

ARTICLE

JURIDIQUE

L'ESSENTIEL

■ Créés il y a plus de 13 ans sur la base du volontariat, les CPOM deviennent obligatoires pour une partie importante du secteur social et médico-social.

■ Certaines souplesses antérieures sont remises en cause par un décret du 21 décembre 2016.

SECTEUR SOCIAL
ET MÉDICO-SOCIAL

CPOM OBLIGATOIRES : SE PRÉPARER AUX NOUVELLES RÈGLES DU JEU

Les lois d'adaptation de la société au vieillissement¹ et de financement de la Sécurité sociale pour 2016² et 2017³ ont prévu de rendre obligatoires les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les services de soins infirmiers à domicile et une grande partie des établissements et services pour personnes handicapées. État des lieux.



AUTEUR **Arnaud Vinsonneau**
TITRE Juriste en droit de l'action sociale, formateur, consultant, chargé d'enseignement auprès des universités de Paris 2, Paris 9 et Paris 13

Un récent décret⁴ a précisé les règles applicables en matière de CPOM obligatoires qui diffèrent sensiblement sur certains points de celles applicables aux CPOM volontaires tels que le secteur les connaissait jusqu'à présent. Compte tenu de la densité de la matière, ne seront pas abordés ici les CPOM volontaires pour une partie du secteur social et médico-social, les CPOM expérimentant de nouvelles formes de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, les CPOM nécessaires aux résidences autonomie

pour pouvoir bénéficier du nouveau forfait autonomie, ainsi que les CPOM volontaires spécifiques pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS

Sont d'abord concernés par les CPOM obligatoires les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), y compris les petites unités de vie (PUV)⁵. La loi d'adaptation de la société au vieillissement a prévu le remplacement progressif – d'ici fin 2021 – des conventions tripartites par des CPOM. Contrairement aux premières qui ne pouvaient porter que sur un établissement, les seconds peuvent être pluri-établissements.

Lorsque les EHPAD sont situés dans le même département et sont gérés par le même gestionnaire, le CPOM doit porter sur l'ensemble de ces établissements. Lorsque le gestionnaire gère des EHPAD dans d'autres départements de la région, il peut n'y avoir qu'un seul CPOM si les présidents de conseils départementaux et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) concernés sont d'accord. Avec cette même condition, le CPOM pourrait également porter sur d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé

lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.

La condition posée d'avoir un même gestionnaire a amené certains groupes privés à but lucratif à demander au gouvernement de déposer un amendement pour permettre à une personne morale de conclure un seul CPOM pour le compte des sociétés filiales qu'elle contrôle et qui gèrent des EHPAD. Le gouvernement ●●●

1. L. n° 2015-1776 du 28 déc. 2015, JO du 29, art. 58, mod. CASF, art. L. 313-12.

2. L. n° 2015-1702 du 21 déc. 2015, JO du 22, art. 75, mod. CASF, art. L. 313-12-2.

3. L. n° 2016-1827 du 23 déc. 2016, JO du 24, art. 89, mod. CASF, art. L. 313-12-2.

4. Décr. n° 2016-1815 du 21 déc. 2016, JO du 23.

5. CASF, art. L. 313-12, IV ter, A.

ARTICLE

JURIDIQUE

●●● a donné suite à cette demande et le Parlement a voté l'amendement gouvernemental en prévoyant ainsi que « la personne morale qui exerce un contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »⁶. Ces dispositions s'appliquent également lorsque la personne morale mère contrôle à titre exclusif des filiales qui gèrent chacune un ou plusieurs EHPAD dans le même département. Si, *a priori*, cela intéresse d'abord les organismes privés à but lucratif, on peut se demander si des organismes privés à but non lucratif ne pourraient pas être concernés lorsqu'ils ont créé des filiales sociétés commerciales et qu'ils en assurent un contrôle exclusif au sens de l'article L. 233-16, II du code de commerce.

Sont par ailleurs concernés par cette obligation :

- les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés ou inadaptés – notamment les instituts médico-éducatifs (IME), instituts médico-pédagogiques (IMP), instituts d'éducation motrice (IEM), instituts médico-professionnels (IMPro), instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), services d'éducation spéciale et soins à domicile (SESSAD) et centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;
- les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
- les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ;
- les centres de rééducation professionnelle (CRP) et les centres de préorientation (CPO) ;
- les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les services d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH) ;
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Si une association gère des établissements et services uniquement financés par l'assurance maladie et qu'elle est régionale, le CPOM sera régional. Si l'association est départementale, le CPOM sera départemental. Si une association gère des établissements ou services financés pour partie par l'assurance maladie et pour partie par un ou plusieurs départements – à l'image des CAMSP, FAM et SAMSAH – et qu'elle est implantée sur plusieurs départements de la région, plusieurs CPOM seront conclus – un par département –, sauf si les présidents des conseils départementaux acceptent de signer avec l'ARS un CPOM régional.

Contrairement aux EHPAD pour lesquels un cahier des charges et une trame de CPOM imposée aux gestionnaires ont été fixés par

arrêté interministériel⁷, la législation ne prévoit pas d'équivalent pour les SSIAD et les établissements et services pour personnes handicapées. De même, si les textes prévoient la sanction applicable en cas de refus pour un gestionnaire d'EHPAD de conclure un CPOM⁸, aucune sanction du même ordre n'est prévue pour les autres établissements et services.

Compte tenu de la masse de travail que représente la conclusion de ces différents contrats, le contrat est conclu pour cinq ans pour les EHPAD⁹. Il est conclu pour une durée maximale de cinq ans pour les autres¹⁰, mais il est fort probable que les autorités de tarification veuillent se caler sur cette durée maximale, sauf exception.

ÉTAPES DE LA NÉGOCIATION DU CPOM

Préparation en interne

Fin 2016, chaque directeur général d'ARS, avec les présidents des conseils départementaux de la région, aurait dû avoir arrêté des calendriers prévisionnels de passage des différents établissements ou services sous CPOM obligatoire. Que cette échéance ait été ou non respectée, à partir du moment où le calendrier est arrêté, il est publié aux recueils des actes administratifs du département et de la préfecture et est mis en ligne sur le site de l'ARS. L'information est alors publique et il appartient à chaque association de gérer sa communication en interne.

Les associations doivent également constituer une équipe projet en déterminant les différents profils des personnes ayant vocation à en être membres : quelle place pour les administrateurs, la direction générale s'il y en a une, les directeurs d'établissements ou services ou les responsables de pôles, ou encore les personnes en charge de l'évolution de l'offre, de la qualité, des questions financières, de la gestion des ressources humaines et des systèmes d'information ?

Selon la taille des associations et le choix de leurs dirigeants, cette équipe projet sera plus ou moins étoffée. Son premier travail sera de réaliser un diagnostic poussé de la situation actuelle et future du gestionnaire, de ses perspectives d'évolution, des marges de négociation. L'ampleur du travail à accomplir dépendra de la qualité des travaux déjà menés lors de la refonte ou de l'actualisation notamment des projets associatifs, des projets d'établissement ou service, des rapports d'activité, des bilans sociaux, des bilans financiers et de la démarche qualité. Quantité d'éléments peuvent déjà exister et mériteront d'être repris et retravaillés.

6. L. n° 2016-1827, préc., art. 89.

7. Arr. du 3 mars 2017, JO du 10, texte n° 22, JA n° 556/2017, p. 7.

8. CASF, art. D. 314-167-1, I.

9. CASF, art. L. 313-12, IV *ter*, B.

10. CASF, art. L. 313-12-2 et art. L. 313-11.

Pour tenter de bien négocier un CPOM, l'association gestionnaire doit d'abord faire un diagnostic précis de sa situation, avec une dimension prospective. Bien sûr, ce diagnostic doit intégrer les informations qui seront demandées par l'autorité de tarification dans le cadre du diagnostic partagé, mais cela ne saurait suffire.

Au vu des fichiers Excel envoyés par les autorités de tarification, on remarque que certaines questions de fond sont ignorées. Ainsi, l'autodiagnostic doit aborder précisément les publics qui sont accompagnés et leur évolution. Dans le champ du handicap, les informations attendues par certaines ARS abordent les différentes formes de handicap, la provenance des usagers, la durée de leur séjour dans l'institution et l'endroit où ils se rendent lorsqu'ils quittent l'établissement ou le service. Il est rare que la problématique sociale soit abordée. Or, la précarisation croissante de certaines personnes en situation de handicap n'est pas neutre en matière d'accompagnement.

S'agissant des dépenses de personnel, il est également rare que la problématique des licenciements du personnel ou celle des indemnités de départ à la retraite soient abordées. De même, certaines administrations ne demandent pas d'information sur l'effet du glissement vieillesse-technicité (GVT), c'est-à-dire l'impact de l'évolution de l'ancienneté et de la qualification du personnel.

Les fichiers Excel des autorités abordent la situation présente et passée. Or, signer un contrat sur plusieurs années, c'est évidemment se projeter. Un vrai autodiagnostic prospectif doit dresser un état des lieux précis des publics accueillis ou accompagnés, des tendances lourdes en la matière. Il doit également travailler finement la question des personnels dont les rémunérations et charges sociales et fiscales représentent entre 70 % et 90 % des dépenses de fonctionnement selon les équipements. C'est l'occasion pour le gestionnaire de se réinterroger :

- sur les départs à la retraite dans les années à venir ;
- sur le provisionnement ou non des indemnités de départ et donc sur l'ampleur du financement nécessaire pour y faire face pendant la durée du contrat ;
- sur le remplacement de ces départs et sur les types de poste à créer au regard des compétences manquantes mais nécessaires, s'inscrivant ainsi dans le cadre d'une véritable politique de gestion prévi-



sionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ;

- sur l'analyse de l'absentéisme et les actions menées pour améliorer les conditions de travail et lutter contre l'épuisement au travail et contre l'augmentation des inaptitudes au travail.

Il s'agit aussi d'essayer de mesurer l'évolution de la conflictualité au travail et son impact économique, de réduire certains coûts de remplacement dans le cadre de démarches coopératives. Mais aussi de

s'intéresser à l'état du cadre bâti, aux travaux qui seront nécessaires dans les années à venir, à la solidité financière du gestionnaire à l'aide de différents outils d'analyse financière, à la mise en œuvre des droits des usagers, des démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, ou encore à l'état des systèmes d'information, aux démarches de coopération. Même si certains gestionnaires sont sceptiques sur ce qu'ils pourront réellement obtenir au cours de la négociation du CPOM, ce travail est indispensable pour piloter toute association et ne pas s'enfermer dans une démarche de court terme ni reproduire les choix passés sans les réinterroger.

Diagnostic partagé

Les autorités de tarification envoient aux gestionnaires des fichiers Excel à remplir. Les gestionnaires doivent bien évidemment renseigner ces documents, mais ont tout intérêt à produire toutes informations utiles pour expliquer la situation actuelle et future en s'appuyant sur le travail accompli au cours de l'autodiagnostic.

Comité de pilotage

Un comité de pilotage conjoint associant autorités de tarification et gestionnaire se réunira pour examiner ce diagnostic partagé, négocier des objectifs d'évolution de l'offre et d'amélioration du service rendu et déterminer le modèle économique du CPOM qui devra être respecté par le gestionnaire.

Signature et mise en œuvre

Après avoir réuni un certain nombre d'informations et avoir organisé un certain nombre de consultations, les parties prenantes vont signer le CPOM, le mettre en œuvre et évaluer régulièrement cette mise en place. ●●●

ARTICLE

JURIDIQUE

●●● CONTENU DU CONTRAT

Le contenu du CPOM varie en fonction de l'existence d'une trame fixée ou non par arrêté, ce qui est le cas pour les CPOM imposés aux EHPAD mais pas pour ceux des SSIAD et ESSMS du secteur handicap. Il varie également en fonction des règles tarifaires applicables. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2017, les EHPAD sont contraints d'appliquer de nouvelles règles de tarification, qu'ils aient ou non signé un CPOM¹¹, ainsi qu'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Pour le champ du handicap, la réforme tarifaire est en cours de préparation dans le cadre du groupe de travail Serafin, tandis que pour les SSIAD, cette réforme est bloquée depuis des années. Pour ces établissements et services, l'EPRD ne sera applicable qu'après avoir conclu le CPOM.

Les différents gestionnaires devront être attentifs au niveau d'activité sur lequel ils s'engagent et sur la façon de compter cette activité. Faute d'atteindre le niveau convenu contractuellement, l'autorité de tarification pourra en tirer des conséquences financières défavorables au gestionnaire. Le CPOM peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon les modalités fixées¹².

Le CPOM comporte un volet financier qui fixe, par groupe fonctionnel ou par section tarifaire selon la catégorie d'établissement ou de service, et pour la durée du contrat, 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'actualisation des dotations régionales limitatives de crédits de l'ARS ou d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité départementale ;
- en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation ;
- en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme¹³.

Il ne faut donc pas se tromper sur la bonne base budgétaire et sur la clé d'évolution des moyens. Si plusieurs établissements ou services sont couverts par le CPOM, une dotation globalisée commune peut être fixée. Avant le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016, le gestionnaire, sans avoir à demander l'autorisation préalable, pouvait procéder en cours d'exercice à des réallocations de ressources entre établissements ou services par le biais de décisions budgétaires modificatives dès lors qu'il respectait l'enveloppe globale et la nature des financements. C'était l'une des souplesses reconnues au CPOM.

DEPUIS LE

1^{er} janvier 2017,

les EHPAD sont contraints d'appliquer de nouvelles règles de tarification, qu'ils aient ou non signé un CPOM, ainsi qu'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Depuis ce décret, ces décisions sont soumises à l'approbation préalable de l'autorité de tarification¹⁴. Plusieurs associations nationales et fédérations du secteur ont contesté ce point lors

des concertations préalables à la sortie du décret et ont récemment formé un recours gracieux auprès du Premier ministre sur cette question ainsi que sur celle de la reprise de résultats. Compte tenu de ces nouvelles règles, si certaines réallocations de ressources entre ESSMS peuvent être identifiées lors de la négociation du contrat, elles auraient tout intérêt à figurer dans ce dernier, évitant ainsi à avoir à demander une approbation préalable pour celles-ci une fois le contrat conclu.

Le CPOM peut également intégrer, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. L'autorisation des frais de siège social est effectuée dans le cadre du CPOM lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire¹⁵.

Pour que le gestionnaire privé ait la possibilité d'affecter librement les résultats des ESSMS dans le respect des règles prévues par la réglementation, celle-ci doit être expressément prévue par le CPOM¹⁶. Les gestionnaires devront également être attentifs à la rédaction des objectifs et des indicateurs d'évaluation retenus, ainsi qu'aux clauses de révision du contrat en raison de la mouvance de l'environnement juridique. À noter que pour les EHPAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le CPOM vaut « convention d'aide sociale »¹⁷.

Négocier un CPOM suppose, pour une association, d'être fixée sur sa stratégie d'évolution à moyen terme, sur son modèle économique et ses marges de manœuvre actuelles et futures, ainsi que sur la nécessité de faire culture commune notamment entre les directeurs d'établissements et services qui vont être concernés par le même CPOM. C'est aussi prendre conscience que négocier un CPOM suppose un minimum de temps et que face à des autorités de tarification qui ont leurs propres échéances, mieux vaut anticiper et travailler dès maintenant sur le sujet. Tandis que nombre d'associations sont déjà bien avancées, fortes de l'expérience passée en matière de CPOM volontaires, d'autres découvrent l'ampleur de la tâche à réaliser. ■

11. Décr. n° 2016-1814 du 21 déc. 2016, JO du 23.

12. *Ibid.*, art. 5, II ; CASF, art. L. 313-12-2, art. R. 314-160 et art. R. 314-174.

13. CASF, art. R. 314-40.

14. CASF, art. R. 314-231.

15. CASF, art. L. 313-12, art. L. 313-12-2 et art. L. 314-7, VI.

16. CASF, art. R. 314-235.

17. CASF, art. L. 313-12, IV *ter*, B.