participation des acteurs au processus ;
- de la restitution de résultats.

Dans la mesure du possible, vous pourrez :

- identifier les outils que vous utilisez le plus couramment pour vous assister dans ces activités, éventuellement votre contribution à leur conception ;
- décrire les démarches utilisées, les données recueillies ;
- expliciter les principes éthiques sur lesquels vous vous appuyez.

*Proposition de documents susceptibles d'être annexés à votre Livret 2*

Exemple d'évaluation que vous avez pilotée ou à laquelle vous avez contribué.

Note de problématique pour engager une démarche d'évaluation.

Cahier des charges rédigé par vos soins pour commander une évaluation.

Bilans intermédiaires ou synthèse de restitution.

ANNEXE 2

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Nº	Page de référence	Nature du document	FONCTIONS		
			1	2	3
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
...					
...					
...					
...					
...					
...					

Indiquez le numéro (ou les numéros) de page du livret à laquelle ce document se réfère.

ANNEXE IV

RELEVÉ DE DÉCISION

DEMANDE DE VALIDATION  
DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

Diplôme d'Etat d'ingénierie sociale  
Validation des acquis de l'expérience

DRASS de : .....

Nom et prénom du candidat : .....

Date de l'entretien avec le jury : .....

RELEVÉ DE DÉCISIONS

Attribution du diplôme d'Etat : Oui  Non   
Si Non :

Domaine de compétences 1

Production de connaissances.  
Validation : Oui  Non

Domaine de compétences 2

Conception et conduite d'actions.  
Validation : Oui  Non

Domaine de compétences 3

Communication et ressources humaines.  
Validation : Oui  Non

Dispense des dispositions prévues à l'article 2  
de l'arrêté du 2 août 2006

Oui  Non   
A ..... , le .....

**Etablissements sociaux  
et médico-sociaux**

**Circulaire DGAS/1A n° 2006-324 du 20 juillet 2006 relative à la mise en œuvre de contrats d'objectif et de moyens dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)**

NOR : SANA0630362C

Date d'application : immédiate.

Références :

Articles L. 311-8 du CASF, L. 312-7, L. 313-11 du CASF ;  
Article R. 314-33 et article R. 314-39 du CASF.

Annexes :

Annexe I : guide méthodologique d'un contrat d'objectifs et de moyens pour les CHRS.

Annexe II : fiche type de présentation du projet.

*Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, à Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour attribution]).*

Le plan d'action CHRS, élaboré à la suite du rapport IGAS-IGF et arrêté par la ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité le 10 mars 2005, prévoit d'encourager la mise en œuvre de contrats d'objectif et de moyens (COM) avec les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

A cet effet, des crédits d'aide à la contractualisation ont été conservés au niveau central dans le cadre de l'allocation de ressources 2006.

Dans la limite des crédits disponibles pour l'exercice 2006, la présente circulaire définit les critères retenus afin de pouvoir éventuellement bénéficier d'une aide à la contractualisation en sus des enveloppes régionales déjà attribuées pour les CHRS ainsi que les modalités de sa mise en œuvre.

Vous trouverez en annexe à la présente circulaire :

- un guide méthodologique de l'élaboration d'un COM en CHRS qui a été élaboré en collaboration avec plusieurs services déconcentrés. Ce guide rappelle les principaux textes à connaître en la matière, détermine les principes généraux orientant un COM ainsi que les différents aspects qu'il peut aborder. Enfin, il présente les différentes étapes d'élaboration et de réalisation d'un COM ;

– une fiche-type de présentation synthétique des projets de COM.

### 1. Les critères retenus pour s'inscrire dans le cadre d'une aide à la contractualisation

Dans le cadre de l'allocation de ressources 2006, pourront faire l'objet d'une aide à la contractualisation dans la limite des crédits disponibles les projets de COM qui réunissent les trois conditions suivantes constituant le socle minimal pour que le projet soit examiné :

- ce projet de COM devra être en cohérence avec le schéma départemental de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion en vigueur, ou, à tout le moins, poursuivre un objectif de meilleure coordination avec l'ensemble des partenaires de ce dispositif ;
- dans la mesure où le projet d'établissement forme une obligation des établissements depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003, l'existence d'un projet d'établissement en cours de validité constitue un préalable pour initier un COM ;
- le COM devra avoir comme perspective la restructuration des activités de l'établissement concerné avec un objectif d'optimisation des coûts, notamment en fonction du coût moyen à la place.

### 2. Les modalités de la demande d'aide à la contractualisation pour l'exercice 2006

L'enveloppe nationale étant limitée, il est demandé à chaque DRASS, après arbitrage en CTRI, de ne faire remonter qu'un seul projet au plus à la DGAS avant le 15 septembre.

Ce projet devra faire obligatoirement l'objet d'une présentation synthétique sous la forme d'une fiche-type dont vous trouverez le modèle en annexe II de la présente circulaire.

Votre demande de financement devra faire apparaître a *minima* :

- les principales caractéristiques de l'établissement en termes de prestations et au regard de sa situation financière ;
- la cohérence du projet en référence au schéma AHI ou en termes de meilleure cohérence avec le dispositif AHI ;
- les grands axes du projet d'établissement ;
- les objectifs de restructuration et d'amélioration de l'offre attendus dans le cadre du COM ainsi que les impacts financiers ;
- la demande prévisionnelle en sus de l'enveloppe régionale déjà notifiée au titre de l'année 2006 ainsi que sur les différents exercices que couvre le projet de COM.

Vous pourrez également joindre à cette synthèse tout document que vous jugerez utile à l'intelligibilité de votre projet.

La notification de la décision vous parviendra avant la fin septembre.

Pour toute question sur cette instruction, vous pouvez contacter à la DGAS M. Fourcroy (Ludovic), au 01-40-56-86-11 et à l'adresse courriel suivante : ludovic.fourcroy@sante.gouv.fr.

Compte tenu des délais impartis, il va de soi que, pour l'année 2006, seuls des projets de COM ayant déjà fait l'objet d'un travail approfondi entre l'établissement et la DDASS concernée sont susceptibles de répondre aux critères et aux exigences de formalisation demandés.

C'est pourquoi je voudrais attirer plus particulièrement votre attention dès à présent sur la poursuite de cette démarche dans les prochaines années, qui constitue un levier important en termes d'amélioration du partenariat avec les organismes gestionnaires et vous inciter à vous rapprocher de vos partenaires habituels dans ce but.

Je vous remercie par avance de votre implication dans ce dossier.

*Le directeur général de l'action sociale,  
J.-J. TRÉGOAT*

### ANNEXE I

#### GUIDE MÉTHODOLOGIQUE D'ÉLABORATION D'UN CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS POUR LES CHRS

Afin de permettre une meilleure allocation des ressources, la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale a introduit la faculté de conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements ou de services et l'autorité compétente en matière de tarification.

Cette forme de contractualisation, dont la durée peut être alignée avec celle des schémas que celle du projet d'établissement, doit permettre une approche renouvelée du partenariat entre l'Etat et les gestionnaires, fondée sur la réciprocité et la confiance, selon une logique de « gagnant-gagnant », dans l'optique d'une meilleure efficience de l'action sociale.

Le présent guide a pour objet d'en rappeler le cadre juridique et de définir des indications méthodologiques en vue de son élaboration et de sa réalisation. Il ne prétend évidemment pas épouser le sujet car chaque situation est particulière et réclame sa propre méthode de travail partenariale. Il devra donc être adapté aux spécificités locales.

### I. – LE CONTEXTE

Plusieurs textes législatifs et réglementaires délimitent le cadre juridique des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Les textes ici évoqués et assortis de quelques commentaires généraux constituent les principales références à connaître pour s'engager dans une telle démarche.

#### 1. Disposition législative concernant la définition d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : l'article L. 313-11 du CASF

La possibilité de passer un contrat d'objectifs et de moyens avec un établissement social et médico-social a été expressément prévue par la loi du 2 janvier 2002. Ainsi l'article L. 313-11 du CASF énonce :

« 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 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 ainsi que les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans. »

#### Commentaires :

Ce texte constitue la base juridique de référence cadrant la signature d'un COM. Il précise qui en sont les signataires, ainsi que les différents objectifs généraux devant en inspirer le contenu qui sont, entre autres, de permettre :

- de contribuer à la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale ;
- de mettre en œuvre pour partie ou totalement le contenu du projet d'établissement ;
- de favoriser la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Enfin, il impose une formalisation explicite des obligations respectives des parties signataires en prévoyant les moyens nécessaires à leur réalisation sur une durée maximale de cinq ans.

En termes différents, à travers l'élaboration d'un COM et la définition d'objectifs en commun sont en jeu une clarification des responsabilités et une meilleure transparence entre l'Etat et les gestionnaires concernant la nature de leur engagement réciproque.

On observera cependant que la rédaction du texte de loi ne permet pas de déterminer si ce type de contrat relève du régime juridique de droit commun des contrats (et, partant, de ses aspects contraignants), notamment en cas de manquement de l'une des parties à ses obligations contractuelles.

Cette incertitude juridique, qui sera sans doute levée avec la pratique, doit inciter par conséquent à mener une telle démarche de façon réfléchie et rigoureuse en s'impliquant de manière forte sous la forme d'un groupe projet clairement identifié (cf. *infra*).

### 2. Dispositions réglementaires

Le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 a innové en offrant la possibilité pour un établissement ou un service social ou médico-social de fixer son budget selon des modalités pluriannuelles.

La pluriannualité des financements a notamment pour objectifs (cf. article R. 314-39) :

- d'assurer une reconduction, actualisée chaque année selon des règles permanentes, de ressources allouées lors d'un exercice antérieur ;
- de garantir la prise en charge, sur plusieurs années, des surcoûts résultant d'un programme d'investissement ou d'une restructuration de l'établissement ou du service ;

- de programmer sur plusieurs années l'alignement des ressources de l'établissement ou du service sur celles des équipements comparables ;
- 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 (article qui prévoit la mise en œuvre d'une convergence tarifaire).

Cette pluriannualité est conditionnée à la conclusion d'un contrat prévu par l'article L. 313-11 (cf. article R. 314-40). Il comporte alors un volet financier qui fixe, par groupes fonctionnels ou par sections tarifaires selon la catégorie d'établissement ou de service, et pour la durée de la convention, les modalités de fixation annuelle de la tarification. Ces modalités peuvent consister :

- soit en l'application directe à l'établissement ou au service du taux d'évolution des dotations régionales limitatives mentionnées aux articles L. 314-3 et L. 314-4 ;
- soit en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation ;
- soit en la conclusion d'avenants annuels d'actualisation ou de revalorisation.

Commentaires :

Ces deux articles rendent possible la pluriannualité budgétaire (certes dans le respect des enveloppes), ce qui est de nature à consolider les engagements à caractère financier contenus dans un COM. De plus, les modalités comptables envisagées sont suffisamment variées pour ne pas s'appliquer trop strictement.

Ces règles contribuent à structurer le volet financier du COM qui ne doit pas se limiter à une simple reconduction des moyens en fonction du taux d'évolution arrêté chaque année.

On remarquera qu'à travers les références faites à la notion de convergence tarifaire, figure de façon implicite une indication en termes d'objectif (une certaine convergence tarifaire est à rechercher) sur le contenu d'un COM. Toutefois, dans la mesure où les mécanismes de convergence tarifaire ne sont pas encore totalement consolidés, cet objectif ne peut encore être considéré comme contraignant.

Enfin, on notera que ce décret rend possible l'allégement de la procédure budgétaire et comptable. En effet, en cas d'accord des deux parties, il est prévu que le gestionnaire, dans le cadre de la durée du COM, peut être dispensé de fournir certains documents budgétaires qui, dans le cadre de la procédure classique de tarification, doivent être normalement transmis à l'autorité de tarification lors des propositions budgétaires initiales.

Pour plus de précisions, on se reportera à la circulaire DGAS/SD 5B/2006/ n° 216 du 18 mai 2006 sur le sujet.

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

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003, un projet d'établissement ou de service doit être élaboré dans chaque établissement ou service à caractère social ou médico-social. Le fondement juridique de ce projet est donné par l'article L. 311-8 du CASF :

« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

Commentaires :

L'obligation fixée par la loi ne concerne que le projet d'établissement ou de service, qui doit être distingué du projet d'association présentant un caractère plus global. Cela étant, les deux types de document ne sont pas sans liens, le premier étant le plus souvent, au niveau de l'établissement, la déclinaison et la traduction de la stratégie plus globale de l'association.

Aucune disposition réglementaire ne précise la forme et le contenu que doit revêtir un tel document.

De l'expérience, on peut cependant retenir à titre indicatif les quelques repères suivants :

- c'est un document qui définit les orientations générales à moyen et long termes souhaitables pour l'avenir de la structure ainsi que les changements nécessaires pour y parvenir. Ce n'est pas un descriptif du fonctionnement actuel de l'établissement mais un projet qui doit être l'expression d'un souci de changement et de buts à atteindre. En ce sens, le projet d'établissement est un moyen au service d'une ambition globale d'amélioration de la qualité ;
- un projet d'établissement est le fruit d'une démarche concertée qui associe les différentes parties prenantes de la vie de l'établissement que sont les bénéficiaires pour qui le service est

rendu, le gestionnaire, c'est-à-dire le responsable de la mise en place et du suivi du dispositif, ainsi que les opérateurs chargés de la conduite des interventions au plan social auprès des bénéficiaires, notamment dans le but d'aboutir à un programme d'actions qui soit, dans toute la mesure du possible, la synthèse des attentes et des besoins de chacun des partenaires ;

- c'est une démarche de planification et d'évaluation au sens où il consiste à envisager une situation future à partir de la situation présente en définissant les différentes actions pour y parvenir et en prévoyant un processus d'ajustement continu.

On remarquera enfin que le projet d'établissement n'a pas à faire l'objet d'une approbation préalable de l'autorité de tarification.

### 4. Les conventions de coopération et de gestion

Le code de l'action sociale et des familles en son article L. 312-7 prévoit que :

« Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales gestionnaires mentionnées à l'article L. 311-1 peuvent :

1. Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

2. Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3. Créer des syndicats inter-établissements ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat ;

4. Procéder à des regroupements et à des fusions.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération telles que mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique. Dans des conditions fixées par décret, ces mêmes établissements et services peuvent adhérer aux formules de coopération mentionnées au 2<sup>o</sup> dudit article.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération telles que mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique. Dans des conditions fixées par décret, ces mêmes établissements et services peuvent adhérer aux formules de coopération mentionnées au 2<sup>o</sup> dudit article.

Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale. »

Commentaires :

Le décret n° 2006-413 du 6 avril 2006, paru au J.O. du 8 avril 2006, précise les modalités de mise en œuvre de l'ensemble de ces groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale.

On retiendra que ces groupements peuvent être constitués en vue, notamment :

- de permettre à leurs membres de créer et de gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités ;
- de faciliter ou d'encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations, en particulier par le développement et la diffusion de procédures, de références ou de recommandations de bonnes pratiques, et de proposer des actions de formation à destination de leurs personnels ;
- de permettre des interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels du groupement ainsi que des professionnels associés par convention.

Ce décret définit les conditions de création et de fonctionnement des groupements :

- la convention constitutive des groupements d'intérêt public ou des groupements de coopération sociale ou médico-sociale indique l'objet et la répartition des tâches entre le groupement et ses membres. Un protocole doit y être annexé lorsqu'il se voit confier certaines missions qui lui sont propres. La convention doit être transmise pour approbation au préfet de département du siège du groupement. Dès la publication de l'acte d'approbation au recueil des actes administratifs de la préfecture du département, le groupement jouit de la personnalité morale ;

- les droits de ses membres sont fixés à proportion de leur apport ou de leur participation aux charges de fonctionnement ;
- le groupement est administré par un administrateur nommé pour trois ans par l'assemblée générale des membres du groupement.

### 5. La globalisation des dépenses de plusieurs établissements gérés par une même association

La révision du décret du 22 octobre 2003 introduit la possibilité que la fixation pluriannuelle du montant global des dépenses nettes autorisées puisse être commune à plusieurs établissements et services gérés par la même personne morale relevant de la même autorité de tarification et des mêmes financements afin de permettre des redéploiements au sein des grandes associations gestionnaires. Ce budget pluriannuel peut prendre la forme d'une dotation globalisée.

La circulaire DGAS/SD 5B/2006/ n° 216 du 18 mai 2006 précise les modalités de la mise en œuvre de cette forme de tarification.

## II. – PRINCIPES GÉNÉRAUX ORIENTANT UN COM

Comme le précise l'article L. 313-11, la signature d'un contrat d'objectif et de moyens ne revêt pas un caractère obligatoire : c'est une possibilité ouverte aux différents partenaires concernés et intéressés par une telle démarche de s'engager réciproquement sur une période de plusieurs années sur des orientations convergentes afin d'aménager les évolutions souhaitables de la structure en termes de prestations, d'organisation, de fonctionnement, d'évolution. Ce caractère facultatif présente l'avantage de laisser une grande liberté pour l'Etat que pour les opérateurs pour déterminer le contenu qu'ils veulent donner à leur contrat.

Toutefois, il paraît de bonne pratique de définir quelques principes *a priori* orientant une telle démarche.

Sept principes ont été ainsi définis qui revêtent un caractère plus ou moins contraignant. Pour la clarté d'exposition, les différents points évoqués ont été traités séparément. Il va de soi que dans la pratique, ils sont interdépendants et doivent faire l'objet d'une approche globale.

### Principe 1 : une référence provisoirement facultative des COM au schéma AHI

L'existence d'un schéma départemental de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion encore valide constitue dans l'idéal une des références principales pour nourrir la réflexion menée dans le cadre d'un COM.

En effet, si le schéma a été bien mené, il permet à partir d'une analyse de l'existant d'apprécier le niveau et l'évolution des besoins sociaux et les réponses apportées, de définir les orientations politiques et stratégiques à mettre en œuvre, voire de planifier la recomposition de l'offre de services sur le territoire. Dans ces conditions, la place et le rôle de chaque établissement sont identifiés, ce qui permet de déterminer plus rapidement les objectifs à atteindre dans le cadre du COM.

Toutefois, le caractère transitoire de la période actuelle, lié aux transferts de compétence effectués dans le cadre de la dernière loi de décentralisation en matière de schémas de l'organisation sociale et médico-sociale, conduit provisoirement à ne pas faire de l'existence d'un schéma un préalable impératif pour initier un COM. Cela étant, le COM devra être mené *a minima* en cohérence avec l'offre du dispositif AHI.

### Principe 2 : le projet d'établissement constitue un préalable pour la signature d'un COM

Dans la mesure où le projet d'établissement forme une obligation des établissements depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003, l'existence d'un projet d'établissement constitue un préalable pour initier un COM. En cas d'absence d'un tel projet, il faudra inciter l'établissement à en rédiger un, car celui-ci représente l'occasion pour l'établissement de clarifier son positionnement et son rôle dans le dispositif départemental et de se projeter dans l'avenir.

Cela ne signifie pas pour autant que le COM a vocation à permettre ou à soutenir tous les projets que souhaiteraient mettre en œuvre un établissement ou une association, tels qu'ils se dégagent du projet d'établissement ou de service de l'opérateur.

Autrement dit, si le COM peut s'inspirer fortement du projet d'établissement, il n'est pas forcément l'application stricte de ce projet et peut donc ne concerner que certains de ces aspects.

Cas de dérogation à ce principe :

Lorsque la continuité du service est menacée et la fermeture de l'établissement envisagée, la mise en œuvre d'un COM peut apparaître comme la procédure appropriée pour sortir de la crise. Dans ce cas, le préalable du projet d'établissement pourra être levé, après avis de la DRASS.

Il conviendra alors de définir *a minima* les principales lignes directrices qui pourront inspirer le prochain projet d'établissement, lequel sera alors inscrit comme un des objectifs à réaliser dans le cadre du COM. Ce dernier devra par ailleurs ne pas excéder une durée de trois ans.

### Principe 3 : un COM doit contribuer à la promotion de la qualité, qui devra pouvoir être évaluée

La prise de conscience que les établissements, au-delà de leur origine souvent militante, constituent des entités économiques à part entière impliquant de nombreux salariés aux compétences de plus en plus diversifiées, a eu pour conséquence de porter une attention croissante sur leur capacité à assurer de façon performante les missions qui leur sont confiées, d'autant qu'ils sont largement financés par des deniers publics.

Ainsi, les questions relatives au souci de garantir la sécurité des personnes accueillies, d'assurer une plus grande transparence entre les usagers et les professionnels, ou encore de fournir des conditions d'accueil satisfaisantes au regard notamment des horaires, de la confidentialité, du respect des droits, etc., sont devenues des préoccupations de plus en plus prégnantes.

C'est pourquoi la recherche de la qualité apparaît de plus en plus comme un des objectifs que doit poursuivre tout établissement, bien qu'il n'existe pas de définition univoque et normée de la qualité en action sociale ou médico-sociale.

La loi du 2 janvier 2002 ne fait pas expressément référence à une obligation d'initier une démarche qualité. Toutefois, celle-ci est largement induite par les dispositions nouvelles de cette loi (cf. article 22 codifié au L. 312-8 du CASF) :

« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. »

La recherche de la qualité est également sous-tendue par les droits de l'usager. En effet, l'article L. 311-3 du CASF dispose que ceux-ci ont droit à « une prise en charge de qualité ».

La recherche de la qualité fait donc maintenant partie prenante de la mission des établissements. Celle-ci reste largement à l'initiative de chaque structure qui dispose de grandes marges de liberté dans la réponse à cette exigence.

Le corollaire de cette recherche de qualité est l'évaluation qui doit permettre de constater et d'apprécier sa mise en œuvre. L'évaluation interne en constitue une première étape. Elle implique trois groupes d'acteurs à des degrés divers : les gestionnaires et les professionnels qui ont en commun d'être en charge de la commande publique et des missions confiées, les usagers et les autres partenaires institutionnels.

Le processus évaluatif doit conduire à un travail d'investigation et d'analyse global et pluraliste sur ce qui est fait, comment et pourquoi.

Compte tenu de tous ces points, la promotion de la qualité et de son évaluation constituent un objectif incontournable d'un COM.

### Principe 4 : un COM doit s'inscrire dans la durée

Si le texte prévoit une durée maximale de cinq ans pour un COM, il n'est pas interdit que celui-ci s'étende sur une durée plus courte. Toutefois, dans la mesure où celui-ci représente une démarche relativement lourde et complexe, il paraît souhaitable que celui-ci puisse couvrir une période d'au moins trois ans.

En revanche, dans le cas d'un COM décidé en urgence, il convient de retenir une durée qui n'excède pas trois ans.

### Principe 5 : le conventionnement à l'aide sociale doit être en cohérence avec le COM

L'article L. 345-3 et l'article R. 345-1 du CASF prévoient qu'une convention doit être passée obligatoirement entre l'Etat et l'établissement pour que ce dernier puisse faire l'objet d'une habilitation à l'aide sociale. L'objet de cette convention est de définir les conditions de mise en œuvre des missions assurées par le centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

Par conséquent, elle doit être mise en cohérence avec les attendus du COM.

### Principe 6 : un COM doit viser l'optimisation des moyens

De façon générale, le recours à un COM a toujours comme objectif une optimisation des moyens alloués en référence d'une part

aux enveloppes limitatives tant départementale, régionale que nationale, d'autre part aux coûts moyens constatés pour des prestations équivalentes.

S'il est souvent plus attractif pour une structure de se lancer dans une telle démarche lorsque la perspective de moyens supplémentaires peut être envisagée, l'attribution de moyens nouveaux n'est pas automatique et doit être justifiée.

En référence aux priorités et aux orientations du schéma départemental de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, au regard d'une exigence de meilleure cohérence et d'articulation avec les réponses apportées par les différentes structures, un COM peut tout à fait avoir comme finalité une réduction des moyens au terme du contrat. Celle-ci se justifie du fait, notamment, du changement dans les modalités organisationnelles de la structure concernée au regard des activités et des prestations finalement conservées. La passation d'un contrat apparaît dans ce cas comme une démarche raisonnée permettant un aménagement progressif de la baisse des moyens attribués afin d'éviter contentieux et conflit.

A l'inverse, l'attribution de moyens supplémentaires n'est pas forcément pérenne. Elle peut revêtir le caractère d'une aide ponctuelle pour résoudre un déficit conjoncturel, pour aménager un départ de personnel (indemnités de licenciement, départ à la retraite, etc.) qui n'a pu être anticipé par constitution de provision.

L'attribution de crédits reconductibles et supplémentaires par rapport à ceux déjà attribués à l'établissement peut être envisagée en vue d'une restructuration, d'une insuffisance de base dûment constatée ou encore du fait de la mise en œuvre d'activités nouvelles.

La combinaison de crédits reconductibles et non reconductibles est également possible.

#### **Principe 7 : le COM doit viser à faciliter la tarification de l'établissement par le recours systématique aux modalités pluriannuelles de financement**

Comme le prévoit la nouvelle réglementation comptable (cf. *supra*), il est possible d'aménager une pluriannualité des financements. Cette modalité de tarification doit être systématiquement recherchée car elle concrétise en termes financiers les engagements réciproques de l'Etat et du gestionnaire, sur la durée du COM.

Elle ne doit pas se réduire à une simple commodité budgétaire par application mécanique du taux d'évolution de la base de l'établissement. Elle doit reposer sur une évaluation chaque année de l'état d'avancement des objectifs du COM.

#### **III. – LES DIFFÉRENTS ASPECTS POUVANT ÊTRE EXAMINÉS ET INTÉGRÉS DANS LES OBJECTIFS DU COM**

Le contenu d'un COM peut porter sur tout ou partie des différents aspects de la vie d'un établissement. Un COM n'a pas forcément vocation à modifier radicalement tous ces aspects. Les aspects pris en compte peuvent être : le contenu des prestations.

Il s'agit là de déterminer avec l'établissement quelles sont les prestations qu'il doit fournir pour les années futures. Le COM sera donc l'occasion :

- soit de confirmer l'établissement dans sa vocation initiale ;
- soit d'en modifier le positionnement, par la détermination de nouvelles missions et prestations ou inversement, par la diminution de son spectre d'intervention.

Cette réflexion sur les missions qui sont confiées à l'établissement s'inspirera de la palette des prestations telle que définie par le référentiel AHI mais également, autant qu'il est possible, des orientations définies dans le cadre du schéma AHI et du schéma régional quand ils existent et sont encore d'actualité.

La qualité de prise en charge des bénéficiaires.

Au-delà des différentes missions définies, le COM peut être l'occasion d'appréhender et de fixer des objectifs en termes de modalités concrètes de prise en charge et plus globalement d'encourager la mise en œuvre d'une démarche qualité.

A cet effet, la promotion des droits des usagers doit être un volet systématiquement examiné lors d'un COM. C'est pourquoi, il est rappelé en annexe les différents outils concernant les droits des usagers.

Les points suivants peuvent faire l'objet d'une mesure d'amélioration :

- la formalisation interne de repères éthiques et déontologiques ;
- les procédures d'admission ;
- l'appréciation des besoins ;
- la constitution de références de bonnes pratiques professionnelles ;
- l'information dispensée à l'usager (livret d'accueil, règlement de fonctionnement) et sa capacité à faire usage de ses droits et à connaître ses obligations ;

- l'accessibilité de l'usager à son dossier ;
- la mise en place de contrats de séjour ;
- la participation de l'usager : existence ou pas d'un conseil de la vie sociale ou d'autres formes de participation.

Remarque :

L'observation des publics pris en charge n'est pas toujours suffisamment développée dans les établissements. Afin de développer la connaissance des publics, il convient donc d'en faire un objectif particulier dans chaque COM.

L'organisation et les ressources humaines.

Il s'agit dans ce volet du COM de s'intéresser aux modalités de fonctionnement de l'établissement au regard des prestations qu'il exerce. Seront analysés les points suivants :

- le degré de formalisation du projet de direction et de management ;
- la répartition des responsabilités et la délégation de compétence et de signature ;
- les méthodes de coopération et de travail en équipe ;
- le repérage des compétences et leur accompagnement à travers notamment la politique de formation menée par l'établissement ;
- les modalités de communication et de transmission interne de l'information ;
- la place laissée à l'innovation et l'expérimentation ;
- les optimisations réalisées en termes de gestion.
- les aspects architecturaux.

Le respect de la dignité des personnes constitue un des principes du référentiel AHI. Il renvoie à l'exigence d'offrir des conditions matérielles d'accueil et d'hébergement décentes sur le plan de la propriété des locaux et de leur confort et des conditions adaptées pour l'accueil des familles et des enfants. Comme le précise le référentiel, la norme doit tendre vers l'accueil en chambre individuelle.

Les aspects architecturaux ne peuvent donc être ignorés lors d'un COM car ils participent de la qualité de la prise en charge. Dans cette perspective, un état des lieux paraît nécessaire surtout pour les CHRS à caractère collectif. Une réflexion en termes de programme d'investissements devra être initiée.

Il convient toutefois de rappeler qu'a contrario d'autres types d'hébergements médico-sociaux, il n'existe pour les CHRS ni de normes précises de surfaces, ni d'aménagements spécifiques.

- les aspects financiers du COM.

Par nature, ces aspects seront systématiquement développés dans un COM. La partie financière du COM est fondamentale dans la mesure où le budget constitue la projection comptable et financière du projet. Il en conditionne pour partie sa réalisation.

Il convient dans cette partie du COM, dans un premier temps, d'établir une analyse financière de la situation de l'établissement.

Cette analyse a pour but d'anticiper certaines situations délicates et de connaître les causes des difficultés existantes le cas échéant. Elle doit permettre également d'apprécier finement la situation financière de l'établissement en distinguant bien ce qui relève de l'exploitation et ce qui relève de l'investissement. Elle évalue également les risques éventuels qui pourraient peser à terme sur l'entité.

La partie financière du COM doit faire apparaître clairement les engagements de l'établissement et de l'autorité de tarification.

Elle pourra utilement être complétée par un volet prévoyant la mise en place d'une comptabilité analytique, d'outils de contrôle de gestion.

#### **IV. – LA NÉGOCIATION D'UN COM : UN PROCESSUS LIMITÉ DANS LE TEMPS**

Loin d'être une démarche improvisée, la négociation d'un COM repose sur une série d'étapes logiquement emboîtées qui doit amener dans un temps raisonnable (soit en principe un maximum de 6 mois) les parties contractantes à la signature du COM. Une durée excessive du processus d'élaboration du COM démotivé et freine la dynamique de changement qu'il initie.

Dans la mesure où une telle démarche implique un investissement notable en termes de charge de travail, il paraît indispensable :

- de constituer au niveau de la DDASS une équipe projet clairement identifiée et missionnée par la direction de la DDASS, qui pourra mobiliser en tant que de besoin les autres services de la DDASS ;
- de veiller à la pluralité de sa composition (personnels administratifs et techniques) et à la disponibilité des personnels (ainsi, il convient de ne pas désigner un chef de projet dont on sait qu'il ne pourra vraisemblablement pas achever le COM en raison d'un départ programmé).

Parallèlement, il convient que l'association désigne clairement une équipe projet qui sera mandatée pour mener les différents travaux avec la DDASS.

De façon générale, il faut s'assurer que les différents interlocuteurs soient clairement mandatés pour mener la négociation.

L'ensemble de ces deux équipes formera le comité de pilotage du COM, qui aura ensuite à en suivre la mise en œuvre.

Par ailleurs, il est tout à fait possible de solliciter l'appui de la DRASS pour mener le projet de COM. A tout le moins, celle-ci devra être informée de la démarche compte tenu de son rôle en termes d'allocation de ressources et de responsable de BOP.

On peut décomposer le processus de négociations selon les 4 étapes suivantes.

#### 1. Le diagnostic préalable et partagé :

Cette phase joue un rôle déterminant pour la suite du COM. Elle doit permettre d'objectiver au plus près les forces et les faiblesses de l'établissement, d'identifier les causes de dysfonctionnement comme les bonnes pratiques et par là même de dégager des leviers d'action concrets. Il est en effet essentiel de connaître la situation de départ, si l'on ne veut pas que les objectifs fixés par la suite ne se réduisent à l'énoncé de simples vœux pieux sans prise sur la réalité.

Il n'existe pas de méthode « clef en main » pour établir un diagnostic préalable. Il faut être attentif lors de cette étape à ne pas dévaloriser systématiquement l'établissement, faute de quoi on risquerait d'engendrer une réaction défensive de l'établissement qui nuirait aux évolutions futures.

C'est pourquoi il est recommandé de confier ce diagnostic préalable plutôt à l'association. Celle-ci peut y procéder en interne ou en faisant appel à un consultant externe.

La DDASS devra ensuite être en capacité d'en vérifier l'exactitude et de faire part de ses observations, l'ensemble formant au final le diagnostic partagé.

A titre indicatif, sont donnés ci-après les éléments qui devront être analysés lors de ce diagnostic :

- le cadre de référence de l'établissement et de l'association : il s'agit ici d'analyser à quels besoins et à quelles populations la structure répond, son cadre de référence en termes de valeurs et d'éthique institutionnelle ;
- le dispositif d'offre de services : comment se situe l'établissement au niveau territorial, les formes de services et de diversification des réponses, les modalités d'accueil et de traitement de la demande, les coopérations interinstitutionnelles, son organisation générale ;
- les modalités d'intervention : projet de service, projet individuel : comment est-il constitué ? les techniques d'accompagnement et leur suivi, les procédures d'admission ; l'existence d'un livret d'accueil, les formes de participation des usagers ;
- les systèmes d'évaluation de l'activité : existence de tableaux de bord de suivi d'activité ; procédures d'évaluation internes : existence d'enquêtes de satisfaction, mesure de la participation ;
- la fonction de communication en interne : l'organigramme hiérarchique et fonctionnel, le conseil de la vie sociale, les réunions dans l'établissement, les relations sociales dans l'établissement, les supports de communication ;
- la direction des ressources humaines : les données socioprofessionnelles (effectif, ancienneté, formation), l'animation des ressources humaines, le rôle des cadres, la définition des emplois et des compétences, la formation, les modes de recrutement, la mobilité, l'appréciation des personnels, le rôle des administrateurs ;
- les processus de délégation de la décision, de responsabilisation des cadres ou autres.

#### 2. La lettre de cadrage :

C'est un document relativement court (environ 2 pages), qui vient après le diagnostic préalablement établi.

La DDASS formule de façon générale les quelques orientations et objectifs sur lesquels elle souhaite plus particulièrement contractualiser. Il appartient alors aux représentants de l'établissement de faire part de leurs éventuelles réactions et modifications de cette lettre, le but étant d'arriver à une approbation commune.

3. La définition des objectifs prioritaires et des moyens pour y parvenir :

C'est l'étape proprement dite de construction du COM, le moment où l'établissement et l'autorité de tarification définissent ce qui doit changer et comment y parvenir. Un tableau de bord est constitué à cet effet qui mentionne chaque objectif à atteindre, les actions envisagées, le responsable de la mise en œuvre, les moyens nécessaires pour la réaliser, l'échéancier prévu.

#### 4. La finalisation des termes du contrat :

C'est le moment où le gestionnaire et l'autorité de tarification valident les options retenues et s'engagent mutuellement par contrat.

### V. – LE SUIVI DU CONTRAT

Il est assuré par le comité de pilotage créé au moment de l'élaboration du contrat. Ce comité se réunit au moins une fois par an pour

faire le point sur l'état d'avancement des termes du contrat. Dans ce but, il s'appuie sur le tableau de bord évoqué au IV-3. Il procède aux ajustements nécessaires.

Au terme du contrat, une évaluation de l'ensemble du contrat est effectuée.

## ANNEXE 1

### RAPPELS ET REMARQUES SUR LES DISPOSITIONS CONCERNANT LES DROITS DES USAGERS

#### Le livret d'accueil

L'article L. 311-4 du CASF, en instituant le livret d'accueil, concrétise la relation bilatérale, interpersonnelle qui doit s'instaurer entre le bénéficiaire et le prestataire et leur permettre de constituer une véritable interface entre eux. Il énonce : « Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil ».

La délivrance de ce livret est obligatoire. Elle doit être en principe effectuée dès le premier contact. L'objectif de ce livret est clairement affiché : il est un des éléments de la prévention de la maltraitance en rappelant d'emblée à la personne quels sont ses droits.

La DGAS a donné dans sa circulaire du 24 mars 2004 relative au livret d'accueil des indications sur la façon dont peuvent être organisées les informations destinées à l'usager. Il est ainsi recommandé que ce livret présente l'établissement, son organisation et son fonctionnement, et énonce les droits au sein de l'établissement.

A travers ce livret, la personne accueillie doit être en situation de mieux appréhender non seulement ses droits mais aussi ce qu'elle peut attendre du lieu où elle est admise.

En d'autres termes, le livret d'accueil constitue un élément d'une meilleure lisibilité de la structure pour la personne accueillie et son entourage en établissant une cartographie précise des lieux et un inventaire rigoureux des prestations, afin de permettre à la personne admise de disposer d'une information objective sur la gamme des prestations et services mis à sa disposition.

Il est certain que pour être efficace, la rédaction d'un tel livret doit à la fois tenir compte des contraintes propres à chaque établissement et du niveau de compréhension de l'usager, en adoptant des présentations éventuellement ludiques comme BD ou support informatique. L'écueil à éviter est qu'il devienne une forme de document type sans réel impact sur l'usager.

#### A noter :

Comme le rappelle J-M. Lhuillier dans son ouvrage consacré aux droits des usagers, le livret d'accueil revêt une réelle portée juridique :

« Le livret d'accueil est un document obligatoire qui devra être présenté lors des inspections ou des divers contrôles de l'établissement, notamment de la DGCCRF. Il devra être remis à jour régulièrement et obligatoirement tous les cinq ans. Il ne devra pas contenir de fausses informations, des prestations que l'établissement ne pourrait offrir ou des engagements qu'il ne pourrait tenir. Ces infractions relèvent de l'infraction de la publicité mensongère mentionnée aux articles L. 121-1 à L. 121-15 du code de la consommation. [...] Le livret d'accueil peut également servir de référence pour des actions en responsabilité pour obtenir des dommages et intérêts. En cas d'absence de prestations ou de mauvaise qualité, les usagers peuvent demander des compensations financières en faisant la preuve que l'établissement a commis une faute qui leur a causé préjudice. »

Il faudra donc apporter une attention particulière à la façon dont ce livret est pensé et mis en circulation.

#### Le contrat de séjour

L'article L. 311-4 et le décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 définissent le régime du contrat de séjour.

Celui-ci marque le passage d'une logique institutionnelle émanant de l'établissement à une logique de service rendu ou de prestations offertes à la personne en fonction de ses besoins. Il traduit la volonté d'individualiser, de personnaliser, d'humaniser les rapports entre les représentants de la collectivité et le bénéficiaire.

A travers le contrat de séjour, c'est un véritable changement de méthode qui est à l'œuvre : il s'agit, en amont de la prestation, de rechercher le « pourquoi » de celle-ci en s'attachant au « pour qui ».

La notion de contrat inaugure un nouveau cadre de relation fondé sur la transaction. Comme le souligne J-R. Loubat, la contractualisation répond à trois niveaux de préoccupations :

- le premier niveau est d'ordre éthique : il concerne l'émergence des droits des bénéficiaires et des usagers : droit d'accéder à leurs dossiers, droit de choisir leurs prestataires, droit à participer à leur prise en charge ;
- le deuxième niveau est d'ordre pragmatique, il renvoie à l'idée que l'on ne peut assurer un projet d'insertion sans l'adhésion participative du bénéficiaire ;
- le troisième niveau est d'ordre socio-politique, il exprime l'évolution de la place du secteur social dans la société civile. Il ne s'agit plus de maintenir plus ou moins « enfermées » les personnes mais de les aider à être des citoyens à part entière.

De forts enjeux pèsent donc sur le contrat de séjour :

- d'abord, la reconnaissance par les deux parties d'une obligation réciproque. Le contrat de séjour fait naître des obligations qui doivent être exécutées de bonne foi tant par l'équipe de l'établissement que par la personne accueillie ;
- plus important encore, le contrat doit permettre à l'usager de faire entendre sa voix, car selon les termes de la loi son consentement éclairé doit être systématiquement recherché. Cela signifie que la personne doit être pleinement informée des possibilités de l'établissement.

Cette exigence traduit également que la personne accueillie doit être considérée comme une personne capable de formuler un point de vue et des attentes. Il ne s'agit donc pas d'imposer une forme de contrat-type mais d'accompagner la personne dans la formulation de ses besoins et de son projet.

Remarques sur quelques ambiguïtés du contrat de séjour :

Le recours au terme de contrat peut à certains égards apparaître trompeur d'un point de vue strictement juridique. Car si ce contrat formalise bien les engagements pris par l'établissement d'accueil et garantit au bénéficiaire le détail des prestations offertes, s'il introduit plus de transparence dans la relation, on ne peut pas dire qu'il place l'usager à égalité de droits avec l'institution.

D'une certaine façon, le contrat n'est pas obligatoire puisqu'il peut ne pas être signé et qu'il peut lui être alors substitué un document individuel de prise en charge.

Par ailleurs, la notion de contrat n'est pas directement transposable pour les établissements publics qui sont régis par le droit administratif.

En outre, il faut rappeler que le texte ne parle que de participation de la personne accueillie et non d'une véritable négociation.

Enfin, on peut s'interroger sur la réalité du choix pour l'hébergé qui n'est pas toujours en mesure de savoir réellement ce qu'il désire.

### Le règlement de fonctionnement

La loi du 2 janvier 2002 a rendu obligatoire dans tous les établissements sociaux et médico-sociaux l'élaboration d'un tel règlement (cf. L. 311-4 et L. 311-7 du CASF). L'article L. 311-7 est ainsi rédigé :

« Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits des personnes accueillies et les obligations et devoirs nécessaires au respect de la vie collective au sein de l'établissement ou du service. Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Les dispositions minimales devant figurer dans ce règlement ainsi que les modalités de son établissement et de sa révision sont fixées par décret. »

Le décret n° 2003-1095 du 14 novembre 2003 pris en Conseil d'Etat a défini l'application minimale à donner à cette disposition.

Le règlement de fonctionnement ne doit pas être confondu avec le règlement intérieur dont le but est de traiter des relations de travail vis-à-vis des salariés. C'est un règlement qui a pour objectif de faire connaître les principes régissant la vie collective et les conséquences de leur non-respect ainsi que les modalités pratiques d'organisation et de fonctionnement des services. Il peut être analysé comme la contrepartie des droits fondamentaux.

Le règlement de fonctionnement est arrêté par l'instance compétente de l'organisme gestionnaire (dans la plupart des cas, le conseil d'administration), après consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement et du conseil de la vie sociale, ou le cas échéant, des autres instances de participation. Il doit prévoir la périodicité de sa révision qui ne peut excéder cinq ans. Ce document de nature évolutive devant sans cesse pouvoir s'adapter à la dynamique de l'établissement, il est recommandé de prévoir une révision annuelle du règlement.

Le règlement doit faire l'objet d'une publicité obligatoire et d'une réelle information. Il doit être affiché dans les locaux de l'établissement et remis en mains propres à tous les usagers ainsi qu'à toute personne exerçant dans l'établissement. Si le décret n'édicte aucune condition de forme quant à la rédaction de ce document, l'obligation de publicité induit la nécessité d'une rédaction claire, aisément compréhensible par tous et adaptée à la nature du public accueilli.

### Le conseil de la vie sociale

La participation de l'usager est souvent conçue sous l'angle des relations individuelles. Mais la participation peut aussi revêtir un aspect collectif afin de créer une synergie en tenant compte de la pluralité des opinions : c'est ce qu'a voulu le législateur en envisageant des modalités de représentation des usagers à travers le conseil de la vie sociale. A travers cette instance consultative au sein de l'établissement se dessine une forme de partenariat dont la finalité est l'amélioration continue de l'institution.

Chacun sait que la vie en établissement impose des moments de vie collective et le respect de règles communes qui s'appliquent à tous.

Tous ces points doivent faire l'objet d'un examen attentif lors de la rédaction du COM.

## ANNEXE II

### Demande d'aide à la contractualisation

*Année 2006*

Région : .....

Département : .....

Personne référente du projet : .....

Tél. : .....

Identité de l'organisme concerné : .....

CARACTÉRISTIQUES INITIALES		COHÉRENCE DU PROJET avec le schéma AHI ou au sein du dispositif		PRINCIPAUX ÉLÉMENTS du projet d'établissement	ASPECTS du contrat	ÉLÉMENTS FINANCIERS du COM (*)
Prestations familiales Nombre de places Type de public accueilli Montant de DGF attribuée en 2005 et prévue en 2006 Montant des recettes 2005 et 2006 Montant des dépenses 2005 Déficit ou excédent		Date du schéma Priorités du schéma Cohérence du projet avec le dispositif				

(\*) Faire apparaître dans cette rubrique les surcoûts et les crédits demandés selon leur nature (CR ou CNR) à la DGAS sur l'ensemble de la période et pour chaque exercice.

**Lettre DGAS/2 C du 1<sup>er</sup> août 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées**

NOR : SANA0630382Y

Référence : votre courrier du 10 juillet 2006.

*Le directeur général de l'action sociale à Monsieur le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales du Rhône.*

Par courrier du 10 juillet 2006 vous m'avez interrogé sur les conséquences du choix, par le directeur d'un établissement tel que mentionné au II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, d'une des trois options qui lui sont ouvertes pour répondre aux besoins de médicalisation des résidents (convention pluriannuelle, forfait soins ou intervention d'un SSIAD), tant au regard des autorités de tarification que des services de soins infirmiers à domicile qui pourraient être concernés.

L'article D. 313-17 du code de l'action sociale et des familles précise que les établissements qui n'ont pas passé de convention pluriannuelle peuvent bénéficier soit d'un forfait soins soit de l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile s'ils n'emploient pas de personnel soignant salarié. Par ailleurs, l'article 2 du décret n° 2006-181 du 17 février 2006 précise que ces mêmes établissements indiquent au préfet et au président du conseil général les modalités de médicalisation choisies. Rien dans les textes réglementaires n'indique que ce choix doit faire l'objet d'une approbation des autorités de tarification, celui-ci s'impose donc dès lors que le directeur de l'établissement a effectué le choix requis.

L'article R. 314-105 prévoit que, pour les services de soins infirmiers à domicile, les dépenses liées à leur activité sont prises en charge par l'assurance maladie sous forme d'une dotation globale qui tient compte, notamment, des frais de déplacement des personnels du service. Il convient donc dans le cadre de l'approbation du budget prévisionnel des services de soins infirmiers à domicile et grâce aux informations remontées par les indicateurs publiés par arrêté du 27 juillet 2005 (notamment l'indicateur n° 2), que vous évaluez la part d'abattement qu'il convient d'appliquer pour la prise en charge de patients hébergés dans des établissements au regard notamment de la minoration des frais de déplacement et du temps de travail des soignants.

Il apparaît donc que la prise en charge, par un service de soins infirmiers à domicile, de patients hébergés dans un établissement, peut ressortir à un coût inférieur à celle de patients résidant à leur domicile.

Il vous appartient bien évidemment d'évaluer cet impact sur le budget de chaque service.

Enfin, pour ce qui concerne la capacité des SSIAD à intervenir dans un établissement et le maintien de leur mission initiale qui est bien d'intervenir auprès de patients à leur domicile, je vous rappelle que la circulaire DGAS/SD 2 C/2006/217 du 17 mai 2006 indique

que le choix par un établissement de solliciter l'intervention d'un SSIAD ne peut se faire qu'après un rapprochement avec le responsable du SSIAD territorialement compétent.

Il n'y a donc pas lieu de prévoir la création de places de SSIAD spécifiques pour ce type d'intervention.

*Le directeur général de l'action sociale,  
J.-J. TREGOAT*

## Action sociale

### HANDICAPÉS

**Arrêté du 17 août 2006 relatif aux normes ayant trait à la présentation et aux différentes codifications du braille utilisées en France**

NOR : SANA0630381A

Le ministre de la santé et des solidarités,  
Vu l'arrêté du 20 février 1996 créant une commission permanente chargée de la normalisation du braille français ;

Vu la décision de la commission permanente chargée de la normalisation du braille français en date du 5 décembre 2005,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont approuvées les normes de transcription et d'adaptation en braille des textes imprimés adoptées par la commission « évolution du braille français » dans sa séance du 5 décembre 2005. Ces normes peuvent être consultées aux annexes électroniques figurant en annexe au présent arrêté.

#### Article 2

Les textes transcrits ou adaptés en braille à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2007 devront l'être conformément aux normes prévues à l'article 1<sup>er</sup>.

Les organismes qui transcrivent et adaptent en braille des documents imprimés à usage non scolaire veilleront à procurer à leurs lecteurs la liste des quelques caractères nouveaux ou ayant changé de signification par rapport aux pratiques antérieures, et peuvent dès à présent utiliser ces normes.

#### Article 3

Ces normes seront enseignées aux élèves aveugles et déficients visuels au cours de l'année scolaire 2006-2007.

#### Article 4

Le directeur général de l'action sociale au ministère de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé et des solidarités.

Fait à Paris, le 17 août 2006.

Pour le ministre de la santé et des solidarités :

*Le directeur général de l'action sociale,  
J.-J. TREGOAT*