



Direction régionale  
de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités (DREETS)



# Actes de la journée CPOM-CHRS

7 juin 2022



## Sommaire

<b>Matinée : plénière stratégique</b> .....	3
Mot d'introduction des Fédérations associatives .....	3
Intervention de la DIHAL : genèse, état des lieux et perspectives autour des CPOM .....	5
Déclinaison régionale par la DREETS Auvergne Rhône-Alpes .....	6
Echanges avec la salle et les participant.e.s.....	7
Les CPOM-CHRS vus par Maître Pierre Naitali .....	9
Echanges avec la salle :.....	11
<b>Après-midi : ateliers thématiques</b> .....	12
Atelier 1 : Le diagnostic territorial.....	12
Atelier 2 : Construire un diagnostic adapté à son établissement .....	15
Atelier 3 : Choisir des critères et indicateurs pertinents.....	18
Atelier 4 : CPOM et transformation de l'offre.....	20
Atelier 5 : Gouvernance des CPOM.....	22

## Matinée : plénière stratégique

### Mot d'introduction des Fédérations associatives

Nathalie Breysse, directrice de l'Uriopss Aura et Francis Silvente, vice-président de la FAS Aura ouvrent de concert cette journée CPOM-CHRS.

Le report de la signature des CPOM-CHRS et la nouvelle date butoir du 1<sup>er</sup> janvier 2024 est bienvenu, dans un contexte très dense pour le secteur, renforcé par la crise des recrutements et des métiers du social. Ce temps supplémentaire permet la poursuite des négociations, la clarification du cadrage des CPOM (cahier des charges, instruction), et un outillage renforcé des acteurs grâce aux crédits d'ingénierie.

L'Uniopss et la FAS sont favorables à la contractualisation. Le CPOM peut être un bon outil de gestion, s'il y a autour la garantie d'un réel dialogue, et le temps nécessaire aux négociations (10 à 12 mois) et à l'élaboration du contrat. L'enjeu est de pouvoir dresser un diagnostic partagé entre associations et services de l'Etat, de s'accorder sur les fiches actions, etc. Bien que les moyens soient contraints, ils ne sont pas le seul axe de la négociation. Cette négociation doit aussi permettre de ne pas standardiser les objectifs et les fiches actions. Les CPOM doivent intégrer les priorités des politiques publiques, mais ils doivent aussi tenir compte des propositions des organismes gestionnaires, en tant que promoteurs d'innovation sociale.

Cette journée va permettre de travailler collectivement sur les CPOM, elle a été co-construite avec la DREETS, pour échanger sur les attentes réciproques. Les fédérations associatives souhaiteraient souligner plusieurs éléments, tout d'abord la complexité d'une projection sur 5 ans pour les associations gestionnaires, dans un contexte très instable (crise sanitaire, inflation, difficultés de recrutement, crise migratoire...) et un cadre financier qui reste annuel, avec tous les risques que cela comporte. La prise en compte des coûts des grandes transitions (écologiques, énergétiques), est également essentielle, tout comme ceux tenant compte de l'histoire des structures (vétusté des locaux, ancienneté du personnel, etc.).

Les principes du logement d'abord et de la transformation qualitative de l'offre sont partagés par les associations, mais les modalités de mise en œuvre interpellent parfois, avec le sentiment que le secteur doit se réorganiser à l'aune de la contrainte budgétaire. Les moyens d'accompagnement et leur sécurisation font partie des conditions de réussite du logement d'abord. Dans ce contexte, les CPOM et les « budgets base zéro », qui interviennent suite au plan d'économies et tarifs plafonds, à un passage de places subventionnées sous le régime de l'autorisation à coût constant, pourraient limiter les marges de manœuvre. Le CPOM doit bien permettre de faire évoluer l'offre en donnant la primauté aux droits des personnes, aux réponses à leurs besoins, et permettre de concilier stratégie associative, besoins du territoire et enjeux du secteur. C'est aussi en associant les personnes accueillies, accompagnées, aux réflexions sur le CPOM, que cet objectif sera atteint.

Par ailleurs, les sorties du CHRS ne sont pas sans enjeux, à l'heure où le droit commun répond de moins en moins aux besoins, et peine à prendre le relais. Plusieurs travaux le montrent : la recherche de la chaire PUBLICS des politiques sociales autour du suivi de cohorte de personnes ayant accédé au logement à Lyon et Grenoble dans le cadre du LDA<sup>1</sup>, ou plus récemment la recherche collaborative

---

<sup>1</sup> <https://www.pacte-grenoble.fr/programmes/chaire-publics-des-politiques-sociales>

conduite par Cédric Sadin-Cesbron sur « l’habiter en CHRS, faire comme chez-soi quand on n’a pas de chez soi »<sup>2</sup>.

Enfin, il est essentiel de favoriser la cohérence des politiques publiques nationales et régionales, d’avoir une approche collective dans les territoires, entre associations, mais aussi avec les services de l’Etat. Le CPOM permet de mettre au travail la réponse aux besoins, les stratégies prospectives, qui passent par une stratégie associative définie, mais aussi par un travail renforcé entre services de l’Etat et organismes gestionnaires.

C’est avec ces conditions, ces précautions, que les acteurs pourront s’engager dans une démarche de contractualisation constructive.

---

<sup>2</sup> Faire comme chez soi quand on n’a pas de chez soi, les logiques paradoxales de l’hébergement social, Cedric Sadin-Cesbron, 2021

## Intervention de la DIHAL : genèse, état des lieux et perspectives autour des CPOM

Pauline Jalard, directrice de la mission hébergement et Simon Mathivet, chef de projet hébergement, portent l'intervention de la DIHAL (PPT transmis avec les actes de la journée) et rappellent en premier lieu que le CPOM doit permettre une réflexion sur l'adéquation entre l'offre d'un territoire et les besoins des personnes. C'est également un outil qui doit permettre de se projeter dans l'avenir, en fonction de l'évolution des besoins, au sein de chaque territoire. Bien-sûr, il y a des instructions nationales, dans un souci d'homogénéisation, mais il est important de partir des besoins observés localement.

Au niveau de l'Etat, il est essentiel de contribuer aux réflexions stratégiques sur la transformation du parc, et les retours des échanges entre opérateurs et services de l'Etat sont très importants, pour dessiner les contours du secteur AHI dans les années à venir. C'est donc un grand intérêt d'avoir une réflexion partagée entre opérateurs et services de l'Etat, de manière collective, en parallèle du dialogue bilatéral entre opérateurs et services de l'Etat. Les CPOM sont aussi un des moyens d'avoir une réflexion systématique sur le Logement d'abord, sur les besoins, les moyens, les objectifs. Cette intervention s'inscrit également dans le cadre d'une réflexion à venir autour de la réforme de la tarification, et de la programmation pluriannuelle 2022-2024 dont le rapport de concertation va bientôt être diffusé.

Le contenu de l'intervention de la Dihal est à retrouver dans le PowerPoint joint.

- 1. Rappel du sens de la contractualisation dans le secteur AHI**
- 2. Avancement de la démarche CPOM après 4 ans**
- 3. Perspectives**



## Déclinaison régionale par la DREETS Auvergne Rhône-Alpes

Nathalie Gay, cheffe du département solidarités à la DREETS présente le contexte de la déclinaison régionale des CPOM. Le CPOM est bien un nouveau mode de relation entre le gestionnaire et l'autorité de tarification pour le secteur AHI, qui permet de définir des objectifs. C'est aussi une opportunité pour définir des objectifs communs, mettre en synergie les activités de l'entité gestionnaire. C'est aussi l'occasion de réinterroger les partenariats, de les intensifier le cas échéant, pour pouvoir proposer aux personnes accompagnées une prise en charge la plus adaptée. C'est également un outil de la transformation de l'offre, pour favoriser la mise en œuvre du logement d'abord, développer les dispositifs de logements adaptés et contenir l'hébergement d'urgence.

Pour le périmètre du CPOM, le CHRS est le socle obligatoire, mais à l'échelle régionale, la DREETS encourage à intégrer d'autres activités du secteur dans le CPOM (accueil de jour, SIAO, etc.). L'assise du CPOM reste en revanche le département. Les lignes directrices régionales sont la transformation de l'offre, et la priorité donnée à l'accompagnement social, dans le cadre du logement d'abord.

En Auvergne Rhône-Alpes, la majorité des CPOM reste à signer, même si un département, le Rhône, est précurseur dans la démarche puisque l'ensemble des CHRS était signataire d'un CPOM. Dans la région, 99 établissements gérés par 71 entités gestionnaires, représentent 5 520 places d'hébergement type CHRS au 31/12/2021 dont 3993 places d'insertion et 1527 places d'urgence (CHRSU). Aujourd'hui 33 CPOM sont signés, il en reste donc 66 à signer avant la date butoir.

Le CPOM représente un changement de culture autant pour les autorités de tarification que pour les gestionnaires, il y a un donc un réel enjeu partager et de bénéficier de l'expérience des uns et des autres au cours de cette journée.

## Echanges avec la salle et les participant.e.s



**Q1 - DDETS Ardèche :** *pourquoi la CHRisation ne concerne que les places d’HU, et pas des mesures d’accompagnement ou des accueils de jour par exemple ? Car cette CHRisation permet la pérennisation pour les subventions.*

**Réponse DIHAL :** dès lors qu’une place dite « d’insertion » est sous subvention, elle est « CHRisable ». Il convient simplement d’étudier l’opportunité de la « CHRisation », en fonction des besoins du territoire. De premiers jalons ont été posés pour le cadrage du CHRS hors les murs<sup>3</sup>, qui ont vocation à s’affiner davantage. Certaines mesures d’accompagnement sous subvention sont d’ores et déjà « CHRisées » aujourd’hui.

**Q2 – Alynéa, association dans le Rhône :** *si la transformation de places CHU en CHRS se développe, est-ce que ça ne va pas restreindre l’accès à tout un public, notamment à droits incomplets ? Dans le Rhône par exemple, ces publics n’ont pas accès à l’offre dans le diffus, et ne sont pas non plus éligibles au logement d’abord.*

**Réponse DIHAL :** la transformation de l’hébergement d’urgence en places autorisées n’a pas été pensée dans la perspective d’exclure les personnes à droit incomplet mais d’améliorer la qualité de l’offre d’hébergement. Sur l’inconditionnalité, la DIHAL suit de très près les jurisprudences. Un travail avec le Ministère de l’Intérieur est engagé sur ces sujets. Il y a, sous l’appellation de publics « à droits incomplets », une multitude de situations, dont une partie des personnes a des perspectives de régularisation.

**Q3 – Groupement des possibles, association en Isère :** *il y a un rapport à dépoussiérer sur le statut unique dans l’hébergement et l’élargissement du statut unique à un champ plus large que les places CHU. Une remarque sémantique : le groupement des possibles n’est pas un opérateur mais une association partenaire de l’Etat.*

---

<sup>3</sup> Voir [Instruction du 22 avril 2022 relative à la campagne budgétaire des CHRS pour 2022](#), pages 7 à 10.

**Q4 - DDETS du Puy de Dôme :** *Il y a un vrai enjeu de faire le point sur les besoins en places d'urgence et en CHRS. Le Puy-de-Dôme comptait seulement 150 places de CHRS. Il y a la discussion CPOM par CPOM, et aussi la vision pour le territoire, en fonction des publics et des besoins.*

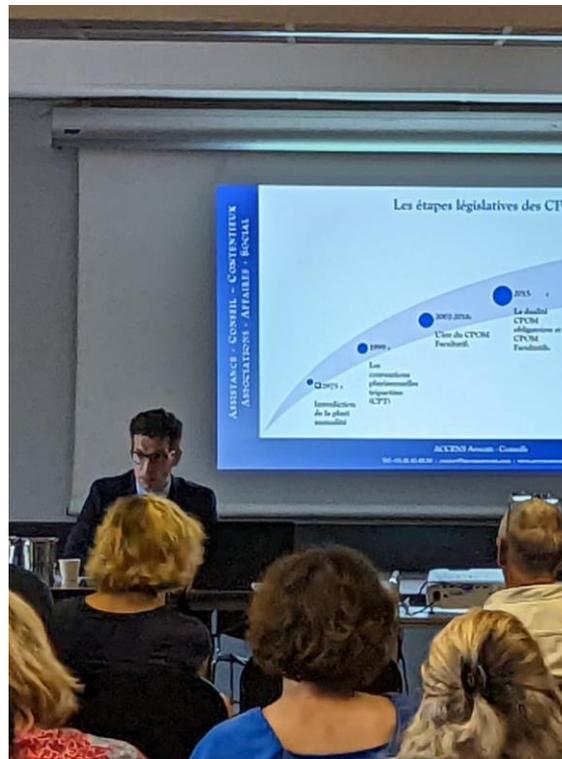
**Réponse DIHAL :** il y a effectivement la question des prestations proposées par chaque type de place, en fonction de leur niveau de financement. Dans le cadre de la réforme de la tarification et avec une approche sur la question du financement, il sera peut-être possible d'aboutir à un référentiel pour les CHRS, pour définir quelle est l'offre socle, et l'offre qui pourra par ailleurs être plus spécialisée en fonction de besoins particuliers de publics.

**Q5 - DDETS Ardèche :** *Il y a parfois des difficultés de s'insérer dans les dispositifs de droit commun, c'est important que les élus / conseils départementaux puissent s'impliquer dans les travaux, mais ce n'est pas toujours évident d'avoir un retour et du répondant par rapport aux problématiques qu'on peut soulever. Et par rapport aux personnes aux droits incomplets : les personnes déboutées, occupent 1/3 des places d'HU, en termes de fluidité, c'est compliqué, d'autant que certaines personnes sont là depuis plusieurs années. C'est aussi un élément important à faire remonter.*

Pour la DIHAL, les CPOM permettent de répondre en partie à la difficulté d'impliquer les élus et collectivités locales dans notre politique publique, puisque le CPOM peut associer d'autres autorités de financement. Aujourd'hui dans le cadre des CPOM, même si ça peut rajouter de la charge administrative, on peut tout à fait avoir plusieurs signataires (Préfet de région, préfet de département, mais aussi président du conseil départemental). La DIHAL est preneur de retours / remontées d'expériences de CPOM AHI avec des conseils départementaux signataires.

**Q6 - DDETS Puy de Dôme :** *Depuis 2018, et la mise en œuvre accélérée du logement d'abord sur notre territoire, il y a une forte association du conseil départemental et de la métropole Clermont. Ce qui a pu élargir la réflexion, pas seulement sur l'accès au logement mais aussi les questions d'accès à l'emploi, à la santé, etc. Comment on vient travailler les différents axes avec les compétences de chacun. Il y a un nouveau PDALHPD cette année, et les CPOM en cours de signature. C'est grâce au PDALHPD que ce travail de concertation est possible, en plus du travail bilatéral autour du CPOM. S'appuyer sur le PDALHPD, les enjeux d'accès au logement, l'ensemble des leviers à activer, etc. la question dans les CPOM, c'est comment on vient objectiver cette « épaisseur » des prises en charge.*

## Les CPOM-CHRS vus par Maître Pierre Naitali



### Historique des CPOM

- Loi de 1975 sur les institutions sociales : création de la notion d'autorisation et liste des ESSMS ;
- 1999 : réforme des maisons de retraite, arrivée des EHPAD et des conventions pluriannuelles tripartites, qui sont aujourd'hui en voie de CPOMisation (secteur des personnes âgées notamment) ;
- 2002-2014 : montée en charge des CPOM avec une logique facultative ;
- A partir de 2015 : dualité entre les CPOM obligatoires et les CPOM facultatifs. Petit à petit, le domaine du CPOM obligatoire va se développer, notamment les CPOM obligatoires pour le secteur des personnes handicapées.
- 2018 : loi ELAN, arrêté du 25 octobre 2019, obligation de signer le CPOM, à partir du cahier des charges fixé par l'arrêté du 25 octobre 2019

### Les controverses

Les CPOM et la logique de contractualisation sont des outils au service de la gestion des ESSMS et de la transformation de l'offre d'accueil et d'accompagnement des personnes. Néanmoins, le contexte de la contractualisation comprend des contraintes financières importantes, pour un secteur historiquement sous-financé<sup>4</sup>. L'enjeu de la réflexion est donc aussi l'effectivité des objectifs pour les associations et les services. Malgré tout, les CPOM offrent des possibilités : exonération de la procédure d'appel à projet, si la capacité est augmentée (jusqu'à 100%), une disposition de

<sup>4</sup> Rapport d'information n°632 (2020-2021), de M. Philippe Dallier au nom de la commission des finances

régularisation des établissements qui n'étaient pas signataires d'une autorisation, sans avoir à passer par la procédure d'AAP.

En matière de simplification, le CPOM n'est pas forcément toujours un outil probant : car les comptes administratifs doivent toujours être transmis, tout comme un bilan annuel d'exécution du CPOM.

### **Le CPOM : contrat ou acte unilatéral négocié ?**

En droit, un contrat est un acte négocié, de volonté, entre les deux parties. Un accord de volonté ne peut pas être un acte obligatoire. Par ailleurs il y a nécessairement un déséquilibre entre la puissance publique (l'Etat) et une personne privée (l'association). De ce fait, le CPOM peut être considéré non pas comme un contrat, mais comme un acte unilatéral négocié. Cela permet de réfléchir à la portée des actes préparatoires du CPOM : à certains égards, la négociation est plus importante que le contrat lui-même. Si un gestionnaire signe un CPOM en ayant fait des diagnostics partagés, en ayant acté les accords et désaccords, etc. ces éléments vont avoir une portée dans les dialogues de gestion futurs. C'est en ayant acté les accords et désaccords qu'on peut signer un document sur la meilleure base possible : en matière de périmètre du contrat et des services couverts par le CPOM, de la politique d'affectation des résultats, des modalités de suivi et d'évaluation du contrat, etc.

C'est pourquoi les différentes étapes de la contractualisation : le lancement, le diagnostic partagé, la rédaction des fiches actions, etc. sont essentiels !

Les objectifs du contrat doivent être définis : penser à mettre les actions, des éléments d'évaluation qui sont importants. Objectifs qui sont parfois très généraux

### **Réforme de la tarification et Ségur, deux sujets au cœur de l'actualité**

La DIHAL a annoncé une réforme de la tarification, dont les concertations devraient commencer à l'été 2022. C'est donc la dernière année d'application des tarifs plafonds et du plan d'économie des CHRS. La DIHAL souhaite réfléchir à un système de tarification plus juste, valorisant la qualité et l'adéquation entre le besoin des personnes et l'accompagnement proposé. Il y a donc un enjeu à mieux cerner l'accompagnement CHRS, ce qu'il recouvre. La simplification des actes administratifs sera aussi l'un des objectifs de la réforme. Il est également important que les associations gestionnaires et les services de l'état puissent dégager du temps pour des réflexions stratégiques.

\*\*\*

Le Ségur permettant la revalorisation d'une partie des professionnels du secteur est positif, même si les modalités de mise en œuvre restent complexes. M. Naitali rappelle que, pour les autres secteurs d'activité (handicap, personnes âgées, etc.), quand on signe un CPOM, il n'y a plus d'opposabilité de la convention collective. Par contre, pour le secteur AHI, il y a encore l'opposabilité des conventions collectives : l'article concerné du CASF n'a pas été modifié. Cela implique sur si certaines revalorisations ne sont pas couvertes par les tarifs plafonds, il faudra trancher si le tarif plafond l'emporte sur l'opposabilité de la convention collective.

## Echanges avec la salle :

### ***Q1 - Quelles conséquences pour les associations ou CHRS qui n'auront pas signé de CPOM à la date butoir ?***

Sous réserve d'éventuelles nouveautés législatives, *a priori*, il n'y a pas de pénalités ou de sanctions financières prévues.

### ***Q2 – Par rapport aux moyens nécessaires, on peut déjà faire beaucoup de choses qui, y compris s'il n'y a pas de budget supplémentaire autour des changements de pratiques autour du logement d'abord, au-delà de crédits nouveaux.***

C'est effectivement important de réinterroger des pratiques, on doit en permanence se réinterroger. Mais c'est aussi une utopie de faire toujours mieux avec des moyens qui s'érodent.

### ***Q3 - Faut-il un avenant entre deux CPOM ?***

Il est tout à fait possible de proroger la durée du contrat. Néanmoins, cette prorogation ne peut être d'une durée supérieure à 1 an. Un CPOM ne peut donc pas dépasser une durée de 6 ans (5 ans de durée initiale + prorogation d'1 an).

### ***Q4 – Quid de la fusion de CHRS et de la fongibilité de leurs budgets ?***

Le CPOM peut être l'occasion de fusionner des CHRS et de n'avoir plus qu'une seule autorisation. La fongibilité est possible, mais elle nécessite un suivi au niveau du compte administratif.

La DIHAL rajoute que pour le moment, il y a un maintien, voire une augmentation du nombre de CHRS, mais une baisse du nombre d'organismes gestionnaires : il y a *a priori* des fusions de CHRS, mais de manière limitée.

## Après-midi : ateliers thématiques

### Atelier 1 : Le diagnostic territorial

Le CPOM est un outil qui nécessite d'avoir une vision pluriannuelle (contrat signé une durée max de 5 ans) sur la manière dont l'offre peut évoluer, en lien avec les besoins du territoire. De fait, comprendre et analyser les besoins de ce territoire, leurs évolutions, les publics pour lesquelles les réponses ne sont plus adaptées ou manquantes, les zones moins bien couvertes, les dispositifs en décalage avec les orientations des politiques publiques, etc. = nécessité de se baser sur un diagnostic du territoire, de manière collective.

L'arrêté du 25 octobre 2019 indique que « *les parties signataires doivent préalablement réaliser un diagnostic partagé, objectif et documenté de la situation des établissements, services et activités couvertes par le contrat.* »

L'idée n'est pas forcément qu'une association puisse répondre à tous les besoins, mais bien aussi d'identifier les points complémentaires d'où l'intérêt de proposer une dynamique collective. C'est aussi cette phase de diagnostic partagé qui permet d'échanger, très en amont, sur le champ des possibles en matière d'évolution de l'offre.

Enfin, c'est bien en se fondant sur les besoins identifiés et le diagnostic partagé que les acteurs peuvent décliner ensuite les objectifs opérationnels et les actions à établir (au risque sinon d'avoir des objectifs très généraux ou hors sol). Le diagnostic permet aussi de pointer la réalité territoriale en matière d'accès au logement (chiffre de la demande en logement social, des attributions, de la couverture en équipement, etc.).

C'est donc une base de connaissance, de réflexion stratégique et opérationnelle avant même le démarrage d'une réflexion prospective interne à l'association ! C'est d'autant plus important que le CPOM doit être en cohérence avec le PDALHPD.

#### **La réalisation de diagnostic, un état des lieux hétérogène en Auvergne Rhône-Alpes :**

Dans le groupe, plusieurs DDETS travaillent avec des consultants, ce qui permet d'avoir un renfort humain et également un outillage méthodologique pour conduire les diagnostics : entretiens, groupes de travail, etc.

Dans plusieurs départements néanmoins, il n'y a pas de démarche collective initiée, chaque association négocie de manière bilatérale sur la base d'un autodiagnostic.

#### **Quelques outils méthodologiques :**

L'ANSA, en collaboration avec la DGCS et la FAS a réalisé un guide méthodologique qui peut être utile<sup>5</sup>.

L'atelier propose, à titre indicatif, une méthodologie pour accomplir un diagnostic du territoire, sur le modèle de celui initié par la DDETS de la Drôme fin 2020.

#### **1. Collecter les données disponibles et synthétiser les documents existants (2 mois)**

---

<sup>5</sup> [https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/12/DGCS-Ansa\\_CPOM\\_Guide\\_202005.pdf](https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/12/DGCS-Ansa_CPOM_Guide_202005.pdf)

Rassembler les données et documents déjà disponibles (les plus actualisés possible) sur le territoire et qui peuvent porter à la fois sur l'offre de service, les besoins des publics, etc.

- Les PDALHPD ou diagnostic 360°
- Les autres documents programmatiques : schéma de domiciliation, analyse des besoins sociaux, schéma ASE ou sortants d'institution
- Les documents du comité régional de l'habitat et de l'hébergement (CRHH)
- D'autres sources de données : données du SIAO sur l'offre et la demande (pourvu et non pourvu pour chaque segment de l'offre), données sur la demande en logement social et les attributions, de la veille sociale, etc.
- Autres données / documents locaux

L'analyse documentaire et statistique permet de réaliser une synthèse des besoins et enjeux du territoire.

## 2. Concertation collective : groupe de travail, thématiques, etc. (3 à 5 mois)

L'organisation de plusieurs groupes de travail, à l'échelle infra départementale a permis de mettre autour de la table les associations AHI, mais aussi les partenaires : CCAS, hôpitaux, centres-sociaux, travailleurs sociaux du Département, bailleurs sociaux, etc. Entre 10 et 30 personnes étaient impliquées sur chaque territoire.

Entre 3 et 5 réunions ont été conduites par territoire, avec, à chaque fois, un sujet un peu plus particulier à creuser : le public jeune, la santé mentale, le lien social, etc. L'observatoire du SIAO a également été mobilisé pour étayer les groupes de travail avec des données d'activité (demande, appels au 115, offres disponibles, durée d'attente avant d'accéder à l'offre, etc.).

A l'issue de ces travaux, les besoins et réponses identifiées ont été conservés sur une trame, et ont permis de travailler sur des propositions et des orientations adaptées.

## 3. Une journée de restitution départementale

Pour clôturer le travail, une journée de restitution a été organisée avec le matin une restitution de chaque territoire mettant l'accès sur un besoin particulier (les publics saisonniers, le lien social, etc.). Et l'après-midi, trois tables rondes : santé, logement, emploi.

### En synthèse :

Les associations sont preneuses de dynamiques et réflexions collectives incluant les partenaires et/ou d'une synthèse des besoins à partir des démarches déjà conduites. Dans certains cas, il s'agit aussi de compléter les diagnostics (par exemple dans le Rhône, autour des situations de prostitution).

Des préalables	Les enjeux
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un panel assez large d'acteurs autour de la table (bailleurs sociaux, CCAS, etc.)</li> <li>- Avoir un diagnostic territorial (plus spécifique que départemental) des besoins en allant au-delà de la structure « CHRS »</li> <li>- Avoir une « trame type » pour les autodiagnostic</li> <li>- Pouvoir faire des diagnostics thématiques au niveau d'un territoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enjeu du lien avec l'emploi (liens AHI-IAE)</li> <li>- La place du lien social dans le diagnostic</li> <li>- Enjeu de repartir des documents existants (plans, états de lieux, diagnostic)</li> <li>- Avoir un système de captation de données en continu (observatoire)</li> <li>- Enjeu d'animation et de coordination au niveau du département (porté par la DDETS)</li> <li>- Les objectifs posés ne s'adressent pas qu'aux structures, mais aux acteurs du territoire, ce</li> </ul>

	sont des objectifs partagés
<b>Les points de vigilance</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Importance de croiser les données quantitatives et qualitatives</li><li>- Prévoir une restitution auprès des acteurs qui ont participé au diagnostic</li><li>- Veiller à l’ancrage local du diagnostic</li><li>- Veiller à couvrir les besoins identifiés dans le diagnostic territorial au sein des différents CPOM</li></ul>	

## Atelier 2 : Construire un diagnostic adapté à son établissement

Le diagnostic est un travail qui vise à poser un état des lieux objectif et documenté de la situation des établissements, services et activités couverts par le CPOM. Il intervient tôt dans le processus de contractualisation, en amont des négociations sur le contenu du contrat.

La place du diagnostic à l'échelle de l'organisme gestionnaire, de ses établissements et services est fondamentale au sens propre du terme dans la démarche de contractualisation :

- C'est sur la base des constats posés dans ce travail que seront définis les objectifs et les actions intégrées au CPOM.
- Pour cela, il est important que le diagnostic couvre tous les sujets importants pour le fonctionnement et l'activité de la structure.

En outre, le diagnostic a une valeur contractuelle, dans la mesure où sa synthèse est annexée au CPOM. Il s'agit donc d'un élément particulièrement important qui peut être convoqué tout au long de la vie du contrat dans le dialogue entre l'organisme gestionnaire et l'autorité de tarification et de contrôle.

La réalisation du diagnostic est à la main de l'organisme gestionnaire, tant dans les thématiques que dans la méthode :

- S'il n'existe pas de trame de diagnostic obligatoire, l'autorité de contrôle et de tarification peut cependant proposer une trame commune comprenant les points d'attention qu'elle souhaiterait voir intégrer à l'exercice.

### **Zoom sur un outil méthodologique : la trame de diagnostic commune proposée par la DDETS de l'Isère**

La DDETS de l'Isère a bénéficié de l'accompagnement de l'URIOPSS Auvergne-Rhône-Alpes pour construire une grille de diagnostic commune, proposée à l'ensemble des CHRS du département et structurée selon 4 axes :

- Axe 1 - Un accompagnement adapté aux besoins des personnes accueillies,
- Axe 2 - La personnalisation de l'accompagnement, la participation et la garantie des droits des personnes,
- Axe 3 - Mise en place d'une organisation efficiente,
- Axe 4 - L'inscription des établissements et services dans la dynamique territoriale,

Les sujets proposés dans la trame constituent un tronc commun, toutefois la trame peut être adaptée – ajout de sujets, etc.

- L'autorité de gestion est légitime à définir la façon de réaliser ce diagnostic et les modalités d'association des différentes parties prenantes – l'équipe de direction, la gouvernance associative, les différentes catégories de professionnels concernés, les usagers...
- Pour un résultat de qualité, le temps nécessaire à la conduite du diagnostic ne doit pas être sous-estimé. On estime à 3 mois en moyenne le temps nécessaire entre le lancement du travail et sa finalisation – mais cela peut varier en fonction du nombre d'établissements et de services concernés, de la disponibilité des équipes...

La réalisation du diagnostic suit la logique d'un entonnoir – la réflexion balaye largement l'ensemble des sujets dans un premier temps, avant de se resserrer autour d'un ensemble de sujets qui apparaissent prioritaires à l'organisme gestionnaire vis-à-vis du CPOM et qu'elle choisit de partager avec l'autorité de tarification et de contrôle :

- Dans un premier temps, le diagnostic est un exercice réalisé en interne par l'organisme gestionnaire (on parle d'auto-diagnostic).
- Une fois qu'il fait l'objet d'une version stabilisée en interne, le diagnostic est présenté lors d'une réunion auprès des représentants de l'autorité de tarification et de contrôle, avec pour but d'aboutir à des constats partagés (on parle de diagnostic partagé), qui fonderont les discussions et les négociations sur le contenu du CPOM.

### **Un enjeu d'articulation entre le diagnostic et les outils et obligations de la loi 2002-2**

Il ressort des échanges que l'organisme gestionnaire a tout intérêt à articuler la réalisation du diagnostic CPOM avec les autres démarches d'analyse de la structure et outils de la Loi 2002-2 en particulier l'évaluation de la qualité, la (re)définition d'un projet d'établissement / de service...

L'enjeu est donc celui de faire concorder la temporalité de ces différents exercices avec celle du CPOM (d'une durée de 3 à 5 ans). Nous encourageons les organismes gestionnaires à anticiper cette question en dialogue avec l'autorité de tarification et de contrôle.

Par ailleurs, il est parfois possible pour un CHRS de mener son diagnostic et de le faire valider au titre de la démarche d'évaluation interne en accord et avec la validation de l'ATC.

Nous rappelons tout l'intérêt pour les organismes gestionnaires de s'appuyer sur les travaux et outils d'analyse interne déjà existants – évaluation, éléments de diagnostic produits dans le cadre des projets d'établissements ou de services, des démarches d'agrément, etc.

Enfin, nous recommandons d'intégrer une dimension stratégique et prospective dans la réalisation du diagnostic, et d'être en capacité de « se projeter » sur les événements qui sont possibles à anticiper pour l'établissement sur la durée du CPOM (3 à 5 ans) – ex. modification de la structure salariale sur le plan RH, investissements sur le plan immobilier...

### **La question de la mobilisation des équipes et usagers sur le diagnostic**

Le diagnostic est à la fois un défi et une opportunité en termes de mobilisation des équipes et des usagers dans sa réalisation. Beaucoup de questions ont été posées à ce sujet, et plusieurs témoignages positifs ont permis de montrer la façon dont certains organismes gestionnaires ont choisi de s'approprier cet exercice.

La question de l'association des CVS dans la réalisation du diagnostic est posée, et a été saisie par une association comme une opportunité pour améliorer le niveau de compréhension des outils de la loi de 2002-2 au sein de la structure.

L'intérêt de s'appuyer sur les travaux et outils d'analyse interne déjà existants – l'exemple d'une enquête de satisfaction menée au niveau des personnes hébergées sur la prise en charge puis partagée au niveau du CVS est cité par un établissement.

Il est nécessaire de structurer la démarche et de donner de la lisibilité aux équipes vis-à-vis de celle-ci : rétroplanning, discussion sur le sens et les attentes. Certains établissements ont fait le choix de recruter des chargés de mission sur la conduite de projet qui peuvent venir en appui sur d'autres démarches qualité (amélioration participation des usagers, etc.).

Un CHRS présent témoigne des travaux effectués pour réaliser un état des lieux qui se rapproche de l'autodiagnostic :

- réunion au niveau du CODIR (volet financier, budgétaire, RH, etc.),
- réunion au niveau des administrateurs,
- puis avec les chefs de service,
- et enfin avec les personnes accueillies dans le cadre de groupes de travail ( ≠ CVS).

### **La place du diagnostic dans le dialogue entre organisme gestionnaire et autorité de tarification et de contrôle**

Sur la base du diagnostic sera défini le contenu du CPOM – objectifs, actions, indicateurs. Il tient ainsi une place prééminente dans le dialogue entre l'organisme gestionnaire et l'autorité de tarification.

Les DDETS rappellent l'importance du suivi des indicateurs pour travailler à l'adaptation de l'offre et des remontées qualitatives de terrain. Les participants conviennent que ces outils de suivi apparaissent manquants dans certains CHRS.

## Atelier 3 : Choisir des critères et indicateurs pertinents

### RAPPEL DES INDICATEURS OBLIGATOIRES FIXES PAR L'ARRETE DU 25 OCTOBRE 2019

- Nombre de ménages sortis vers un logement ordinaire et taux de sortie vers un logement ordinaire (hors ménages à droits incomplets) dont :
  - Logement social
  - Logement privé
- Nombre de ménages sortis vers un logement adapté et taux de sortie vers un logement adapté (hors ménages à droits incomplets)
- Nombre de ménages disposant d'une demande de logement social active, rapporté au
- Nombre de ménages accueillis (hors ménages à droits incomplets) ;
- Taux de présence dans la structure au-delà d'une durée anormalement longue.

### ENJEUX :

- Le respect des indicateurs et de la cible (en %) conditionne la reprise d'éventuels excédents ;
- L'indicateur permet aussi l'auto-diagnostic ;
- L'indicateur est insuffisant en lui-même, c'est un outil interne à associer à d'autres outils, qui servira dans le cadre du dialogue de gestion avec la DDETS.

Le débat était celui du choix des critères, de la définition d'indicateurs PERTINENTS et MESURABLES, en lien avec les objectifs opérationnels.

A titre d'exemple, la durée de séjour n'est pas intéressante si elle est déconnectée d'autres paramètres. Le délai anormalement long devrait faire justement l'objet d'une mesure spécifique : quel profil psychologique par exemple ? Y a-t-il des refus de soins ? Le critère de la durée moyenne de séjour doit être explicité pour avoir un intérêt. Il faut partir d'un constat ou d'un besoin, l'indicateur doit découler du diagnostic.

### DEBATS :

- Sur la méthode de définition de l'indicateur (comment le définir ? quelle participation ?)
- Sur la limitation du nombre d'indicateurs (capacité à produire les données, mode de calcul de l'activité)
- Définition ou non de pénalité en cas de non-atteinte : les participants s'expriment en faveur de la non-application de sanctions en cas de non-atteinte. L'important est plutôt d'identifier les éventuels points de blocage et les leviers à actionner.
- Question du nombre d'indicateurs « idéal » et de leur suivi.
- Question de la pondération des indicateurs (logique de contrôle de gestion) pour les rendre comparables (au-delà de la mesure, comparer)
- Faire le lien entre le travail sur les indicateurs et le dossier informatisé de l'usager

- Tenir compte des éléments exogènes (par exemple tension sur le marché du logement) mais aussi endogènes (capacité à prendre en charge des publics spécifiques). Prise en compte, par exemple, des publics porteurs de pathologie et dont les problèmes de santé ralentissent les processus d'attribution de logement. Intégrer cet impératif dans l'indicateur car il témoigne de l'individualisation et de l'adaptation de la prise en charge.

## PROPOSITIONS

- Bon choix de l'indicateur relatif à la durée de séjour : une durée longue est un indicateur insuffisant. La réflexion intéressante, tant pour le tarificateur que pour la structure est celle de la MARGE DE PROGRESSION : idée de la **performance sociale**, du lien avec l'objectif fixé dans le cadre de l'accompagnement, de la prise en compte de certaines zones de risque. Il s'agit d'amener du qualitatif dans la lecture des bilans.
- S'approprier les notions de performance plutôt que de les imposer pour éviter les possibles dérives liées à l'exercice (logique de sélection des publics par exemple)
- Suivi des politiques publiques : si les indicateurs peuvent permettre de mettre en avant des « sorties négatives », cela peut aussi permettre de rendre visible un besoin
- Associer les indicateurs CPOM à d'autres outils de mesure (ENC, SI-SIAO) pour affiner les interprétations
- Faire le lien entre le mandat du porteur (CPOM) et la dimension de lien social : c'est la notion de valeur ajoutée pour la personne qui est au cœur du processus même si le parcours n'est pas linéaire
- Faire en sorte que le travail sur les indicateurs puisse permettre des marges de manœuvre, notamment dans le cadre de l'association de nouveaux partenaires pour la réalisation d'une action

## Atelier 4 : CPOM et transformation de l'offre

L'intérêt de cet atelier est de pouvoir replacer le CPOM dans les évolutions induites par la politique publique du logement d'abord, puisque l'obligation de signer un CPOM pour les CHRS a été mise en œuvre de façon concomitante avec le plan logement d'abord. En ce sens, la politique régionale est bien d'englober l'intégralité des dispositifs financés par le BOP 177 et non pas uniquement pour les CHRS, pour permettre cette vision stratégique.

Le CPOM est l'un des outils qui peut être mobilisé pour transformer l'offre actuelle d'hébergement (y compris l'HU ou le parc hôtelier) et d'accompagnement : c'est aussi un cadre de réflexion partagée entre associations et services de l'état sur les besoins des publics accompagnés et les réponses à ces besoins. L'enjeu de la transformation = l'amélioration de la qualité de l'offre, la meilleure réponse aux besoins.

Rapidement (car ces sujets sont travaillés dans d'autres ateliers), les points du CPOM qui soutiennent la transformation de l'offre et peuvent être utilisés en ce sens sont :

- Les diagnostics (du territoire, partagés et celui de l'association) : permet de voir comment l'association s'inscrit dans son territoire, quelles sont les éventuelles pistes d'amélioration, etc.
- Les indicateurs d'évaluation du CPOM qui peuvent permettre un suivi dans le temps et des réorientations
- Les fiches actions
- Les aspects budgétaires (vigilance et nécessité d'anticiper en amont, en se posant les bonnes questions dans la phase de diagnostic).

Les orientations favorisées par la politique du logement d'abord (que l'on retrouve dans les CPOM) s'appuient sur <sup>6</sup> :

- Le CHRS hors les murs<sup>7</sup> (faible cadrage actuellement)
- L'IML (mandat de gestion, bail glissant) : sous toutes ses formes
- Pension de famille, résidence sociale
- Autre action d'accompagnement social
- Transformation de places HU en CHRS
- Transformation de places HU ou hôtel en d'autres dispositifs.

Ces transformations doivent correspondre aux besoins des publics sur le territoire.

Au-delà, la transformation de l'offre peut aussi passer et s'inscrire dans le CPOM en valorisant l'adaptation (intégration d'une offre nouvelle médico-sociale : LHSS, LAM, ACT par ex), l'évolution de l'accompagnement (pluridisciplinarité des professionnels, nouveaux profils recrutés : GLA, CIP, plan de formation, élargissement du partenariat, etc.).

### **Des transformations souvent tournées vers l'IML et le CHRS hors les murs**

Parmi les participant.e.s et notamment ceux ayant déjà signé un CPOM ou en cours de contractualisation, les principales transformations opérées dans le cadre spécifique du CPOM portent

---

<sup>6</sup> Pour la FAS, le CPOM ne doit cependant pas servir uniquement à transformer des places qualitatives d'hébergement en IML par exemple, au regard des besoins des publics sans domicile

<sup>7</sup> [https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/10/FAS\\_-\\_CHRS\\_Hors\\_Les\\_Murs\\_20201.pdf](https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2020/10/FAS_-_CHRS_Hors_Les_Murs_20201.pdf)

sur la transformation de places d'hébergement dans le diffus en IML ou en accompagnement CHRS hors les murs. Sur ce dernier point, le CHRS hors les murs étant peu cadré, les transformations restent « à petite échelle », dans une logique expérimentale.

Est aussi soulignée l'importance du diagnostic de territoire pour engager des transformations.

**D'autres pistes intéressantes sont mises en avant :**

- De l'hébergement diffus qui glisse en logement
- Le décloisonnement des boîtes à outils et introduire plus de souplesse dans les dispositifs, par exemple, dans le Puy-de-Dôme, le bail glissant finance aussi la recherche de logement
- La transformation des pratiques en lien avec le hors les murs, l'aller-vers, les ponts avec la santé et l'emploi, etc.

L'enjeu est de favoriser des dispositifs d'accompagnement souples et réactifs pour s'adapter aux besoins des personnes, mais cela suppose :

- De rendre flexibles les « cadres » des dispositifs (par exemple, réfléchir à partir d'un volume financier et d'une file active socle, et pas uniquement d'un nombre de mesure)
- De disposer d'outils de coopération, de suivi,
- De travailler de concert en incluant les SIAO.

Il semblerait intéressant de creuser les liens entre une logique de transformation (qui peut supposer des expérimentations, des tâtonnements, etc.) et la logique du CPOM qui est davantage cadrée en fixant des objectifs sur 5 ans<sup>8</sup>.

Il est pointé que les transformations induisent un besoin de souplesse, de dépasser le cadre de chaque dispositif, les pratiques existantes, etc. tant du point de vue de l'administration que des associations.

**Les points de vigilance suivants ont été soulevés :**

- Des dispositifs foisonnant dans le secteur AHI (IML, IML renforcée, AVDL, CHRS hors les murs, etc.) qui complexifient l'orientation des publics mais aussi la transformation
- Des difficultés d'accès au logement pour les ménages à faibles ressources qui peuvent aussi rendre complexes les orientations par les SIAO : ménages à droits incomplets sans droit au logement, ménage dont les ressources ne sont pas suffisantes, etc.
- L'enjeu de passer d'une logique de dispositif à une logique de parcours des personnes

---

<sup>8</sup> L'atelier sur le pilotage et la gouvernance du CPOM permet de donner quelques pistes : avenants possibles, instances de suivi / réorientation du CPOM à mi-parcours, etc.

## Atelier 5 : Gouvernance des CPOM

*Parmi les participant.e.s, des acteurs qui en sont à des stades très divers de leur contractualisation (diagnostic, négociations, CPOM déjà signé), avec des périmètres du CPOM variables : ensemble des activités du BOP 177, seulement les CHRS, etc. Pour le Rhône, les acteurs sont même en phase de renégociation de CPOM facultatifs.*

### Le suivi et instances de pilotage du CPOM :

En interne à l'association, il est important de :

- **Bien clarifier les rôles et d'identifier une personne / un poste chargé du suivi de l'exécution du CPOM** : cette personne sera ainsi chargée d'alimenter chaque année le bilan, le suivi des fiches actions et à la fin du CPOM le rapport d'exécution (DAF, personne chargée du suivi de la qualité, etc.).
- **D'associer la gouvernance de l'association** au niveau du conseil d'administration notamment transversal.
- **Réfléchir aux fiches actions en lien avec les personnes concernées et hébergées** : certaines associations ont mis en place des groupes de travail avec des personnes accueillies pour réfléchir sur le CPOM et les fiches actions mises en place. Les personnes accueillies peuvent également faire partie du comité de pilotage du CPOM.

Pour suivre le CPOM, il est intéressant de mettre en place **deux « instances » avec les services de l'Etat** :

- Une instance « technique » de suivi avec des points annuels avec les autorités de tarification
- Un niveau plus stratégique pour les temps formels (type comité de pilotage)

A mi-parcours, un rendu formel doit être effectué, avec la remise d'un rapport d'exécution du CPOM.

La DREETS indique qu'elle peut être présente à la demande des DDETS au démarrage des négociations du CPOM ou en appui au cours du CPOM. Le préfet de région est l'autorité de tarification pour toutes les activités tarifées, et la signature du préfet de département est adjointe pour les activités subventionnées.

### Affectation des résultats et suivi administratif

Pour faciliter ce suivi, il faut définir au sein du contrat les documents qui sont demandés. Le compte administratif sera nécessairement transmis, en revanche les budgets prévisionnels peuvent être allégés et ces modalités sont à stipuler au niveau du contrat : par exemple la DDETS du Rhône ne demande plus de BP depuis la mise en place des CPOM.

Une fois en CPOM, les deux parties travaillent sur une base budgétaire négociée avec une clé d'évolution. Il n'est pas prévu de mener une procédure de BP classique avec échanges contradictoires.

Une association du Rhône explique ainsi qu'à chaque fin d'année, sont négociés des avenants au CPOM et que l'affectation des excédents est également négociée à cette étape : il serait intéressant d'avoir une réelle autonomie pour l'association dans l'utilisation des excédents durant la durée du CPOM. C'est le cas dans certains départements (en Savoie par exemple) où l'affectation des résultats aura lieu à l'issue des 5 années du CPOM.

La stratégie d'affectation des résultats est importante en cours de CPOM : la liberté d'affectation veut dire que les gestionnaires sont libres du résultat, de l'excédent comme du déficit. Dans ce cadre,

il y a souvent des objectifs au niveau du CPOM, la stratégie d'affectation du résultat doit suivre ce qui est prévu dans le contrat. Si vous ne respectez le contrat, l'ATC peut revenir sur l'option de libre affectation des résultats.

### **Adapter son CPOM aux « imprévus »**

Globalement, l'allègement des démarches reste partiel, du fait également des changements de fonctionnement induits chaque année pour s'adapter aux politiques publiques non anticipées dans le CPOM et à la DRL (IML, CHRS hors les murs, etc.).

*Comment adapter / ajuster les objectifs du CPOM d'années en années, s'ils ne correspondent plus aux orientations des politiques publiques et aux besoins perçus localement ?*

- Dans ce cadre, il faut s'appuyer sur les indicateurs et proposer un avenant. Cela nécessite effectivement une personne chargée du suivi du CPOM, de la qualité, et d'orienter les dialogues avec l'autorité de tarification autour de ces enjeux.
- Un rétro-planning peut être un outil de suivi permettant d'avoir des repères dans la temporalité, en amont des étapes clés.