



EHESP

Inspecteur d'action sanitaire et sociale

Promotion : **2009/2011**

Date du Jury : **mars 2011**

**Enjeux autour des différents outils de
contractualisation applicables aux
EHPAD : l'exemple de la Seine et
Marne**

Sandra CORROY

Remerciements

Je remercie Md Cadot, Inspecteur principal de la délégation territoriale de l'Agence régionale de santé de Seine et marne, pour son soutien et sa disponibilité dans le cadre de ce mémoire.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professionnels qui m'ont reçue et m'ont consacré du temps.

Mes remerciements vont aussi aux Inspecteurs d'action sanitaire et sociale du 77 pour m'avoir associée à certains de leurs travaux.

Sommaire

Introduction	1
Chapitre 1 : La contractualisation se généralisant : une autre gouvernance voulue dans le secteur médico social	6
Section 1 : Une nouvelle gouvernance du champ médico social à questionner.....	6
A) Le contrat : un mode d'action publique privilégié mais non sans ambiguïté	6
a) De la contractualisation au contractualisme	6
b) Le CPOM et la convention tripartite : des interrogations sur la relation établie entre les parties.	8
c) Le CPOM et la convention tripartite : leur caractère administratif questionné ..	9
B) Une évolution du secteur médico social sur l'exemple du sanitaire	10
a) Le CPOM sanitaire : des imprécisions sur sa nature à l'image de son alter égo du médico social.....	11
b) Le médico social : une construction à l'image du sanitaire dans le domaine contractuel	12
c) Des similitudes entre le CPOM sanitaire et son alter égo du médico social ...	13
Section 2 : Le CPOM : l'outil aux caractéristiques qui tendent à s'imposer dans le secteur médico social	17
A) Un contrat en pleine expansion dans les textes et les pratiques	17
a) Une multiplication des textes ayant trait au CPOM : une volonté d'application large de cet outil	17
b) Un formalisme accru dans le contenu du CPOM	19
c) Le CPOM : une méthodologie de plus en plus construite	22
B) Le CPOM : une gouvernance des établissements voulue plus performante...	23
a) Une gestion par la performance affirmée	23
b) Un objectif de recherche de la qualité peu détaillé.....	25
Chapitre 2 : Le remplacement de la convention tripartite par le CPOM : des difficultés à prévoir, des solutions à rechercher	26
Section 1 : La convention tripartite : un outil se démarquant du CPOM, entre autre, sur le plan de la gouvernance des établissements.....	26
A) La convention tripartite : un outil aux particularités à mettre en avant	26
a) Le terme de contrat non utilisé	26
b) Un public spécifique nécessitant une prise en charge adaptée	27

c) Une visite de reconventionnement plus approfondie qu'un dialogue de gestion .	
29	
B) La convention tripartite : gouverner les EHPAD selon un objectif de qualité...31	
a) La gestion par la performance : un aspect inexistant dans les conventions tripartites	31
b) Un travail approfondi sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge	33
Section 2 : L'application du CPOM aux EHPAD : de multiples problèmes à résoudre ..	35
A) Les CPOM signés dans le champ du handicap : des contrats perfectibles	35
a) Un diagnostic préalable souvent non réalisé	35
b) L'IASS : un rôle majeur à développer dans la négociation, la construction et le contrôle du CPOM	37
c) Prendre en compte les caractéristiques particulières du tarifificateur qu'est le CG : une nécessité	39
B) Le CPOM : une application complexe et non encore envisagé dans le secteur des personnes âgées dépendantes	41
a) Une convention tripartite très appréciée par à un secteur difficilement adaptable au CPOM	41
b) Le CPOM appliqué aux EHPAD : un dispositif à créer face aux incertitudes actuelles.....	44
c) Le regroupement : une option à envisager pour recomposer l'offre à destination des personnes âgées dépendantes	45
Conclusion	51
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADAPEI : Association Départementale d'Aide aux Parents et Amis enfants et Adultes handicapés
ANAP : Agence Nationale pour l'Appui à la Performance
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico sociaux
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CE : Conseil d'Etat
CESAP : Comité d'Etude et de Soins Aux Polyhandicapés
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CPOM : Contrat Pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRP : Centre de réadaptation professionnelle
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DT ARS : Délégation Territoriale de l'ARS
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
ESMS : Etablissements Sociaux et Médico Sociaux
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FEGAPEI : Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico Sociale
GIR : Groupe iso ressource
GMP : GIR moyen pondéré
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IASS : Inspecteur d'Action Sanitaire et Sociale
ICALIN : Indice Composite d'Activité et de Lutte contre les Infections
IME : Institut Médico Educatif
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Programme régional de santé
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
SESSAD : Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UGECAM : Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance maladie
USLD : Unités de Soins de Longue Durée

Introduction

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est né le 2 janvier 2002 dans l'indifférence la plus totale, d'autant qu'il est alors présenté comme une base de coopération facultative. A compter de l'année 2005, l'Administration centrale fera de cet outil l'un des chevaux de bataille dans le grand plan stratégique de restructuration et de concentration du secteur. Le contrat, dans le médico social, n'était pas une nouveauté. En effet, les organismes gestionnaires des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont l'obligation de conclure une convention pluriannuelle tripartite à partir d'un certain seuil d'activité défini en fonction du groupe iso ressource moyen pondéré (GMP>300), ceci depuis la loi du 24 janvier 1997. La contractualisation s'impose comme un nouveau mode de régulation. Dans ce mouvement général, le CPOM prend une place de plus en plus importante. La loi du 21 juillet 2009 (Hôpital patient santé territoire) le rend obligatoire pour les établissements et services sociaux et médico sociaux dès le dépassement d'un certain seuil d'activité. Cette règle vaut même pour les EHPAD, effaçant à priori les conventions pluriannuelles signées. Il est attendu les textes réglementaires d'application pour connaître le seuil et de ce fait le devenir des conventions.

Dans la perspective d'évaluer l'importance de la démarche de contractualisation, la Direction générale des affaires sociales (DGAS) a lancé en juin 2008 une enquête. L'objectif précis de cette dernière consistait à effectuer un premier bilan d'étape de la politique de restructuration du secteur social et médico social au travers de la mise en œuvre de deux outils identifiés pour y parvenir : les groupements de coopération sociale et médico sociale d'une part et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens d'autre part. Au total 152 CPOM ont fait l'objet d'une remontée, l'ensemble de ces derniers étaient en cours¹. Ils ont majoritairement une assise départementale. Seuls 7 ont été engagés par des gestionnaires publics. Ces 152 contrats concernaient 809 établissements sociaux et médico sociaux, 61% avaient été signés dans le secteur des personnes handicapées. La priorité des CPOM se traduit surtout par la mise en œuvre d'une meilleure régulation budgétaire et d'une optimisation de l'emploi des fonds publics, avec comme buts principaux la restructuration et les redéploiements. En termes organisationnels, les finalités principales sont la réorganisation des structures, la recherche de mutualisation fonctionnelle et le développement d'une démarche qualité.

¹ DGAS., Rapport d'analyse des résultats de l'enquête « Politique de contractualisation et de restructuration du secteur social et médico social : bilan 2007-2008 », 15 pages.

L'ensemble de ces trois derniers axes doit permettre une synergie dans la perspective d'une volonté affirmée d'une meilleure prise en charge de l'usager. Le rapport fait état de carence, au niveau des objectifs, sur les aspects de la gestion des ressources humaines et de la professionnalisation des personnels. Il attire l'attention sur le fait que l'ajustement du fonctionnement et des coûts de la structure ne devait pas se traduire par une diminution de l'activité de celle-ci. Enfin, seuls deux CPOM avaient été signés dans le domaine des personnes âgées.

Le CPOM est donc voulu comme un outil de référence, aussi bien dans le sanitaire, le social que le médico social. Or, sa mise en œuvre concrète est récente. L'IASS n'a pas encore acquis une expérience importante sur ce point. Il est obligé d'inventer, tout en restant dans le cadre légal, et il tente de répondre au mieux à des questionnements sur sa construction. Ce contrat n'est pas stabilisé sur le fond et sur la forme. Son apparition dans le secteur des personnes âgées dépendantes donne lieu à davantage de zones d'ombres, que l'Inspecteur participera à éclairer. En Seine et Marne, le CPOM a été évolutif et aucune réflexion n'est encore menée sur son application aux EHPAD. D'autre part, l'apparition des Agences Régionale de santé (ARS) modifie la vision et les perspectives de cet outil. En dehors du fait que le directeur de ces dernières signe, lui-même, un CPOM avec le ministre de la santé, ce dispositif est prôné pour accompagner cette régionalisation et la gestion des structures sanitaires et médico sociales. Ainsi, des changements sont déjà en cours sous l'impulsion de l'ARS Ile de France avec une maquette type et une future méthodologie commune. L'IASS en Délégation Territoriale (DT) doit s'adapter, tout en étant force de propositions, en prenant en compte les enjeux locaux et en restant l'interlocuteur ressource pour les acteurs de proximité. Il doit parvenir à articuler ce contrat avec d'autres procédures, à savoir l'Inspection, les Groupements de coopération sociale et médico sociale (GCSMS), les évaluations à la charge des établissements... Le CPOM nécessite donc de mobiliser des compétences juridiques, de gestion financière, d'adaptabilité, d'innovation, de coordination...

En Seine et Marne, 10 CPOM ont été conclus exclusivement dans le secteur handicap. 2 sont en cours. Le champ des personnes âgées dépendantes n'apparaît pas prêt à intégrer ce mode de contractualisation, une seule demande a été déposée par un groupe privé lucratif, mais sans effet par la suite. De manière parallèle, le ministère des affaires sociales présente le CPOM comme un nouveau contrat de confiance, entre les pouvoirs publics et les gestionnaires, basé sur une volonté commune de concilier une gestion moderne avec l'efficacité sociale².

² Plaquette du ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, « Le CPOM Un contrat de confiance pour une gestion moderne, solidaire et efficace. »

Il doit donc avoir un effet notable sur la gouvernance des établissements. Entre la réalité locale et la promotion faite de cet outil à l'échelon national, une question se pose quant à son avenir en Seine et Marne :

Dans quelle mesure l'application du CPOM aux EHPAD de Seine et Marne sera-t-elle un facteur d'amélioration de leur gouvernance ?

Découlent de cette interrogation trois grandes hypothèses :

- Le mouvement de contractualisation, dans lequel s'inscrivent les CPOM et les conventions tripartites, serait un moyen pour améliorer la gouvernance des structures.

Cette évolution ne s'opère t-elle pas au détriment de la convention tripartite ?

Or, n'y a-t-il pas un aspect de la gouvernance privilégié à travers le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ?

- Les conventions tripartites se distingueraient du CPOM dans le cadre des incidences sur cette gouvernance

En quoi ces conventions s'éloignent-elles de la logique des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ? Quels sont leurs atouts face à ce contrat plus récent ? Impactent-elles, de la même manière que le CPOM, la gouvernance des structures ?

- Appliquer le CPOM, comme il est conçu aujourd'hui, au champ des personnes âgées dépendantes, paraît complexe et nécessite, en tout état de cause, des évolutions de cet outil et du secteur.

Les CPOM, signés actuellement avec les gestionnaires d'établissements pour handicapés, ne doivent-ils pas connaître des ajustements ? Ne faut-il pas les enrichir, en partie, du contenu des conventions tripartites, à savoir surtout la priorité donnée à la qualité de prise en charge ? Malgré sa démocratisation, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait-il l'objet des précisions techniques et juridiques suffisantes pour être conclu au mieux et répondre réellement à ses objectifs ? Face au développement de la contractualisation, les missions de l'IASS ne sont-elles pas destinées à changer ? Le secteur des EHPAD se prête t-il à l'utilisation de cet outil ? Entre autre, comme cofinanceur incontournable, le CG pourra t-il participer aussi activement que dans le cadre des conventions tripartites ? Si l'application du CPOM à ce domaine s'avère infaisable, quelles sont les options possibles pour faire évoluer l'offre de prestations aux personnes âgées dépendantes ? Finalement, ce changement de mode contractualisation, voulu par les pouvoirs politiques, est-il souhaitable ou contraint ?

La problématique posée m'a conduite à employer plusieurs méthodes d'investigations, pour tenter d'apporter une réponse. Tout d'abord, j'ai effectué une recherche théorique et historique sur les outils de contractualisation, surtout dans le médico social. Cette étape m'a permis d'étudier les textes législatifs et réglementaires, mais aussi, via internet, d'analyser l'utilisation actuelle des CPOM et des conventions tripartites, à travers des exemples sur le territoire national. Puis sur mon lieu de stage, j'ai comparé 5 CPOM³ sur le champ du handicap et 8 conventions tripartites, à travers une grille d'observation. J'ai tenté de couvrir la diversité possible de ces contrats par le biais des statuts différents des structures, du nombre d'établissements concernés... J'ai aussi mis en parallèle 3 CPOM sanitaires avec ceux du médico social, en choisissant des gestionnaires des deux types de secteurs. J'ai rencontré 6 directeurs d'EHPAD, 2 appartenant au champ du public, 2 du privé associatif et 2 du privé lucratif⁴. Je me suis entretenue avec 2 directeurs d'établissements rentrant dans le périmètre d'un CPOM, mais aussi 3 directeurs généraux d'associations signataires d'un tel contrat⁵. L'objectif était de recueillir différents points de vue en fonction du niveau hiérarchique. Pour pouvoir décrypter le processus mis en place pour élaborer un CPOM et celui pour construire des conventions tripartites, j'ai participé à 2 dialogues de gestion, à la négociation d'un CPOM et à un reconventionnement d'EHPAD. J'ai interrogé, de manière informelle, les IASS concernés en DT ARS 77 et l'inspecteur, à l'ARS Ile de France, en charge de ce domaine. Le but était de connaître au niveau régional la politique affichée sur la contractualisation. J'ai aussi étendu mes investigations au Conseil Général (CG), face aux difficultés de participation de ce dernier à la signature de CPOM dans le 77, mais aussi pour sa place importante dans les conventions tripartites. Enfin, aucun CPOM n'ayant été négocié en Ile de France avec des EHPAD, j'ai obtenu un entretien avec le CG de Chartres et la Fondation, futures parties d'un tel contrat. La finalité était d'approfondir les problèmes rencontrés et la mise en œuvre de cet outil novateur sur ce champ.

La problématique, confrontée aux données conceptuelles et locales, permet d'aboutir à une réflexion organisée en deux parties. Dans un premier chapitre, nous montrerons qu'il existe un mouvement de contractualisation dans lequel le CPOM s'impose. Cette nouvelle façon de gouverner le secteur social et médico social impacte la gestion des établissements. Dans un second chapitre, nous mettrons en avant que la convention tripartite se démarque du CPOM, entre autre, sur l'aspect de ses effets sur la gouvernance. De ce fait, l'application du CPOM au champ des personnes âgées dépendantes pose question, d'autant que celui signé aujourd'hui dans le handicap est à améliorer. De plus, le domaine des EHPAD présente des particularités à ne pas ignorer.

³ Grille d'observation des contrats en annexe 1

⁴ Exemple de grille d'entretien en annexe 2, la grille de base a été adaptée à chaque entretien

⁵ Tableau d'activités en annexe 3 et extrait de la grille de lecture des entretiens en annexe 4.

Le CPOM est donc à adapter. Ainsi, dans cette seconde partie, l'ensemble de la deuxième section sera consacré aux propositions pour faire évoluer l'outil actuel, en tenant compte de ses inconvénients et du secteur auquel il doit être étendu en Seine et Marne.

Chapitre 1 : La contractualisation se généralisant : une autre gouvernance voulue dans le secteur médico social

Le développement des contrats dans le médico social a des conséquences sur la gouvernance, ceci à deux niveaux. Tout d'abord, la littérature professionnelle se pose la question d'un nouveau mode d'administration par les pouvoirs publics dans le champ médico social. D'autre part, les gestionnaires d'établissements sont impactés sur leurs modes de direction. Il est à souligner que cette contractualisation se démocratise surtout à travers un outil, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Section 1 : Une nouvelle gouvernance du champ médico social à questionner

Le médico social est marqué, comme tous les autres secteurs d'activité dans lesquels officient les autorités publiques, par une contractualisation grandissante. De manière générale, ce mouvement questionne sur la nature juridique des dispositifs utilisés. Il en est ainsi pour les CPOM et les conventions tripartites signés dans ce domaine. La même problématique s'était déjà posée dans le sanitaire. Une transposition des règles contractuelles de ce secteur vers le médico social s'opère donc.

A) Le contrat : un mode d'action publique privilégié mais non sans ambiguïté

L'essor du contrat interroge sur sa qualification. Ces questionnements sont justifiés pour les CPOM et les conventions tripartites.

a) De la contractualisation au contractualisme

Tout d'abord, il faut s'intéresser, sur le plan sociologique, aux incidences du développement de la contractualisation sur la manière utilisée par les pouvoirs publics pour diriger. La notion de contrat se réfère à un partage renouvelé des décisions.

Celle de gouvernance, plus normative, se caractérise par : « un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions pour atteindre des buts propres, discutés et définis collectivement dans des environnements fragmentés, incertains »⁶. En associant ces deux définitions, une préoccupation apparaît. Le processus de construction sociale des politiques publiques doit assurer une cohérence globale de l'action administrative, une agrégation entre les acteurs et leurs intérêts. Il est nécessaire alors d'avoir un pilote pour y parvenir, rôle attribué à l'Etat. La tâche des autorités publiques est de déterminer la situation, d'identifier les principaux intéressés et d'établir entre eux des relations efficaces afin de coordonner leurs pratiques et d'obtenir des résultats. La contractualisation et la gouvernance ont pour objectif commun d'insuffler une imbrication optimale des politiques. La mission de l'administration est de baliser les ajustements mutuels entre acteurs et de guider la fabrication des conventions. Enfin, l'objectif de cohérence nécessite une troisième fonction de l'Etat, celle de créer un référentiel global qu'utilisent les acteurs. L'ensemble aboutit à un modèle avec deux exigences, à savoir l'association des destinataires à l'élaboration des normes et le recours à des procédés informels d'influence et de persuasion. Les contrats se définissent plus aujourd'hui par le processus qu'ils impulsent que par les engagements juridiques qu'ils matérialisent. Cette nouvelle donne est critiquée pour deux raisons, la longueur des procédures de repositionnement des parties et l'instabilité des accords trouvés d'une part, l'opacité d'autre part. Cette dernière porte autant sur les circuits de transactions que sur le contenu de leurs résultats. Les négociations sont asymétriques, profitables à certains intérêts et défavorables à d'autres.

Face à cette multiplication des démarches contractuelles, des auteurs parlent, au-delà de la contractualisation observable, de contractualisme⁷ idéologique. Ils désignent un phénomène politico juridique qui consiste, en premier lieu, à voir des contrats dans de nombreuses relations en apparence étrangères à l'idée d'accord de volonté, et en second lieu, à introduire effectivement, ce mode de gestion dans des domaines où il n'avait pas pénétré antérieurement. Ils font référence également à l'idée selon laquelle l'échange contractuel serait la forme la plus achevée du lien social et aurait vocation à se substituer partout aux impératifs unilatéraux de la loi. Peu importe les doctrines, les réflexions aboutissent toutes à deux questions liées entre elles, à savoir si les actes créés sont des contrats administratifs, et par voie de conséquence des contrats.

⁶ Massardier G., 2008, *Politiques et action publique*, Paris : Armand Collin, page 83.

⁷ Dupuis G., Guédon M.J., Chrétien P., 2006, *Droit administratif*, 10^{ème} édition, Paris : Sirey Université, pages 452 à 454.

- b) Le CPOM et la convention tripartite : des interrogations sur la relation établie entre les parties.

La nature réelle des contrats administratifs est un débat large. Ce mode d'action tire sa force contraignante du principe d'autonomie de la volonté⁸. Si une des deux parties peut remettre en cause les obligations nées, tout le mécanisme est faussé. Dans ce sens, le professeur Péquignot estime que le contrat administratif donne naissance à une situation intermédiaire entre une relation contractuelle et statutaire. Pour J. L'Huillier, si l'administration a un pouvoir de modification unilatérale, il faut en déduire que ce type de contrat ne tient pas lieu de loi aux acteurs en présence, ce qui amène à douter de son caractère opposable. Une illustration peut être apportée au niveau des conventions tripartites des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le Conseil d'Etat a, dans un arrêt du 21 janvier 2000, décidé que cette convention n'avait pas une valeur juridique contraignante à l'égard des autorités de tarification, mais que s'agissant, notamment du tableau pluriannuel d'évolution des effectifs annexés, elle ne constituait qu'un moyen de planification indicatif. D'autre part, elles n'ont pas été qualifiées de contrat par la loi. D'ailleurs, selon G Péquignot, ce type d'acte s'analyse comme le croisement de deux engagements unilatéraux sans véritable échange de consentement. Il est donc possible de douter, pour les conventions tripartites, de la réalité du lien contractuel. A la différence de ces dernières, il n'existe pas de jurisprudence remettant en cause le caractère contractuel du CPOM médico social. Or, le législateur a entendu formellement recourir à cette démarche en cette matière. En effet, l'article L313-11 du code de l'action sociale et des familles (CASF), édicte que ces « contrats fixent les obligations respectives des parties signataires ».

Enfin, on peut même s'interroger sur l'existence d'un troisième mode d'action des pouvoirs publics. La prédominance de la logique de la négociation aboutit à ce que l'administration utilise des procédés de plus en plus variés. Ces derniers sont difficiles à catégoriser à travers les deux manifestations classiques de l'administration : acte administratif unilatéral et contrat administratif. Didier Truchet nomme ses décisions comme étant des « mesures d'orientation »⁹. Parfois, elles n'atteignent pas le degré de normativité qui en ferait des actes juridiques, parfois leur apparence contredit leur véritable nature.

⁸ Dans le droit privé, le contrat est défini, selon l'article 1101 du Code Civil comme « une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose ». Le contrat fait naître des obligations qui, selon l'article 1134, tiennent lieu de loi entre ceux qui les ont faites et doivent être exécutées de bonne foi. Cette définition bat en brèche la notion de contrat pour les contrats administratifs, ces derniers donnant des pouvoirs plus importants à l'administration.

⁹ Truchet D., 2008, *Droit administratif*, Paris : PUF, page 280.

Beaucoup de conventions d'administration portent sur des échanges d'intention sans atteindre une précision et une impérativité qui en feraient des sources d'obligations juridiques dont la violation serait susceptible d'être sanctionnée. De même, le Conseil d'Etat (CE) alerte sur la fragilité de certains de ces actes, contenant des défauts de conception du fait de la rapidité avec laquelle ils sont imaginés tant par les partenaires sociaux que par le gouvernement ou le législateur. Dans le même ordre d'idée, le CE appelle régulièrement les créateurs de ces nouveaux outils à renoncer à appeler contrat ce qui n'en présente aucune des caractéristiques et à leur donner un autre nom¹⁰.

c) Le CPOM et la convention tripartite : leur caractère administratif questionné

L'interrogation à poser est celle de savoir si tous ces contrats peuvent être qualifiés réellement d'administratifs, question à appliquer aux CPOM et conventions tripartites. De manière générale, dans le cadre de la négociation, un déséquilibre s'opère au profit de l'administration, ce qui est un point principal de la théorie des contrats administratifs. L'existence d'un cahier des charges pour les conventions tripartites et d'instructions de la Direction Générale des Affaires Sociales (DGAS) concernant les objectifs des CPOM, ainsi que des enveloppes financières limitées, démontrent du poids des autorités publiques. En Seine et Marne, la décroissance des ressources financières ne permet pas pour 2010 le respect des engagements prévus dans les CPOM. Lors des dialogues de gestion, si la déception et le mécontentement sont présents, aucun des gestionnaires, de structures accueillant des personnes en situation de handicap, envisage de faire un recours judiciaire. Ils subissent face au contexte économique actuel et se sentent de toute façon privilégiés par rapport aux non signataires de tels contrats. Ils ne souhaitent pas non plus établir des relations conflictuelles, par la suite, avec l'Agence Régionale de Santé (ARS). Sur le terrain, l'administration garde une grande influence.

Selon la jurisprudence¹¹, la seule présence au contrat d'une personne publique ne suffit pas à qualifier ce dernier d'administratif. Ainsi, il faut commencer par rechercher si le CPOM contient une clause exorbitante de droit commun.

¹⁰ Conseil d'Etat., 2008, *Le contrat mode d'action publique et de production des normes*, Paris : La documentation française, rapport public, 397p (chapitre 12 et 13)

¹¹ Il n'existe pas de définition générale par le législateur de la notion de contrat administratif, il s'applique donc des règles jurisprudentielles. En dehors des cas où le législateur les nomme contrats administratifs, est ce type de contrat, le contrat conclu entre une personne publique et une personne privée qui soit contient une clause exorbitante de droit commun (CE 31 juillet 1912 Société des granits porphyroïdes des Vosges), soit a un objet afférant à l'exécution même d'un service public (CE 20 avril 1956 époux Bertin).

Il peut en être le cas s'il prévoit des obligations de communication de données afférentes à l'activité et à ses conditions financières. Ainsi, en Seine et Marne, dans celui signé avec l'UGECAM, il est demandé la transmission chaque année d'un rapport annuel d'étape contenant une analyse financière de la situation du gestionnaire. De plus, il est déterminé que le dialogue de gestion portera sur le contrôle d'activité réalisée au regard de celle fixée dans le contrat. La clause pourrait être de la même nature si elle prévoit un pouvoir de modification ou de résiliation unilatérale au profit de la personne publique. Dans ce CPOM UGECAM, il est écrit que l'autorité administrative peut y mettre un terme lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements analogues. Le CPOM peut également, de manière optionnelle, être un contrat administratif par son objet, à savoir la participation au service public. Le but assigné à ce mode de contractualisation, selon l'article L313-11 du code de l'action sociale et des familles (CASF), est « de permettre la réalisation des objectifs prévus par le schéma d'organisation sociale et médico sociale... la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service, ou de la coopération des actions sociales et médico sociales ». Ces trois fonctions paraissent concerner la réalisation même des activités sociales et médico sociales. Dans la mesure où celles-ci auraient trait à l'organisation et surtout à l'exécution du service public lui-même, le CPOM pourrait être reconnu administratif par son objet. Par conséquent, il serait un contrat et, de plus, de nature administrative. Dans celui conclu avec UGECAM, il est déjà nommé comme tel et il est spécifié que son contentieux relève du tribunal administratif compétent. Cependant, cette analyse n'est qu'une déduction, qui reste non fondée sur une jurisprudence ou une qualification légale. Pour la convention tripartite, le CE ne lui attribue déjà pas la qualité de contrat. Pourtant, dans celles seigneuriales, il est fait plusieurs fois référence aux engagements des parties. De même, il est inscrit que l'autorité administrative pourra à tout moment vérifier le degré de réalisation des objectifs définis. Il s'agit d'une clause qui démontre de prérogatives de puissance publique, caractéristique du contrat administratif. On peut donc en conclure que le contrat, comme mode d'action publique privilégiée, laisse aux acteurs de terrain beaucoup de points d'obscurité quant à sa qualité, qu'il conviendrait d'éclairer.

B) Une évolution du secteur médico social sur l'exemple du sanitaire

Le médico social suit les évolutions qui interviennent dans le champ du sanitaire. Cette remarque est valable pour le CPOM, celui du médico social tend à ressembler de plus en plus à son prédécesseur.

.

a) Le CPOM sanitaire : des imprécisions sur sa nature à l'image de son alter égo du médico social

Le CPOM médico social se rapproche de son alter égo sanitaire sur le plan de sa qualité juridique. En effet, la question d'un acte unilatéral caché était déjà posée pour ce type de contrat. Certains auteurs, comme Jean Barthélémy, ont pu dire : « Cette contractualisation masque mal l'unilatéralité qui domine désormais les relations entre les établissements de santé et l'Etat par l'intermédiaire des agences régionales d'hospitalisation »¹². Plusieurs points permettent de douter de l'existence d'un lien contractuel, alors que le législateur a entendu formellement recourir à ce mode de relation en ce domaine. Effectivement, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, entend marquer qu'il s'agit de véritables contrats en spécifiant qu'ils comportent des « engagements réciproques des signataires ». Cependant, d'une part, il n'existe pas de liberté contractuelle. L'article L 6114-1 du code de santé publique ne laisse guère le choix, en affirmant que l'ARS conclue avec chaque établissement de santé un CPOM. Le présent de l'indicatif ne trompe pas sur l'impérativité. En signer un est incontournable pour les structures, ceci au plus tard six mois après l'autorisation ou l'attribution d'une activité d'intérêt général, faute de quoi l'ARS fixe seule les objectifs financiers, les pénalités et les obligations relatives aux missions de service public. D'autre part, la présence de l'administration, dotée de prérogatives de puissance publique, fait douter de la nature authentiquement contractuelle. Enfin, certaines clauses ne sont pas opposables, il en est ainsi d'engagements dont la réalisation dépend de décisions d'autorités administratives, telles les dotations budgétaires de loi de financement de la Sécurité Sociale. Il faut ajouter que lors de la saisine de Conseil constitutionnel, concernant l'aspect non facultatif du CPOM prévu par la loi HPST, le gouvernement a soutenu que ces derniers traduisaient certes bien l'engagement d'une démarche contractuelle, mais n'étaient pour autant des instruments juridiques revêtant exactement les mêmes caractéristiques qu'un contrat. Ils constituent plutôt une forme moderne d'allocation des ressources publiques, conjointement déterminée par l'autorité publique et la personne chargée de la mise en œuvre de la mission.

Si on admettait le caractère contractuel du CPOM sanitaire, il faudrait ensuite s'interroger sur sa qualité administrative ou non. Se retrouvent dans ce contrat des clauses exorbitantes de droit commun qui lui donneraient cette nature. En outre, est inscrit dans ceux de Seine et Marne, un pouvoir de sanction financière en cas de non réalisation des objectifs quantifiés, droit prévu par la loi.

¹² Calmon M., juin 2002, « Contrats et procédure budgétaire Atouts, limites et perspectives », *Revue hospitalière de France*, n°486, p 7.

De même, l'ARS peut le résilier unilatéralement en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations. De plus, Laurent Richert qualifie les CPOM des Etablissements publics de santé de contrats d'encadrement visant à la programmation d'une action administrative¹³. Cet outil est privilégié car il permet de réformer en expérimentant et en faisant participer, au moins en apparence, les différents acteurs. Au niveau de la Jurisprudence, il apparaît que l'ensemble des dispositions, liées au contrat, n'est pas d'ordre contractuel. La fixation des tarifs et des budgets reste un acte réglementaire (CE 21 décembre 2007 clinique de saint Roch). Les avenants tarifaires ne font pas partie intégrante du contrat (Cass. Civ. 2, 4 mai 2004, n° de pourvoi : 02-30054). Par conséquent, à l'image du CPOM médico social, des interrogations similaires sont présentes, selon le même cheminement de réflexion. Malheureusement, malgré l'antériorité de celui sanitaire, le législateur comme la jurisprudence ne sont pas plus explicites. Si tout laisse à penser qu'il s'agit plutôt de contrats administratifs, la certitude n'est pas totale.

b) Le médico social : une construction à l'image du sanitaire dans le domaine contractuel

Au niveau des évolutions législatives du secteur médico social, un mouvement de balancier vers le sanitaire est incontestable. La loi n°75. 535 du 30 juin 1975 affichait deux objectifs principaux : coordonner les interventions et réguler les dispositifs. L'outil prévu était la conclusion de convention entre les organismes gestionnaires d'établissements et l'Etat. Un souci de rationalisation était déjà présent. Cependant, le texte était caractérisé par une souplesse car on s'accordait à reconnaître la diversité des problèmes à traiter et donc la nécessité de laisser place à la créativité et à la capacité d'initiative dans le champ médico social. Ainsi, en 1975, le médico social se démarque du domaine hospitalier, par la suite des réformes établiront un rapprochement. En 1998, suite à l'ordonnance du 24 avril 1996, Michel J Levy se posait la question de son application dans le domaine médico social. Il mettait en avant que cette politique était liée à une situation économique qui rend plus rare les ressources disponibles, à mesure même que les besoins croissent de son fait même. Il soulignait encore les spécificités de ce secteur rendent difficile l'application de cette régulation contractuelle. Particulièrement, il citait le domaine des personnes âgées, pour lequel une grande partie des coûts est supportée par l'hébergé, caractéristique à prendre en compte. Ensuite, Michel Cormier, en commentant la loi du 2 janvier 2002, fait part, que comme en matière hospitalière, le législateur a prévu la possible signature d'un contrat pluriannuel dans le médico social.

¹³ Richer L., 2008, *Droits des contrats administratifs*, 6^{ème} édition, Paris : LGDJ, p 76.

Il ajoutait qu' « il était très probable qu'il deviendrait à moyen terme une obligation afin de favoriser la mise en œuvre des objectifs du schéma régional d'organisation médico sociale et le développement des coopérations sociales et médico sociales ». ¹⁴ Il soulignait l'interaction de la législation sociale et médico sociale et de celle hospitalière allant vers une véritable unification du droit en ces matières. Enfin, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 HPST rend les CPOM obligatoires, pour une partie des EMS mentionnés par l'article L312-1 du CASF, en raison de leur taille et de leur tarification. D'après le rapport de JM Rolland concernant le projet de cette réforme : « la généralisation des CPOM est justifiée par un souci d'accélérer la structuration du secteur médico social pour lui donner une assise qui garantira sa place et son positionnement au regard des macrostructures hospitalières. L'enjeu est de permettre au secteur de peser dans ce nouvel environnement sanitaire et social décloisonné que constituent les ARS ». ¹⁵ Donc, la loi HPST consacre l'importance de ce type de contrat comme instrument de la politique médico sociale, après que leur place dans le secteur sanitaire avait déjà été renforcée suite à l'ordonnance de 1996.

c) Des similitudes entre le CPOM sanitaire et son alter égo du médico social

Une comparaison entre la définition et le contenu des deux catégories de CPOM permet de faire apparaître certaines ressemblances. Ceux sanitaires déterminent les orientations stratégiques et les restructurations des établissements sur la base du projet régional de santé (PRS) et notamment du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Ils précisent les engagements relatifs au service rendu aux patients, les conditions de garantie de la continuité des soins et les actions de coopération. Ils fixent les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds autorisés, les indicateurs de qualité de soins et ceux de maîtrise médicalisée des dépenses. Ils spécifient le cas échéant les missions de service public des établissements ¹⁶. Quant aux CPOM médico sociaux, ils doivent permettre la réalisation des axes retenus par le schéma d'organisation sociale et médico sociale, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de coopération des actions sociales et médico sociales ¹⁷. On retrouve dans les deux outils les schémas comme fils conducteurs des contrats, ainsi que les opérations de mutualisation et de regroupements liées à la planification.

¹⁴ Cormier M., juin 2003, « La nouvelle régulation du dispositif social et médico social : une transposition du dispositif hospitalier ? », *ADSP*, n°43, p 23 à 27.

¹⁵ Rolland JM., 2009, Rapport pour l'assemblée nationale sur le projet de loi du 21 juillet 2009, n°1441, tome 2, pages 278 et s.

¹⁶ Article D.6114-3 à D.6114-6 du code santé publique

¹⁷ Article L 313-11 du CASF

Il semble davantage judicieux d'étudier leurs différences pour mettre en avant leurs rapprochements¹⁸. De manière globale, il est possible de résumer la principale divergence par une plus grande normativité et rigidité des CPOM sanitaires. D'ailleurs, lors des entretiens avec les gestionnaires, dirigeant les deux types de structures, ils faisaient part, en comparant les deux contrats, de cet aspect qui pouvait être pesant. Les termes employés étaient : « rigueur de l'analyse, très normatif, quantitatif lié à l'activité ».

- Tout d'abord, il faut souligner la spécificité du secteur sanitaire avec des termes employés qui lui sont propres. Il en est ainsi des dispositions relatives aux missions d'intérêt général qui intègrent le contrat.
- D'autre part, le CPOM sanitaire concerne un établissement, celui médico social généralement un gestionnaire de plusieurs structures. Cette différence fondamentale a des conséquences. Dans le contrat sanitaire, le diagnostic est un résumé des points forts et faibles des activités de l'établissement, dans celui médico social, l'état des lieux peut être très détaillé pour chaque entité. De même, dans le CPOM sanitaire, les fiches action sont fonction des activités de soins, dans celui médico social, les objectifs sont déterminés pour le siège et pour les différentes structures.
- Sur le plan de l'autodiagnostic, dans le domaine sanitaire, les grilles régionales élaborées montrent une volonté de précision importante à travers de nombreuses questions et indicateurs. Il en est ainsi du guide d'élaboration et de négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de troisième génération créé par l'ARH Basse Normandie¹⁹. Il fait 64 pages. A titre d'exemple, la fiche n°3, traitant de la prise en charge des personnes atteintes de cancer, demande le nombre de spécialistes médicaux titulaires d'une compétence en oncologie, la quantification des patients opérés pour le cancer, le délai entre la date de l'intervention chirurgicale et la première cure de chimiothérapie, l'existence ou non d'une convention avec un centre de coordination de cancérologie... Les points investigués concernent aussi bien le personnel, les opérations, la qualité de celle-ci, le réseau, la place de l'utilisateur... Par contre, aucune grille d'autoévaluation n'a été utilisée pour l'élaboration des CPOM sanitaires en Seine et Marne. Pour celui médico social, il n'existe pas en Ile de France de référentiel régional disponible. En groupe de travail, pour l'instant, l'ARS

¹⁸ La comparaison en Seine et Marne est réalisée sur la base de CPOM sanitaires pour lesquels la réforme HPST ne s'appliquait pas, ce qui explique l'utilisation de vocabulaires disparus aujourd'hui, telles que les ARH.

¹⁹ ARH Basse Normandie. Guide d'élaboration et de négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de 3^{ème} génération. [visité le 23.08.2010], disponible sur internet : <http://parthage.sante.fr>

siège élabore une maquette de contrat type et des recommandations sur la méthodologie à appliquer lors de la négociation du contrat.

- L'étude de plusieurs CPOM sanitaires seine et marnais démontrent d'une comptabilisation, d'un chiffrage et d'indicateurs très conséquents. Par exemple, sur la qualité des soins, et plus particulièrement sur la lutte contre les infections nosocomiales, il est sollicité le score concernant l'organisation, les moyens mis en œuvre, les actions engagées, le niveau d'ICALIN et le taux d'infections du site opératoire par rapport au nombre d'interventions. Pour chaque indicateur, il est inscrit la situation actuelle, celle cible et le délai de réalisation. Il faut ajouter qu'une note du ministre de la santé et des solidarités, en date du 15 septembre 2006, concernant les éléments de méthode pour la négociation et la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sanitaires, indiquait qu'il conviendrait d'utiliser les indicateurs de suivi référencés sur le plan national, c'est-à-dire définis par la Haute Autorité de Santé (HAS)²⁰. Enfin, pour la région Ile de France, un guide d'élaboration de ces CPOM a aussi été conçu, il prévoit précisément le contenu de ces derniers. Ceux seine et marnais suivent cette présentation normée et cadrée. Elle revient à remplir des tableaux, à cocher des cases, ce qui laisse peu de place à une liberté dans la définition des objectifs. Chaque activité, rentrant dans le CPOM sanitaire, est déclinée comme telle : caractéristiques et spécificités de celle-ci, objectifs quantifiés avec une cible, les engagements généraux et particuliers et une fiche de suivi annuel. Les normes et le chiffrage ne se retrouvent pas dans les CPOM médico sociaux seine et marnais, laissant place à une plus grande marge de manœuvre quant à l'écriture et à la négociation. Pour un gestionnaire d'une association de ce secteur, « on ne peut pas copier le CPOM de son voisin. Chaque institution a son originalité et son histoire. Les objectifs sont pragmatiques et de terrain, ce qui ne permet pas d'uniformiser. » Cependant, il est loin d'être certain que ces CPOM ne connaîtront pas l'évolution de ceux sanitaires, comme le présuppose le groupe de travail au niveau de l'ARS Ile de France qui prévoit une méthodologie commune, une trame générale, ainsi que des recommandations sur les thèmes à aborder. Malgré tout, lors d'un entretien à l'Agence de Paris, il est dit que la volonté n'est pas d'aboutir à des « contrats standardisés ». Mais l'observation ne corrobore pas cette affirmation.

²⁰ Ministère de la Santé et des solidarités, *Eléments de méthode pour la négociation et la conclusion des CPOM*. [visité le 20.08.2010], disponible sur internet : www.sante.gouv.fr

- Dans les CPOM sanitaires du 77, il est fait référence de manière explicite au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et au programme régional de santé publique (PRSP). Aucune mention à des documents de planification n'est inscrite dans les contrats seine et marnais du champ médico social. Un directeur général de Fondation met en avant la carence de réelle étude de besoins, dans le schéma départemental d'actions pour les personnes handicapées 2009-2014, comme explication à cette absence. Là encore, on peut penser que le schéma régional d'organisation médico sociale (SROMS,) prenant plus de place avec les ARS, devrait intégrer le contenu des CPOM médico sociaux.
- Dans les contrats sanitaires de Seine et Marne, une résiliation unilatérale est prévue au profit de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH). Il est également envisagé des pénalités en cas de non respect des engagements contractuels. Ces clauses ne se retrouvent pas automatiquement dans la CPOM médico social. A l'inverse, il peut être suspendu généralement par les deux parties.²¹ En tout état de cause, il n'est jamais prévu de sanctions dans ce contrat.

Si aujourd'hui, on note quelques différences entre les deux contrats, l'évolution risque d'aller vers une uniformisation. En fait, les entretiens montrent que le CPOM médico social est avant tout qualitatif, qu'il pourrait gagner à être davantage quantitatif avec des critères objectifs mesurables. Cependant, celui sanitaire devrait, lui, laisser plus de place à une liberté de contenu. Malgré tout, il faut également relativiser l'application de cet outil dans le sanitaire selon sa définition et sa conception initiales. En effet, suite à l'entretien avec un inspecteur seine et marnais, qui a participé à l'élaboration des CPOM 2007/2011 conclus avec les établissements de santé, il apparaît qu'ils ne sont pas les moyens de régulation principaux. Les états prévisionnels de ressources et de dépenses, ainsi que les autorisations, sont plus utilisés dans ce sens. De même, il n'existe pas de bilan annuel comme prévu. Les structures n'envoient pas de rapports spécifiques en ce sens. Les agents de l'ARH et de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) ne disposaient pas des ressources humaines pour les honorer. De plus, les sanctions financières inscrites dans le contrat ne sont pas appliquées en tant que telle. Elles sont davantage prises via les refus d'autorisation. Le CPOM sanitaire en Seine et Marne apparaît plus comme une représentation synthétique de l'activité de l'établissement. Finalement, malgré l'antériorité de cet outil dans le sanitaire, l'imprégnation dans le secteur n'est pas si conséquente sur le terrain.

²¹ Voir pour l'ensemble de la comparaison, entre les deux CPOM en Seine et Marne, le tableau en annexe 5.

L'appropriation de ce contrat par les acteurs de santé doit encore évoluer, ce qui laisse de la marge de manœuvre pour son alter égo du médico social.

Section 2 : Le CPOM : l'outil aux caractéristiques qui tendent à s'imposer dans le secteur médico social

Le CPOM est en pleine expansion dans le champ du médico social. Il impacte la gouvernance des établissements, surtout à travers une de ses composantes principales, la volonté de développer la gestion par la performance.

A) Un contrat en pleine expansion dans les textes et les pratiques

Un formalisme et des règles plus conséquents se mettent en place au niveau de ce contrat. Cette évolution se retrouve dans l'extension du dispositif légal le concernant et dans les pratiques développées sur le terrain.

- a) Une multiplication des textes ayant trait au CPOM : une volonté d'application large de cet outil

L'article 2 de la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales privilégiait la démarche de convention. L'article 36 de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale prévoit la mise en place de CPOM dans ce secteur, ce dernier n'est pas obligatoire mais recommandé. Le décret budgétaire 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion comptable, financière et budgétaire des établissements sociaux et médico sociaux précise les modalités de la fixation pluriannuelle du budget. Il dispose que le contrat comportera un volet financier qui spécifiera les modalités de détermination annuelle de la tarification. L'ordonnance du 1 décembre 2005 n°2005-1477 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico sociaux a confirmé cette pluriannualité. L'article 7 donne la possibilité de passer un contrat d'objectifs et de moyens pour plusieurs établissements et/ou services gérés par un même organisme et dépendants de la même autorité de tarification.

Le décret n°2006-422 du 7 avril 2006 traitant de la gestion budgétaire, comptable et financière et des modalités de financement et de tarification des ESMS introduit le principe de la dotation globalisée commune, c'est-à-dire un financement de l'ensemble des dépenses autorisées des structures entrant dans le périmètre du contrat. L'association reçoit donc chaque année un seul arrêté de tarification pour tous les établissements, celui-ci fixe cette dotation globalisée et la décline, même en prix de journée, pour chaque entité. Deux circulaires, respectivement N°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006 et N° DGAS/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007, reviennent sur les modalités d'application de ces CPOM. Celle de mars 2007 autorise la signature de ce contrat avec plusieurs financeurs et autorités de tarification. En fait, elle s'attache surtout à apporter des précisions sur le plan financier. A titre d'illustration, elle répond aux interrogations suivantes : « Dans le cadre d'un CPOM, faut-il procéder à un rebasage et si oui comment ? ; Ce contrat peut-il être signé en cours d'année avec un effet durant d'exercice budgétaire ? ; Le nouveau dispositif, relatif à la pluriannualité, prévoit-il une dotation globalisée décomposée pour chaque établissement sur l'arrêté annuel de tarification ? ». En fait, à travers ces différentes sources de droit, apparaît nettement une priorisation d'explications sur les aspects budgétaires. De plus, ce déroulé de textes démontre de la volonté d'élargir les possibilités de conclure des CPOM et de les rendre négociables dans une grande majorité de situations. Enfin, de facultatif, la loi du 21 juillet 2009 HPST, a rendu ce contrat obligatoire pour les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits tirés de la tarification, des seuils qui seront fixés par arrêté (art L 312-12-2 du CASF). Ceci concerne pour partie les institutions citées dans l'article L 312-1 du CASF. Cette évolution législative est en faveur d'une généralisation de cet outil dans le médico social. D'autre part, toujours selon cette loi, par dérogation à l'obligation de passer une convention tripartite, les EHPAD et les unités de soins de longue durée (USLD), qui remplissent les conditions de taille ci-dessus décrites, selon un seuil qui sera déterminé par arrêté, devront faire l'objet d'un CPOM (art L313-12 du CASF). L'idée de loi HPST semble être de substituer ce récent contrat aux conventions tripartites. Le CPOM s'impose donc dans tout le champ médico social. Les structures pour personnes âgées dépendantes n'auront pas le choix. La seule variable sera le seuil. En fait, à travers l'évolution des textes cités plus haut, on peut noter un éloignement progressif des deux types de contrat. Or les dispositions du décret de 2003, sur la pluriannualité, s'appliquait aussi aux conventions tripartites. L'option d'alléger la procédure contradictoire, de réduire le nombre de documents à remettre à l'administration et de laisser la liberté en matière d'affectation des résultats était applicable à ces dernières.

Finalement, ces éléments n'ont pas été intégrés dans les conventions. Les règles posées ensuite pour le CPOM l'éloigne de son utilisation avec un seul établissement. Concrètement, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens n'a pas eu de succès non plus sur le périmètre de plusieurs EHPAD.

Ainsi en Seine et Marne, aucun CPOM est signé avec des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ceux du secteur handicap le sont toujours avec une association gestionnaire de plusieurs structures, par contre ils ne sont pas multi financeurs, le conseil général n'ayant jamais participé aux négociations. Il est clair que l'ARS Ile de France souhaite impulser cet outil dans le domaine des personnes âgées, ceci a été plusieurs fois exprimé en réunion d'allocation budgétaire, mais aussi devant l'ensemble des directeurs des EHPAD, invités par l'ARS siège, pour une information sur les évolutions financières en l'Ile de France.

De plus, le CPOM s'impose dans un mouvement de réformes, qui met en avant des notions également présentes dans ce contrat. Par exemple, l'arrêté du 26 février 2009, modifié par celui du 24 avril 2009, fixe les règles de calcul des tarifs plafonds pour la partie soins et les valeurs plafonds, ainsi que les modalités de convergence des EHPAD en dépassement. Cette finalité a toute sa place dans un CPOM. De même, le futur décret devant réviser la procédure de tarification de ces structures pour personnes âgées dépendantes, aurait pour objectifs de prévoir la disparition de la procédure budgétaire contradictoire, la mise en place d'une tarification à la ressource, la non reprise des déficits... Il est donc tenté d'amener ce secteur à l'adoption de cet outil de contractualisation.

b) Un formalisme accru dans le contenu du CPOM

L'article L313-11 du CASF, non encore modifié par la loi HPST, définit les CPOM. Il ajoute, dans ses alinéas 2 et 3, que ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis sur une durée maximale de 5 ans. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire classique prévue aux II et III de l'article L.314-7. Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services.

Quant à leur contenu, il est possible de se baser sur le guide méthodologique de signature d'un CPOM et le recueil de bonnes pratiques de rédaction de ce type de contrat, tous les deux disponibles sur les sites internet du ministère de la santé et du travail²². Il existe d'autre part des modèles proposés par d'importantes fondations telles que la FEGAPEI²³. Enfin, en Seine et marne, si les contrats ont beaucoup évolué et sont donc différents les uns des autres, aujourd'hui une maquette a été construite qui devrait être reprise par l'ARS siège. Là encore, cette multiplication de boîte à outils prouve le développement de ce contrat.

De manière générale, dans le préambule du CPOM, les établissements présentent rapidement les conclusions du diagnostic, leurs positions dans leur environnement, les évolutions envisagées pour mettre en œuvre les projets d'établissement et répondre aux schémas d'organisation sociale et médico sociale. Cet état des lieux doit comprendre une partie analysée sur les ressources dont dispose l'organisme gestionnaire. La confrontation, entre les orientations stratégiques et les conclusions de ce diagnostic, permettent de définir les engagements réciproques de la structure mère et des pouvoirs publics en termes de redéploiement, de réduction des coûts et d'allocation des moyens nouveaux. L'organisation des ressources humaines est aussi un point de cette étude préalable au contrat, qui doit permettre de se poser des questions de méthodes de coopération, de travail en équipe, de gestion prévisionnelle des emplois.... Enfin, le renforcement des capacités du siège social peut faire l'objet d'un développement à lui seul. Il s'agit ensuite pour les parties de définir quelques axes particulièrement importants, de les expliciter et de les formaliser pour l'action. Si les orientations stratégiques peuvent aller au-delà du terme du contrat, les objectifs en sont la déclinaison opérationnelle pour la durée de l'engagement contractuel. Ces axes fixés permettront de mettre en œuvre les projets d'établissement. Le CPOM décrit les transformations que l'organisme gestionnaire s'engage à opérer dans ses activités, son organisation et dans ses modes de coopération. Il détermine des points cibles en matière de sécurité et de qualité de prise en charge. Il détaille les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines indispensables à la réalisation du contrat. Il fixe les éléments financiers tant en fonctionnement qu'en investissement. Il précise le calendrier d'exécution et mentionne les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique. Il prévoit la tarification pluriannuelle, celle-ci repose sur un bilan, tous les ans, de l'état d'avancement du contrat. Il peut spécifier des objectifs de convergence financière interne entre établissements.

²² Adresse du site : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/social/grands-dossiers/les-etablissements-services-sociaux-medico-sociaux/les-contrats-pluriannuels-objectifs-moyens-cpom-6998.html>

²³ FEGAPEI, 2006, « Guide du contrat d'objectifs et de moyens », *Fegapei*, Paris, page 51.

Il demande la transmission des comptes administratifs agrégés chaque année ainsi qu'un rapport d'étape. Enfin, il évoque la dénonciation et la possibilité de modifier par avenant. Cette description trace de manière globale le contenu des CPOM.

En Seine et Marne, dans la maquette élaborée, on retrouve quasiment les mêmes points, cependant dans un ordre et une typologie différents. Elle est très précise sur les attentes de l'ARS, au sujet du bilan écrit, que doit réaliser l'organisme gestionnaire tous les ans. On peut, cependant, lui reprocher de ne pas faire référence aux documents de planification. En fait, si les CPOM seine et marnais ont évolué avec le temps, le premier ayant été signé en 2007, ils sont aujourd'hui plus exhaustifs sur les éléments sollicités dans le diagnostic, sur les échéanciers, les indicateurs, les engagements opérationnels... Un formalisme s'impose de plus en plus. D'autre part, si des axes d'action sont déterminés pour l'association gestionnaire, d'autres également sont inscrits pour chaque établissement. Dans cette version finalisée, utilisée pour le CPOM UGECAM conclu le 19 novembre 2009, la DT 77 parvient à définir des objectifs détaillés pour chaque entité.

- **Exemple pour le siège**²⁴

Axe 1 : Renforcer la cohérence globale de l'offre de santé

Objectif général 1 : Optimiser l'activité en nombres de journée des établissements

Indicateurs : Nombres de journées réalisées en N-1 ; taux d'occupation constaté en N-1 et durant l'année sur laquelle porte le rapport annuel ; pourcentage d'atteinte de l'objectif du taux d'occupation cible

Echéance : 2014

Ensuite, il est spécifié par établissement le taux d'occupation réalisé en 2008, celui prévu au budget 2009 et le cible pour 2014.

- **Exemple pour une structure de l'Association** (CRP : Centre de Réadaptation professionnelle)

Objectif spécifique : Développer des actions de prévention

Objectif opérationnel : Renforcer les parcours de prise en charge par un accès aux prestations d'éducation thérapeutique et de santé

Moyens : Formaliser des modules de sensibilisation et/ou d'information sur les conduites addictives, hygiène...

Indicateurs de suivi : Nombre d'actions d'information ou de sensibilisation réalisées ; mise à disposition en continu de plaquettes d'information

Echéance : en continu

De même, il est très précis sur la dotation globalisée commune et sa détermination, en déclinant son contenu en fonction des départements.

²⁴ Exemple pris du CPOM UGECAM

Il est écrit : « Sur la base des deux sous dotations, une répartition par département est effectuée sur proposition de l'UGECAM Ile de France, donnant ainsi lieu aux arrêtés départementaux, fixant le montant des enveloppes départementales. Il sera établi 8 arrêtés : 7 pour les enveloppes assurance maladie (une par département) et une pour l'enveloppe Etat (Seine et Marne). Chaque arrêté mentionnera la répartition de la dotation par établissement de telle manière que les crédits puissent être versés par n°FINESS. Ces crédits correspondent aux produits groupe 1 alloués à chaque établissement ou service et incluant chacun les frais de siège à reverser ». Le CPOM devient un document de référence permettant une transparence sur le mode de financement, les caractéristiques du siège, des structures et sur les évolutions prévues sur 5 ans.

c) Le CPOM : une méthodologie de plus en plus construite

Quant à la méthodologie, il faut renvoyer à nouveau aux guides du ministère du travail et de la santé. 5 étapes sont définies :

- Démarrage avec mise en place d'un comité de pilotage et définition d'un processus d'élaboration
- Autodiagnostic de l'Etablissement qui doit permettre un échange avec les pouvoirs publics pour définir les thèmes majeurs à décliner dans les objectifs
- Les propositions contractuelles doivent être étudiées par l'ARS, celles-ci doivent garantir une cohérence avec les priorités départementales
- Echanges, discussion et négociation : cadrage général du futur contrat avec des engagements, calendrier, moyens et modalités d'évaluation
- Consultation du conseil d'Administration pour les organismes, signature du contrat par l'ARS

L'Agence Régionale de Santé d'Ile de France proposera également une procédure commune pour élaborer un CPOM. En Seine et Marne, sur cette phase aussi, le formalisme est de plus en plus de mise. Il a été créé une trame fiche action qui permet aux structures de connaître les attentes de la DT ARS sur l'auto diagnostic. Le 77 applique le déroulé conseillé par le ministère selon les étapes successives citées. Pour le suivi, le guide national prévoit qu'il doit être annuel, concomitant avec l'examen des comptes administratifs, pour évaluer la pertinence des objectifs fixés. Le but est de réajuster en temps réel. Cette phase peut être menée par le comité de pilotage qui se transforme en comité de suivi, il prépare le dialogue de gestion annuel, lequel doit avoir lieu entre mai et octobre. Les agents de Seine et Marne se conforment à ce processus. Là encore, il a été créé un document type pour le rendu de ce bilan, dont la rédaction est à la charge de l'association siège.

B) Le CPOM : une gouvernance des établissements voulue plus performante

La caractéristique principale du CPOM est de favoriser la gestion par la performance. Face au développement de l'outil, cette particularité prend de l'importance, au détriment probablement d'une autre composante de la gouvernance, celle de la recherche d'une meilleure prise en charge de l'utilisateur.

a) Une gestion par la performance affirmée

La gouvernance est l'ensemble des mesures, des règles, des organisations de décision, d'information et de surveillance qui permettent d'assurer le bon fonctionnement et le contrôle d'une institution. La mise en management de cette notion commande l'usage de l'approche stratégique, la répartition rigoureuse des responsabilités, la recherche de la qualité, la gestion par la performance et l'instauration de l'évaluation. Face à cette définition, on peut affirmer que la substance et le contenu du CPOM impactent la manière de diriger des établissements.

En effet, un CPOM accentue le pilotage du siège sur ses entités. Par exemple, dans celui de Léopold Bellan, l'association doit assurer un contrôle de gestion interne à travers entre autres des audits ciblés, mais aussi mener une politique cohérente en matière de système d'information en construisant le schéma directeur le concernant. Lors des entretiens, les différents directeurs de structures estiment garder cependant une indépendance. Ils ont leurs propres objectifs et assurent l'organisation quotidienne de leur établissement. Cette impression est corroborée par l'avis d'un Directeur Général. Selon lui, il se doit de maîtriser uniquement deux leviers, l'investissement et la masse salariale. Les différents directeurs assurent le reste et doivent rendre des comptes quand un problème intervient. Le siège est juste renforcé.

La gestion par la performance est très développée. Les objectifs sont plus nombreux et à la charge, à ce niveau, de l'association gestionnaire. Ils concernent des mutualisations de moyens, le pilotage du siège sur les structures et une responsabilisation budgétaire.

Pour le CPOM Anne Marie Javouhey, les axes sont déclinés de cette manière :

- Mutualisation de moyens : mise en place d'un protocole d'astreinte des directeurs, d'une négociation des achats et des contrats communs aux établissements, d'une équipe dédiée à l'entretien, pour l'ensemble des structures et d'une bourse à l'emploi afin de mutualiser les besoins de personnel
- Pilotage du siège sur les structures : réorganiser les 4 SESSAD, élaborer des documents communs aux établissements afin d'établir un meilleur suivi qualitatif et budgétaire, former des comptables et des directeurs, gérer les plans de formation au siège, harmoniser les conventions collectives, la durée hebdomadaire de travail....
- Responsabilité budgétaire : Mise en œuvre de la dotation globale commune, de l'affectation libre du résultat, répartition de la dotation sur proposition de l'association....

Quant à l'instauration de l'évaluation, elle fait partie des orientations du CPOM. Mais, à ce niveau, il fait bien souvent que rappeler des obligations légales des services médico sociaux, à savoir la mise en place de l'évaluation externe et interne. A travers la conception de l'outil, la démarche d'évaluation est cependant prévue. Les fiches action établissent des indicateurs avec des échéances. De même, il est toujours institué le dialogue de gestion annuel et le comité de suivi, pour réaliser un point tous les ans sur l'atteinte des objectifs cibles.

Enfin, concernant l'usage de l'approche stratégique, c'est-à-dire, une façon d'intervenir qui permet de mener à bien une action et d'agir dans les meilleures conditions, l'association gestionnaire et les directeurs d'établissement doivent jouer un rôle essentiel dans une organisation efficiente et la réalisation d'un plan. Dans le CPOM de la Fondation Poidatz, chaque axe est décliné en un programme de mesures pour y parvenir. Ainsi, l'objectif 2 fixé au gestionnaire, à savoir la maîtrise des dépenses et une bonne gestion comptable et financière, est détaillé en trois étapes :

1. harmoniser les systèmes d'information de suivi budgétaire, comptable et financier
2. mettre en place un schéma directeur informatique et standardisé
3. rationaliser les achats via une centrale d'achats commune

En fait, les contrats les plus aboutis de Seine et Marne ont formalisé, de manière précise, la stratégie pour parvenir à honorer les engagements.

On ne retrouve pas cette manière de rédiger dans tous les CPOM. Il s'agit alors davantage d'évoquer implicitement un plan d'actions à adopter.

b) Un objectif de recherche de la qualité peu détaillé

La recherche de la qualité est présente à travers la compétence des professionnels, la conformité aux normes techniques, la transparence, la clarté du fonctionnement et la cohérence externe. Cependant, les engagements concernant cet item se retrouvent davantage au niveau des structures qu'à celui de l'institution mère. Cette responsabilité revient aux directeurs d'établissement sous le contrôle du siège. Dans le CPOM Poidatz, il appartient à la Fondation de définir la politique globale de qualité des services aux personnes, en rédigeant une charte de qualité interne, en organisant les démarches qualité... l'Institut médico éducatif (IME) Reverdi, lui, doit instaurer une gestion des ressources humaines efficiente pour que chaque salarié se repère dans l'organisation institutionnelle. Il a également pour obligation d'achever la mise en place des outils de la loi du 2 janvier 2002 et de décliner les mesures prises par le siège dans ce domaine. Il faut admettre qu'un des aspects de la gouvernance, le moins traité dans les CPOM, est cette recherche de qualité. Les objectifs sont souvent très généraux, et même pour les établissements, ils restent peu nombreux. Pour un des gestionnaires, ce domaine "est le travail de la direction, les grands axes suffisent dans le CPOM. Est-ce vraiment l'objet du CPOM de définir la qualité ?". Les directeurs généraux sont satisfaits de ce contrat, surtout pour son apport en termes d'allègement de la procédure budgétaire. De plus, ils ont l'impression d'une confiance plus importante concédée par les autorités administratives, puisqu'il leur est laissé davantage de marges de manœuvre sur le plan financier. Pour eux, à travers ces deux points, l'esprit du CPOM, selon sa conception initiale, est respecté. Sont donc priorisés, dans ce contrat, les notions de mutualisation, de responsabilisation et de pilotage du siège. Il s'agit avant tout d'accentuer la performance de gestion de la structure. Il est vrai, que de manière indirecte, une meilleure organisation permet un accompagnement plus adapté des usagers.

Le management de la gouvernance des établissements doit assurer le bon fonctionnement et le contrôle de l'institution. Il s'agit de la finalité globale. On peut conclure que le CPOM a un impact non négligeable sur la gouvernance des structures. Cependant, l'association gestionnaire remplissait déjà cette fonction en impulsant une politique de meilleure gestion de ses entités. Le contrat la légitime par écrit et s'assure de sa bonne direction. Un des responsables a pu dire que cet outil " a conforté le rôle moteur du siège".

D'autre part, il permet de prendre en compte les besoins et les attentes de l'administration, donc d'encadrer les interventions du gestionnaire. Malgré tout, pour affirmer que le CPOM parvient à son but, il faudrait pouvoir s'assurer pleinement d'une meilleure organisation des structures. Les moyens d'évaluation prévus dans le contrat suffisent-ils à répondre à cette exigence ? Les IASS sont-ils assez formés pour ce contrôle ? Il s'agit de deux remarques qui montrent les évolutions nécessaires. Celles-ci devraient intervenir avant la transposition du CPOM aux EHPAD, d'autant que la substitution de cet outil à la convention tripartite risque de multiplier les problèmes.

Chapitre 2 : Le remplacement de la convention tripartite par le CPOM : des difficultés à prévoir, des solutions à rechercher

La convention tripartite se démarque du CPOM à différents niveaux, mais surtout sur ses conséquences sur le mode de gestion des EHPAD. L'application de ce contrat plus récent au champ des personnes âgées dépendantes n'est pas simple. Il faudrait à la fois que cet outil évolue et que le secteur s'adapte à ses nécessités.

Section 1 : La convention tripartite : un outil se démarquant du CPOM, entre autre, sur le plan de la gouvernance des établissements

Des points de dissension apparaissent entre ces deux dispositifs, le plus important étant sur la manière d'aborder la recherche de la qualité.

A) La convention tripartite : un outil aux particularités à mettre en avant

La convention tripartite est différente du CPOM à plusieurs niveaux. Sa terminologie, son contenu et sa méthodologie l'éloignent de son homologue.

a) Le terme de contrat non utilisé

La première divergence entre les deux outils est la dénomination, un n'a pas le qualificatif de contrat. De ce fait, les questions se posant sur la réalité du lien contractuel pour le CPOM, sont présentes de manière accrue pour la convention.

Ainsi, selon Léon Duguit, « Toute convention n'est pas un contrat parce qu'il peut y avoir concours de volonté... qu'il n'y a pas contrat non plus, bien qu'il y ait convention, quand celle-ci a pour objet de provoquer la formation d'une situation, qui n'est pas un rapport de créancier et de débiteur ».²⁵ D'ailleurs le Conseil d'Etat, dans son rapport de 2008²⁶, propose de réserver le terme de contrat aux actes multilatéraux qui répondent aux critères du contrat administratif et à utiliser celui de convention à toutes les autres. Si dans les textes, le législateur n'a pas attribué le terme précis de contrat à la convention tripartite, dans l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le cahier des charges de celle-ci, il est employé le qualificatif « cocontractant » à plusieurs reprises. Il est ainsi écrit « que la convention doit prévoir les conditions de sa résiliation par un ou plusieurs contractants ». En fait, le mot convention porte davantage à confusion pour déterminer la nature juridique de l'acte passé. Il faut rappeler la jurisprudence qui va dans le sens de la non reconnaissance d'un acte contractuel. Dans un arrêt du 21 janvier 2000, le Conseil d'Etat a décidé que la convention tripartite n'avait pas de valeur juridique contraignante à l'égard des autorités de tarification, et que s'agissant notamment du tableau pluriannuel d'évolutions des effectifs annexé, il ne constituait qu'un moyen de planification indicatif.

b) Un public spécifique nécessitant une prise en charge adaptée

Par son objet, la particularité de la convention tripartite, face au CPOM, est de concerner un public spécifique, à savoir les personnes âgées et la prise en charge de leur dépendance. En effet, ce dispositif fait partie d'une réforme plus globale, la loi du 24 janvier 1997²⁷, qui a instauré la tarification ternaire en ajoutant une section dépendance à celles de soins et d'hébergement. Pour se voir appliquer les modifications budgétaires, les établissements devaient au préalable conclure une convention pluriannuelle avec le président du CG et l'autorité compétente en matière d'assurance maladie. Ces conventions ont pour finalité essentielle la mise en œuvre de la démarche d'amélioration de la qualité. Cette perspective globale est à la fois fonction de la nature du cadre de vie, des professionnels et de l'organisation des intervenants, qui assurent l'accompagnement dans le respect de la personne et de ses choix. Elle repose sur une transformation du fonctionnement de chaque institution, clairement définie dans le projet d'établissement, le règlement intérieur et le contrat de séjour.

²⁵ RICHER L., 2008, *Droit des contrats administratifs*, 6^{ème} édition, LGDJ : Paris, p 14 à 15.

²⁶ CONSEIL D'ETAT, 2008, *Le contrat mode d'action publique et de production des normes*, Paris : la documentation française, 397p.

²⁷ LOI n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel, n°21 du 25 janvier 1997, p. 1280

L'évolution de la prise en charge de l'utilisateur sera entre autre appréciée aux regards des actions menées pour aider la personne à conserver un degré maximum d'autonomie sociale, physique et psychique. La convention déterminera les efforts à consentir, à la charge de chaque partie, pour atteindre graduellement ces objectifs. Par conséquent, le domaine d'application, ainsi que le contexte dans lequel ces contrats sont intervenus, relèvent d'une particularité à souligner. Il s'agit de conditionner l'habilitation à accueillir des personnes âgées dépendantes et de leur offrir un meilleur accompagnement. Du côté des CPOM, sont prônés la restructuration de l'offre médico sociale et un allègement de la procédure budgétaire. Les textes, encadrant ce contrat, traitent avant tout des aspects financiers, tels la dotation globalisée commune, la libre affectation du résultat...

Dans le même ordre d'idée, à la différence du CPOM, ces conventions sont assorties d'un cahier des charges national en matière de qualité de prestations, ayant une force juridique puisqu'édicte par arrêté.²⁸ Qui plus est, le rapport d'Alain Milon sur le projet de loi du 21 juillet 2009 HPST²⁹, met en avant que « les CPOM ne peuvent uniquement constituer un instrument de régulation budgétaire. Il doit exister une nécessaire prise en compte d'objectifs qualitatifs dans ces contrats ». Si les aspects financiers ne sont pas absents de la convention tripartite, l'amélioration des prestations offertes aux personnes âgées prédomine dans les textes. Le mouvement inverse caractérise les CPOM. Dans le contenu, la convention tripartite doit intégrer :

- Des recommandations visant à garantir la qualité de prise en charge
- Des recommandations relatives à la qualité de vie des résidents
- Des recommandations relatives à la qualité des relations avec la famille et les amis
- Des recommandations concernant la qualité des personnels exerçant dans l'établissement
- Une inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique

Elle présente également les principales données sur la situation actuelle de l'EHPAD, les places, les effectifs, la répartition de la population accueillie selon le Groupe Iso Ressource (GIR)... Elle contient aussi les informations permettant de caractériser l'évolution à opérer, à savoir un plan pluriannuel des investissements mobiliers et immobiliers et un échéancier prévisionnel sur 5 ans. Les modalités d'évaluation du projet doivent être déterminées. Enfin, elle précise l'option tarifaire, les principes généraux de la tarification, la résiliation et le renouvellement.

²⁸ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, p. 6256.

²⁹ Milon A., 2009, Rapport au Sénat n°380 sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, 1^{er} tome.

Les conventions tripartites de Seine et Marne respectent ces dispositions. Finalement, si l'aspect budgétaire est présent, l'esprit de la loi de 1997 est de le faire rentrer au service de l'amélioration de l'accompagnement de l'utilisateur.

D'ailleurs, il faut souligner que la prise en charge spécifique à laquelle la convention est destinée apparaît aussi à travers la détermination du budget selon trois sections étanches. De nombreux textes ponctuent cet aspect depuis 1997, le premier étant le décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié par celui n°2001-388 du 4 mai 2001 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD. Plus récemment, est intervenu en 2009 un arrêté fixant les règles de calcul des tarifs plafonds. D'autre part, un certain nombre de circulaires concerne également le sujet, comme celle DGAS/SD/2C n°2006-518 du 6 décembre 2006 traitant les formations à l'utilisation de l'outil PATHOS dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Une complexité de calcul est présente avec des notions de GMP, GMP soins, PMP... mais aussi des formules à appliquer pour vérifier l'atteinte ou non du plafond de l'octroi de ressources... Toutes ces dispositions particulières à la convention tripartite sont plus difficilement conciliables avec l'outil CPOM, qui se caractérise surtout par une simplification du domaine financier, le plus lourd étant au départ de déterminer le budget global de l'ensemble des structures concernées, ensuite un taux d'évolution est appliqué chaque année. Or, il paraît impossible de mettre en œuvre ce point dans les EHPAD, en faisant fi des évolutions du GMP et du PMP, de l'étanchéité des sections...

c) Une visite de reconventionnement plus approfondie qu'un dialogue de gestion

Quant à la méthodologie de la négociation d'une convention, une étape est soulignée de manière plus importante, il s'agit de la visite de conventionnement ou reconventionnement.³⁰ Celle-ci n'existe pas pour les CPOM, ces derniers concernant plusieurs établissements et non un seul, cette phase serait complexe à mettre en place.

Les différents temps du conventionnement sont :

- L'autoévaluation réalisée par la structure sur la base du référentiel qualité ANGELIQUE. Les résultats de la synthèse de la démarche serviront à établir des fiches projets. Celles-ci ont pour but, en prenant en compte le problème à régler ou l'amélioration à effectuer, de détailler un programme d'actions permettant d'apporter la solution la plus adaptée.
- La rédaction d'un projet de convention qui respecte le cahier des charges de 1999. De nombreux documents sont alors transmis à la DT ARS, administratifs,

³⁰ Instruction DGAS/SD2/SDHOS/DSS/ MARTHE n°2003-20 du 13 janvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des EHPAD, texte non paru au journal officiel, bulletin officiel n°2003-7.

techniques ou financiers, tels le projet d'établissement, le contrat type de séjour, le procès verbal de la dernière visite vétérinaire...

- L'examen de la recevabilité par l'ARS.
- La négociation. Durant cette phase, intervient la visite de reconventionnement. Elle contribue à l'évaluation de la prise en charge des usagers, de l'organisation, de la gestion des ressources humaines et matérielles. Une comparaison ciblée des informations recueillies durant ce temps peut ainsi être effectuée avec celles fournies par l'autoévaluation. Un compte rendu est envoyé à l'établissement qui peut faire des observations. Ce dernier a la possibilité de modifier son document initial.
- La signature de la convention finale

En Seine et marne, il appartient à l'EHPAD de solliciter le reconventionnement. Celui-ci envoie par cartons l'ensemble des pièces demandées, entre autre l'auto évaluation, mais également de nombreux autres écrits, tels les réunions de la commission des menus, le programme d'animation, le rapport d'activité du psychologue... Une visite est alors fixée, elle se déroule selon une programmation définie :

- Présentation de l'établissement par le Directeur
- Vérification des pièces
- Visite des locaux
- Point sur la première convention : bilan de la réalisation des objectifs
- Durant l'après midi, entretien global avec du personnel choisi au hasard
- A partir des informations recueillies, discussion avec le directeur, le médecin coordonateur et l'infirmière cadre
- Correction du projet de convention avec des précisions faites sur les fiches action
- Evocation des aspects budgétaires

Le travail est plus approfondi que lors d'un dialogue de gestion de CPOM, qui ne se réalise que sur pièce. D'autant que dans certains cas, le reconventionnement est précédé d'une Inspection. Dans cette dernière option, l'administration a réellement tous les arguments pour discuter des axes à fixer. Si le processus de négociation du premier CPOM est long, ce qu'ont pu retraduire les différents directeurs et gestionnaires d'association rencontrés, il ne comporte pas de visite des structures concernées, et se déroule avant tout sur la base des informations apportées par les établissements. Or, il n'existe pas, pour l'autoévaluation, de grille unique. Les éléments connus par l'ARS sont ceux des procédures budgétaires antérieures, des visites de conformité, des différentes autorisations et des inspections si elles ont eu lieu.

Finalement, la connaissance des structures dépend de l'ancienneté de l'agent de l'ARS chargé de l'élaboration du CPOM. Dans le cadre de la convention tripartite, la visite et son périmètre restreint à un établissement, permet de davantage négocier avec des éléments précis.

B) La convention tripartite : gouverner les EHPAD selon un objectif de qualité

Si le CPOM concerne, en premier lieu, la gestion par la performance, les conventions tripartites visent avant tout la qualité de prise en charge.

- a) La gestion par la performance : un aspect inexistant dans les conventions tripartites

Si l'on s'attarde à nouveau sur la définition de la mise en management de la gouvernance, rapidement apparaît que les conventions tripartites impactent différemment sur ce point. En effet, ce concept commande l'usage de l'approche stratégique, la répartition rigoureuse des responsabilités, la recherche de la qualité, la gestion par la performance et l'instauration de l'évaluation. Comme nous l'avons évoqué, le CPOM a des conséquences sur l'ensemble de ces items, mais avec une importance donnée à la gestion par la performance. Les conventions tripartites ne les abordent pas tous. Il est indéniable qu'elles sont destinées à accroître la qualité de prise en charge. En fait, l'enquête de terrain confirme les caractéristiques textuelles de cet outil. En comparaison au CPOM, elles :

- Sont signées qu'avec un établissement, de ce fait, la notion, dans les fiches action, de pilotage du siège sur les structures n'existe pas
- Ne concernent pas des objectifs de mutualisation de moyens ou encore de responsabilisation budgétaire accrue

S'il est fait référence à la répartition rigoureuse des responsabilités, elle ne se réalise qu'entre les différents métiers de l'EHPAD : médecin coordonnateur, psychologue, direction... Dans le CPOM, les compétences sont partagées entre l'institution mère et les différentes entités, ce qui correspond à l'aspect d'impulsion d'orientations de l'association gestionnaire sur ses établissements.

L'évaluation semble être davantage commune aux deux types de contrat. Les directeurs d'établissement pour personnes âgées doivent réaliser, tous les ans, un rapport d'activité reprenant l'avancée des objectifs de la convention, qu'ils joignent au compte administratif. Des indicateurs sont aussi prévus pour chaque fiche action. Il est également demandé dans plusieurs conventions le recueil de la satisfaction des usagers. Par rapport au CPOM, il est moins fait référence aux dispositions réglementaires d'évaluation interne et externe. Il faut cependant nuancer la réalité du bilan annuel dans les EHPAD. Effectivement, presque aucune structure ne rédige un écrit complet, une fois par an, sur la réalisation de la convention tripartite. Durant les entretiens, il est apparu que la direction n'en voyait pas forcément l'intérêt, n'ayant pas ensuite d'échange avec l'ARS sur ce sujet. De plus, plusieurs ont pu dire qu'ils ne travaillaient pas au quotidien en se basant sur cet outil. Finalement, cette évaluation est effectuée au moment du reconventionnement. Ceci est une différence avec le CPOM, pour lequel un dialogue de gestion est organisé annuellement, sur la base d'un rapport de l'association signataire. Il donne lieu à une rencontre avec les IASS concernés et à une discussion sur l'avancée du contrat. D'autre part, l'enquête sur le terrain fait apparaître cet outil comme un moyen plus constant de manager les équipes et d'animer l'établissement.

Enfin, concernant l'approche stratégique, il existe dans la présentation des fiches action de la convention, une logique de programmation. Cependant, le vocabulaire est moins marqué que dans les derniers CPOM seine et marnais, le procédé n'est pas identifié comme un plan à respecter. La manière d'appréhender cet item correspond davantage à celle des premiers contrats pluriannuels du 77. En fait, l'élaboration de ce nouvel outil s'est inspirée de l'expérience des conventions. Aujourd'hui, le CPOM se démarque en privilégiant beaucoup cet aspect.

Finalement, le point principal de divergence, qui aboutit à ne pas aborder la gestion par la performance et à moduler l'application des autres items de la gouvernance, est la conclusion de la convention tripartite avec un seul établissement. De fait, ce dispositif n'a pas la même dimension que le CPOM.

b) Un travail approfondi sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge

En tout état de cause, les orientations fixées dans la convention tripartite concernent essentiellement la qualité des prestations d'accompagnement, à savoir les critères de :

- Compétences des professionnels.
Exemple : EHPAD public de Dormelles : formation des personnels avec un plan de formation ; former l'animatrice pour qu'elle obtienne un diplôme pour assurer ses fonctions
- Conformité aux normes techniques, sécurité, qualité des espaces.
Exemple : EHPAD public de Château Landon : Terminer l'aménagement des salles de kinésithérapeute, de projection et d'animation ; installation des barrières de sécurité ; assurer un service de repas dans les règles de la restauration et d'hygiène avec un bon entretien du matériel.
- Transparence et clarté de fonctionnement.
Exemple : EHPAD privé associatif de Veneux les Sablons : mise en conformité avec la loi du 2 janvier 2002, à savoir mise en place du conseil de vie sociale, actualisation du règlement de fonctionnement et du contrat de séjour ; Organisation et formalisation de l'activité de soins avec création du dossier médical, outils de transmission, protocoles...
- Cohérence externe, réseaux, conventions avec les partenaires, maintien des liens avec la famille.
Exemple : EHPAD privé lucratif à Avon : formaliser les conventions avec les partenaires locaux ; collaborer avec l'équipe mobile de soins palliatifs.

Chaque fiche action est détaillée en : but général, objectifs opérationnels, échéancier, coût financier et modalités d'évaluation. Les conventions sont très différentes les unes des autres, elles ont évolué avec le temps. Ceci est une caractéristique que l'on note aussi pour les CPOM. Il est vrai que la législation n'est pas stable, il faut réadapter le document surtout aux modifications budgétaires. Pour certains axes, les précisions sont nombreuses et approfondies. A titre d'illustration, dans celle de l'EHPAD privé associatif de Veneux les Sablons, il a été spécifié les moyens et les actions de manière complète.

EXEMPLE : fiche objectif n°2 : organisation de la formation des salariés

Objectif à atteindre : Si les qualités humaines sont essentielles pour faire vivre l'établissement, elles ne sauraient remplacer la technicité nécessaire dans l'accompagnement des personnes fragilisées. Pour cela, la démarche de formation doit être engagée afin de répondre aux besoins des salariés et aux attentes des résidents.

Actions :

Développer la qualité du service à tous niveaux, améliorer les conditions de travail et l'organisation, valoriser les compétences des salariés, motiver les employés régulièrement, accompagner les salariés dans l'évolution de la prise en compte des personnes âgées dépendantes, au regard de la fin de vie et de la mort, disposer d'une équipe médico-sociale maîtrisant la grille AGGIR.

Moyens :

Organisation de formations régulières en intra dans des locaux conviviaux propices à l'échange et à la communication et de quelques formations en extra afin de favoriser la rencontre avec d'autres professionnels. Mise en place de formation en intra liées directement aux pratiques professionnelles comme la formation incendie obligatoire. Formation de l'équipe médico sociale à la grille AGGIR. Etablissement d'un plan de formation pour chaque salarié de chaque catégorie professionnelle.

Lors des entretiens avec les directeurs d'EHPAD, il apparaît clairement que les premières conventions ont permis une réelle augmentation des moyens avec des effets positifs sur l'accompagnement des usagers. Les suivantes sont beaucoup moins vécues comme tel.

Une gymnastique est faite, par les financeurs, entre les prévisions budgétaires adaptées aux évolutions et les crédits limitatifs. « En contrepartie de la réalisation des objectifs souscrits par l'établissement, les autorités s'engagent chacune en ce qui la concerne à accompagner l'effort accompli par la structure pour maintenir et/ou améliorer ses prestations, selon les conditions définies dans les fiches objectifs dans la limite des crédits disponibles ».³¹ Il n'existe pas de volonté d'économies affichée, malgré tout, les dernières conventions sont imprégnées de la convergence tarifaire, du passage au tarif global de soins... D'autre part, la décroissance de l'enveloppe handicap en Seine et Marne vaut aussi pour le secteur du grand âge. De ce fait, aujourd'hui pour obtenir des moyens supplémentaires, il est nécessaire pour les EHPAD d'accueillir des personnes plus dépendantes et aux besoins en soins conséquents, dans la perspective d'avoir un Gir moyen pondéré (GMP) et Pathos moyen pondéré (PMP) élevés. De plus, il faut ajouter que beaucoup de directeurs d'EHPAD ont mis en avant le non respect par le Conseil Général, faute de ressources suffisantes, de ses engagements.

³¹ Phrase type du modèle de convention tripartite en Seine et Marne

L'avenir risque d'être l'amélioration de l'accompagnement des hébergés à moyens constants. Ce constat fait partie des raisons de l'extension du CPOM au champ des EHPAD.

Section 2 : L'application du CPOM aux EHPAD : de multiples problèmes à résoudre

Les CPOM actuels, surtout signés dans le secteur du handicap, nécessitent des ajustements. Il serait judicieux de faire évoluer cet outil avant de l'élargir aux EHPAD, champ dans lequel il posera d'autres difficultés.

A) Les CPOM signés dans le champ du handicap : des contrats perfectibles

Comme nous l'avons montré, le CPOM est aujourd'hui un instrument non destiné, en premier lieu, à l'amélioration de la qualité de prise en charge. Cet objectif est davantage présent quand il ne concerne qu'un nombre minime d'établissements. Il en est ainsi du CPOM COS de Nanteau qui regroupe seulement deux structures. Cette critique est fondamentale, cependant d'autres particularités de cet outil sont discutables. Une attention devrait y être portée, avant de risquer de provoquer les mêmes complications en cas de contractualisation, via ce CPOM, sur le champ des personnes âgées dépendantes.

a) Un diagnostic préalable souvent non réalisé

Pour pouvoir connaître au mieux les différents établissements concernés, l'autodiagnostic en amont du contrat doit évoluer. Il apparaît, lors des entretiens, que pratiquement aucun directeur général n'a organisé cette démarche en amont de la négociation du CPOM. Elle avait été réalisée antérieurement lors de la révision du projet d'établissement. De plus, certains gestionnaires estimaient disposer d'assez d'éléments pour la formaliser sans étude spécifique. On peut douter de l'implication réelle du personnel sans travail étendu à l'ensemble des équipes. D'ailleurs, il est loin de se vérifier, dans toutes les institutions, une appropriation par le personnel du CPOM et de ses engagements. S'il existe un référentiel ANGELIQUE pour les EHPAD, aucune grille nationale unique n'a été construite pour les établissements accueillant des personnes en situation de handicap. La DT ARS 77 sollicite, à partir d'une trame générale, des données mais qui ne peuvent constituer à elles seules une base complète pour un diagnostic précis. Le COS de Nanteau a débuté une réflexion en ce sens pour son évaluation interne, il a alors tenté d'adapter la grille ANGELIQUE.

Cependant, cette dernière est critiquée par rapport à son caractère universel mais aussi face à l'impossibilité de parvenir à des chiffrages. Il semblerait nécessaire que l'ANAP ou l'ANESM remédie à ce problème en proposant un tel outil. Il existe seulement aujourd'hui des recommandations sur l'évaluation interne et externe. Malgré tout, cette grille devrait être déclinée en fonction des réalités locales et des spécificités de la structure. Les IASS de proximité devraient remplir cette mission, ceci en lien avec leurs collègues du CG. D'ailleurs, il s'agissait d'un axe du schéma 2009/2014 d'actions pour les personnes handicapées de Seine et Marne. Cependant, la DT ARS 77 n'y était pas favorable attendant un travail national à ce niveau. Il faut souligner que le référentiel doit être adapté aux types de structures. Celui élaboré pour une MAS ne peut pas être utilisé pour un IME. La prise en charge, la population, les enjeux ne sont pas identiques. De même, il sera important de laisser une marge de manœuvre, aux directeurs d'établissement, sur la méthodologie adoptée et le contenu du référentiel, pour permettre une appropriation de l'outil et une modulation en fonction du lieu.

D'autre part, il sera indispensable d'harmoniser les divers temps d'évaluation, dans l'objectif d'impliquer l'ensemble du personnel sans démobiliser ces derniers face à des exercices redondants. Le décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux modalités de restitution des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico sociaux semble aller dans ce sens. En effet, qu'il s'agisse de l'évaluation interne ou externe, il est prévu des dispositions spécifiques dans le cadre d'un CPOM. Les établissements ayant conclu un tel contrat doivent communiquer les résultats de celle interne au moment de la révision de ce dernier. Quant à celle externe, un calendrier différent pourra être fixé dans le CPOM sans qu'il puisse aller au-delà des limites réglementaires, à savoir la première évaluation sept ans après la date d'accord d'ouverture de l'ESMS et la seconde au plus tard deux ans avant la date de renouvellement de l'autorisation. Il sera de l'intérêt des gestionnaires de coupler l'ensemble des processus pour favoriser la cohérence entre l'évaluation, le projet d'établissement et un CPOM. D'ailleurs, il était déjà prévu par le cahier des charges, contenu dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007³², que les champs des deux types d'évaluation convergent, afin d'assurer la complémentarité des analyses. L'objectif d'une telle imbrication est de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des prestations proposées, ce qui est également mis en avant par le texte récent du 3 novembre 2010. Ce point est aussi souligné dans le document travaillé par le COS de Nanteau.

³² MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico sociaux, JO du 16 mai 2007, p225.

D'autre part, il sera nécessaire, aux IASS, de disposer d'une grille de lecture des transmissions finalisées pour s'en servir à bon escient, avoir une connaissance complète des structures et permettre aux gestionnaires de s'approprier ces démarches. Aujourd'hui, il n'en est pas ainsi.

b) L'IASS : un rôle majeur à développer dans la négociation, la construction et le contrôle du CPOM

En analysant ces données, l'IASS doit pouvoir se situer sur un pied d'égalité dans le cadre des négociations avec un directeur général d'association. Il a donc des compétences à approfondir en termes d'étude de ces évaluations, mais aussi sur le plan de la gestion financière des établissements. Dans le déroulement du CPOM, il est également primordial d'être vigilant sur la mise en responsabilité des gestionnaires. Un ensemble d'outils le permette : les inspections, les visites sur place lors de conformité, les dialogues de gestion... l'IASS doit coordonner les informations obtenues pour être à même de discuter de défauts de fonctionnement et des évolutions nécessaires.

Rentre dans le périmètre de sa mission de contrôle, le besoin pour l'IASS de connaissances accrues sur les aspects financiers. Effectivement, si la qualité de prise en charge devrait être une priorité, le budget est également une partie importante du contrat. La mission de contrôle de gestion pourrait prendre une place plus conséquente, surtout dans le cadre du CPOM qui vise en grande partie la gestion par la performance. Le budget est le dispositif central de cette démarche. Les tableaux de bord et les indicateurs sont les outils essentiels. Cependant, le secteur médico social présente un certain nombre de particularités dont il faut tenir compte. Il oblige le contrôle de gestion à quitter le cadre presque exclusif comptable pour prendre en compte des indicateurs qualitatifs, dans la perspective de permettre de piloter l'ensemble des dimensions de la performance. D'autre part, il doit être mesuré aussi l'impact de l'activité de l'établissement sur la société, ce qui revient à évaluer les politiques publiques. Il faut donc établir, en plus des données de performance, des indicateurs de pilotage. Ces derniers expriment les finalités à atteindre en termes de niveau de service, de réalisation quantitative et qualitative des activités, des ressources mobilisées à travers les unités physiques et les coûts. Il est indispensable d'avoir à l'esprit que tout n'est pas mesurable. Ainsi, l'Inspecteur doit s'approprier des compétences pour être en mesure de fixer des indicateurs judicieux, d'analyser les budgets et les tableaux de bord, tout en adaptant au domaine, à l'établissement et au secteur géographique. L'erreur à ne pas commettre, sur l'exemple du sanitaire, est de trop vouloir quantifier.

En tout état de cause, se développe aujourd'hui, dans les ARS sièges, la mission de contrôleur de gestion. Dans celle de Midi Pyrénées, le professionnel concerné participe à la réflexion sur la sensibilisation à l'analyse de gestion dans le secteur médico social et prend part à l'élaboration de la méthodologie régionale du CPOM, incluant la définition d'indicateurs de suivi. L'Inspecteur en DT devrait pouvoir s'appuyer sur ce type de ressource.

De plus, il revient à l'IASS de créer des nouveaux outils tout en prêtant une attention forte au cadre légal applicable. Les directives nationales sur le CPOM restent encore aujourd'hui non précises et insuffisantes. Il n'existe pas de modèle proposé par cet échelon. Certaines interrogations demeurent sans réponse. Il en est ainsi de la nature du contrat, des modalités d'intégration des enveloppes du CG, de la place de l'Education nationale en tant que cocontractant, de la possibilité de ne pas associer le Département.... A titre d'exemple, se posent aujourd'hui de nombreuses questions sur la récente démarche d'appel à projets et son intégration dans le CPOM. Les négociations en cours pour conclure ce type de contrat, dont l'objectif est d'engager une restructuration, ne dispensent pas de cette procédure. « Une création, soit par extension, soit par transformation, programmée dans un CPOM, ne vaut pas autorisation, il s'agit d'une programmation. Si le signataire du contrat ne candidate pas à l'appel à projet ou si son projet ne répond pas aux exigences du cahier des charges, les dispositions du contrat doivent être revues et les conséquences tirées en termes d'autorisations et d'allocation de moyens ». ³³ Quelques difficultés risquent d'apparaître, pour les contrats plus anciens, au contenu devant être à l'heure actuelle soumis au décret n°2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projets et d'autorisations. Des avenants seront à négocier. Au final, les CPOM devront être en adéquation avec les besoins identifiés collectivement dans les SROMS, aux actions inscrites dans le PRIAC et aux financements correspondants. Or les seuils de déclenchement de cette procédure sont bas, à savoir une extension supérieure à 30% ou 15 lits/places de la capacité initialement autorisée. L'IASS apportera, par conséquent, des précisions importantes et conditionnera les engagements. Or, jusqu'à présent, il n'existe pas un unique CPOM avec un accord unanime sur le contenu. Si en Seine et marne, ce contrat a été évolutif, différents types d'outils ont été construits dans les autres départements.

³³ CNSA, Direction générale de la cohésion sociale, ministère de la solidarité et de la fonction publique, 3 septembre 2010, *Guide méthodologique pour la mise en œuvre de la procédure d'appel à projets et l'élaboration du cahier des charges*, p 47.

Par exemple, il a été créé des CPOM encastrables comme celui du 71³⁴ :

- Un document global définissant les orientations, les objectifs, les moyens budgétaires ainsi que le plan pluriannuel des investissements inhérents au siège de l'association
- Quatre contrats spécifiques par type de financeurs et d'enveloppes, à savoir, un assurance maladie, un Etat, un Département et un Inspection académique.

En Seine et Marne, les ESAT sont intégrés dans un seul CPOM. De plus, ce contrat ne concerne pas les structures cofinancées avec le CG. D'autre part, même si l'Education nationale y participe, elle n'est pas signataire. Certes aujourd'hui avec les ARS, une uniformisation va s'opérer, mais les réponses nationales manquent. La Foire Aux Questions, les circulaires et le guide méthodologique de la DGAS sont insuffisants. Comme nous l'avons déjà écrit, il est traité avant tout les aspects financiers. Le tâtonnement est encore de mise même au niveau des Agences sièges. Dans ce sens, l'ARS Ile de France a fait le choix de qualifier le CPOM de contrat administratif, sans jurisprudence s'y afférant. D'autre part, il n'est pas fait expressément référence aux schémas alors que la loi HPST incite à une cohérence entre planification, appel à projets, autorisation et CPOM. Par conséquent, il est indispensable à l'IASS de s'interroger sur le cadre à poser face aux incertitudes. De manière parallèle, il est essentiel de laisser une marge de manœuvre au secteur médico social et aux spécificités locales. Un équilibre est donc à trouver.

- c) Prendre en compte les caractéristiques particulières du tarifificateur qu'est le CG : une nécessité

La dernière difficulté actuelle, par rapport aux CPOM, est la participation inégale des CG. En Seine et Marne, il ne prenait pas part, jusqu'à présent, à la négociation de ces contrats. Par contre, il a signé un CPOM avec l'ADAPEI sans que les services de l'Etat y soient associés. Il est vrai que les relations entre les deux institutions ne sont pas évidentes et empreintes parfois d'incompréhensions mutuelles. De plus, le CG avance des arguments justifiant leur position. Cependant, ce point de vue ne se retrouve pas à tous les niveaux hiérarchiques de la direction personnes âgées/personnes handicapées. L'outil est critiqué pour être « une usine à gaz », car il s'agirait d'un travail long qui ne permettrait pas aux agents territoriaux d'être allégés sur l'aspect tarification.

³⁴ CPOM global signé entre la DDASS de Saône et Loire, le CG, l'Inspection académique et les PEP 71, 13 pages, disponible sur internet www.extranet.lespeps.org/e_upload/pdf/pj_dsms_4cpom71.pdf

En effet, sur le plan de l'aide sociale, le mode de calcul aboutit à des réajustements en fonction du nombre réel de seine et marnais bénéficiaires. D'autre part, le CG doit toujours établir un tarif journalier par établissement pour les résidents des autres départements accueillis dans le 77. Il faut ajouter qu'une dotation globale dans le cadre d'un CPOM ne pourrait concerner que les usagers seine et marnais, dans le cas contraire le Conseil Général du 77 avancerait de la Trésorerie aux autres collectivités territoriales. Or, la Seine et Marne est un département d'accueil, il n'est pas rare que la moitié des résidents des ESMS soit originaire d'ailleurs. La signature d'un CPOM avec l'ARS ne serait pas impossible mais nécessiterait de réfléchir aux transpositions de l'aspect budgétaire départemental. Malgré tout, ce contrat ne rendra pas moins lourd le travail des fonctionnaires territoriaux à ce niveau. Ainsi, dans le CPOM ADAPEI, le conseil général a détaillé les dispositions financières. Un paragraphe entier est consacré à la fixation de la dotation annuelle au titre de l'aide sociale, un autre concerne les ajustements.

- « S'il est constaté un trop perçu de la dotation par rapport à l'activité effective de l'année N, le montant de ce trop perçu sera déduit du prochain versement trimestriel suivant le constat »
- « En cas de versement directement de la participation du résident à l'association, la charge financière du Département résulte, pour chaque bénéficiaire, de la différence entre le tarif journalier fixé par le département et la contribution déterminée par le président du CG, versée par le bénéficiaire de l'association. »³⁵

Ces deux exemples démontrent d'une complexité de calcul et de la lourdeur de la tâche du Conseil Général. Cette difficulté sur l'aspect budgétaire apparaît aussi dans un CPOM du Nord pas de Calais en faveur d'établissements hébergeant des personnes en situation de handicap. Si la dotation est globale, elle ne l'est que pour des structures de même nature : dotation globale foyers d'hébergement, DG accueil de jour, DG foyers de vie... De plus, il est inscrit : « Dans le cadre du CPOM, la possibilité offerte à l'association de gérer une dotation globalisée commune à plusieurs établissements ne peut être envisagée compte tenu des impacts de l'aide sociale, d'une part et l'inscription de lignes budgétaires spécifiques à chaque type de prise en charge d'autre part »³⁶. L'accueil de jour en fait partie. Est détaillée aussi l'affectation des résultats qui doit être approuvée par le CG. Enfin, est décrit de manière très précise les procédures, documents, indicateurs financiers et budgétaires et grille d'évaluation à transmettre au financeur. Même s'il est fait référence à la disparition de la procédure contradictoire, chaque établissement, dépendant d'un financement départemental, devra tout de même transmettre pour le 30 novembre de chaque année son budget prévisionnel.

³⁵ CPOM signé entre le CG 77 et l'ADAPEI, document transmis par le CG lors d'un entretien

³⁶ Maquette CPOM entre la DDASS, la CRAM et le Département du Pas de Calais, 78 pages, disponible sur internet www.nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/cpom-cadre-cg-ddass-cram-novembre09%20.pdf

Les procédures restent donc lourdes pour les départements et les contraintes importantes pour les cocontractants, presque à l'encontre de l'esprit du CPOM. A moins d'une disparition de cet échelon territorial au profit d'une régionalisation, les problèmes de l'aide sociale et du domicile de secours resteront tant qu'une partie de la tarification sera départementale. Mais, le CG 77 admet que le CPOM permet une visibilité non négligeable sur l'activité et la qualité des établissements. D'autre part, ne pas participer aux négociations aboutit à ne pas connaître l'action de l'ARS et à ne pas pouvoir œuvrer en complément auprès des structures. On peut donc parier sur une future coopération de cette collectivité territoriale face aux enjeux et malgré les difficultés.

B) Le CPOM : une application complexe et non encore envisagé dans le secteur des personnes âgées dépendantes

Le CPOM n'est pas un outil attendu par les directeurs d'EHPAD. En comparaison au secteur du handicap, les difficultés sont accrues. Il semble transposable qu'à un type de structure. De ce fait, il est nécessaire d'envisager une solution préalable, celle du Groupement de coopération sociale et médico sociale.

- a) Une convention tripartite très appréciée par à un secteur difficilement adaptable au CPOM

A travers les entretiens menés auprès des directeurs d'EHPAD, on peut observer un jugement très positif des conventions. Comme nous l'avons déjà évoqué, elles ont apporté, d'après eux, des moyens supplémentaires, surtout pour les premières. Aujourd'hui, chacun s'accorde à dire que les dernières signées s'éloignent de plus en plus de cet objectif. Beaucoup ont souligné le non respect par le CG de ses engagements. Cependant, les acteurs interrogés sur ce champ ne sont pas prêts à changer de mode contractualisation. La plupart n'avait aucune connaissance sur cet outil. Ils craignent qu'il favorise encore plus le tarissement des financements. Or, ils mettent en avant que les taux d'encadrement en personnel ne sont pas comparables dans leur secteur d'activité à ceux du domaine de la prise en charge du handicap³⁷. Face un seuil de contractualisation obligatoire, via le CPOM, qui pourrait être élevé, ils ne sont pas non plus favorables à des regroupements d'EHPAD, de peur de perdre leur autonomie et de devoir partager leurs ressources avec d'autres. Il est vrai, qu'en Seine et marne, le nombre d'EHPAD s'élève à 113 et qu'ils sont éparpillés sur le plus grand territoire d'Ile de France. Certains sont extrêmement isolés, comme celui de Dormelles.

³⁷ 0, 30 à 0,50 pour 1 dans le cadre de la dotation soin en EHPAD
1 pour 1 pour le champ du handicap

D'autre part, de nombreuses associations dirigent des petites structures, de l'ordre d'une cinquantaine de lits. Ainsi 30%, des 9225 places installées, relèvent du secteur associatif. Or, deux fondations seulement gèrent deux institutions. En fait, seul le privé lucratif, dépendant de groupes nationaux, fonctionne déjà selon une logique proche de celle des CPOM. En effet, tous les aspects ressources humaines et comptabilité sont gérés au plus haut niveau. De plus, le directeur de l'établissement est associé aux réflexions régionales et nationales sur une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le groupe impulse des changements sur des notions telles la bientraitance, la maladie d'Alzheimer... Il est vrai que les EHPAD, ayant ce statut, sont nombreux, 40% de la capacité totale d'accueil dans le 77. DOLCEA, PAVONIS santé, ALPUS SANTE, MEDICA France, LES SINOPLIES, DOMUSVI et NOBLE AGE gèrent au moins deux structures. DOLCEA, à lui seul, dirige 8 établissements. Le souci est cependant le manque de proximité des différentes institutions membres. Il entraînerait des difficultés sur des perspectives de mutualisation. Quant aux EHPAD du secteur public, ils ne travaillent pas ensemble et sont très éloignés les uns des autres. Il existe très peu d'échange entre eux. Pour beaucoup, ils ont déjà de grandes difficultés à conventionner avec des CLIC, des hôpitaux... Il s'agit très souvent d'un axe des conventions tripartites non abouti à l'échéance. Cette analyse du territoire seine et marnais met en avant les entraves présentes pour transposer le CPOM du champ du handicap à celui des personnes âgées dépendantes. La prise en charge du handicap est davantage portée par des associations et Fondations d'envergures régionales ou nationales, plus à même de signer ce type de contrat. Il en est ainsi de la Croix Rouge, de l'ADAPEI, du CESAP... D'autre part, il s'agit d'un secteur qui prépare l'avenir et tente de devancer les évolutions législatives. Face à la volonté politique de recomposition de l'offre médico sociale, les fondations de moindres rayonnements sont dans une démarche de reprise d'autres structures ou, pour le secteur public, de groupements. Les particularités du secteur des EHPAD proviennent aussi des spécificités de la prise en charge, comme nous l'avons déjà évoqué par le biais des textes fondateurs de la convention tripartite. A titre d'exemple, les plaintes d'usagers ou membres de la famille, pour maltraitements et dysfonctionnements, sont très nombreuses. En Seine et Marne, dans le rapport d'activité 2007, 161 signalements avaient été enregistrés au niveau de la prise en charge des personnes âgées et 14 inspections avaient été réalisées. Sur le champ du handicap, 7 inspections avaient été menées et aucune information signalante comptabilisée. Ceci signifie qu'il est indispensable de porter une attention particulière aux établissements et publics accueillis dans le domaine du grand âge.

La seconde difficulté, en vue d'une extension du CPOM sur le champ des personnes âgées, est la participation du CG. Nous avons souligné, dans le domaine du handicap, les problèmes posés par l'aide sociale. La lourdeur budgétaire, au niveau du département, est aussi présente sur la tarification des EHPAD. La complexité est encore plus conséquente. En effet, l'expérimentation réalisée dans le 77, sur la dotation globale, ne fonctionne pas. Tous les résidents n'ont pas droit à l'APA à taux plein, ce qui nécessite pour les agents territoriaux de réajuster par la suite en fonction de ce paramètre, mais également selon le GIR. D'autre part, le Conseil Général n'est pas favorable à l'application de certains mécanismes inhérents au CPOM. Il en est ainsi de la convergence tarifaire sur la section dépendance. Elle serait injuste car tous les établissements présentent des spécificités différentes sur le plan des investissements, du vieillissement des employés... Ce rapprochement de moyens devrait davantage être pris en compte sur le plan humain, à savoir par rapport aux différences de taux d'encadrement. Il faut aussi porter une attention particulière au statut des structures, les privés lucratifs tirant le GMP moyen départemental vers le bas. Ces contraintes avancées par le CG du 77 ne se retrouvent pas dans le CPOM EHPAD d'Eure et Loire. Une des parties est une Fondation privée à but non lucratif qui gère 7 établissements, soit 550 lits. En effet :

- 5% seulement des résidents sont bénéficiaires de l'aide sociale
- Les personnes âgées accueillies sont originaires de ce département
- Un seul Directeur dirige l'ensemble des EHPAD
- Les établissements se ressemblent quant au niveau du GMP, ils sont de plus tous dans un projet de restructuration profond. Ils ont tous les mêmes perspectives, les objectifs des uns peuvent être ceux des autres.

Donc, la situation de cette Fondation représentait un terrain plus favorable à la signature d'un CPOM. Le seul souci est le manque de proximité des structures, qui ne permet pas d'envisager une mutualisation du personnel. De plus, pour l'instant, la convergence ne peut concerner que les sections dépendance et soins, les tarifs hébergement sont trop divergents. Une fois les travaux achevés, une même tarification pourra être appliquée.

En fait, le CG 77 était très satisfait de l'outil convention tripartite. Il l'est beaucoup moins du CPOM. Or, si dans le domaine du handicap, ces derniers ont été conclus sans le Conseil Général, cette perspective paraît impossible dans celui des EHPAD. En effet, le cofinancement donne lieu à une imbrication des sections dépendance et soin. A titre d'exemple, on peut citer la budgétisation actuelle des aides soignantes qui relève à 30% de la dépendance et à 70% du soin. De même, le forfait global de soin prend en compte le niveau de dépendance moyen de l'établissement.

D'ailleurs, en Seine et Marne, les FAM, qui répondent à un type de financement semblable, n'ont jamais été intégrés dans un CPOM, le CG n'étant pas partie au contrat. En fait, l'article L 313-12 du CASF cite le Département au niveau de la convention pluriannuelle mais ne l'évoque pas quand il aborde le CPOM. Par contre, le législateur permet au Président du CG d'en conclure un pour fixer les modalités d'actualisation des tarifs de l'aide sociale départementale (article L 314-1 du CASF). Il ne l'oblige pas. Cette absence de clarté de la loi, quant à la place de cette collectivité territoriale, n'aide pas. On peut cependant imaginer que le manque de ressources financières favorisera une coopération entre l'ARS et les départements. Il leur sera nécessaire de s'associer pour une utilisation la plus efficiente possible des moyens financiers restant.

b) Le CPOM appliqué aux EHPAD : un dispositif à créer face aux incertitudes actuelles

Finalement, la conception du CPOM d'Eure et Loire, devance le décret attendu relatif à une réforme de financement des EHPAD. Effectivement, ce texte prévoirait une convergence tarifaire dépendance sur la base de la valeur départementale du point gir . Un forfait global, sur cette section, serait calculé en fonction du GMP de l'établissement. Il n'y aurait plus de reprise des déficits, les EHPAD seraient soumis à une tarification à la ressource. Il leur serait permis des provisionnements adéquats avant la détermination du résultat comptable. L'objectif serait de raisonner davantage en capacité d'autofinancement, plutôt qu'en résultat³⁸. En miroir à ce projet, le CPOM d'Eure et Loire met en place une dotation dépendance revalorisée annuellement, en fonction du taux des enveloppes limitatives des dépenses d'aide sociale déterminées par l'Assemblée départementale. Il supprime la procédure budgétaire contradictoire. Il sollicite le retour à l'équilibre global en fin de contrat et la convergence tarifaire entre les établissements de la Fondation. A partir de 2009, celle-ci disposera d'un droit de libre affectation du résultat sur la section dépendance. Il en sera de même sur celle hébergement une fois le tarif unique appliqué. Malgré tout, le décret n'est pas paru officiellement, il est loin d'être simple de devancer ses probables dispositions. D'ailleurs, tous les éléments de ce futur texte ne se retrouvent pas dans le contrat conclu en Eure et Loire. Il n'est pas fait référence à un Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses. L'équilibre financier est souhaité, dans le cas contraire, il n'est pas opposé une fin de non recevoir pour la reprise de déficits.

³⁸ DGAS, 23 juin 2009, *Présentation générale du projet de décret relatif à la tarification des EHPAD en application du nouvel article L 314-2 du CASF.*

Globalement, il faut ajouter que d'autres zones d'ombres existent. Sur le plan de la contractualisation, le manque de cadre était déjà une réalité sur le secteur du handicap, il l'est encore plus dans le domaine des personnes âgées dépendantes. Malgré la réforme HPST, qui le prévoit à priori, les acteurs se questionnent sur la disparition de la convention tripartite à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La lettre DGAS/5B du 15 septembre 2008 relative au CPOM des EHPAD gérés par le CCAS de Saint Etienne va dans ce sens. De même, en Eure et Loire, le contrat élaboré a remplacé les conventions. Des objectifs très généraux ont été définis dans le contrat, de fait la Fondation a davantage de marge de manœuvre dans le domaine de la bientraitance et de la qualité de prise en charge. Le risque, comme nous l'avons souligné, est que les administrations financeuses perdent de vue l'évolution de l'accompagnement des personnes âgées. De plus, la DGAS prévoyait le calcul d'une dotation globale commune en fonction du GMP global, celui-ci devant être déterminé sur l'ensemble des résidents des 9 EHPAD et non sur la moyenne de la moyenne des GMP des 9 établissements. Dans le CPOM d'Eure et Loire, la méthode utilisée n'a pas été celle édictée. Des éclaircissements seront donc nécessaires pour conclure ce type de contrat avec des EHPAD. Dans le cas contraire, une multiplicité de modèle verra le jour. Il revient comme mission, à l'IASS, de créer un outil respectant aux mieux le cadre légal, mais s'adaptant aussi aux caractéristiques du territoire et de l'établissement. Le rôle des attachés territoriaux des conseils généraux sera aussi central sur un point, celui de la tarification hébergement. Ils doivent contrôler l'évolution du prix de journée pour éviter de faire financer à des résidents les investissements réalisés dans une autre structure. Cette disposition devra intégrer les objectifs du CPOM. Il s'agit là d'une problématique essentielle, par rapport au secteur du handicap, dans le quel l'utilisateur n'est pas payeur sur ses deniers personnels.

- c) Le regroupement : une option à envisager pour recomposer l'offre à destination des personnes âgées dépendantes

Face au constat d'un éparpillement des EHPAD, l'utilisation d'un autre outil, en amont du CPOM, peut être envisagé. Il s'agirait de développer les GCSMS. Créé par la loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale, ils n'ont pris de l'envergure réglementaire que suite à celle n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Sont ensuite intervenus un décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination en matière d'action sociale et médico sociale et une instruction ministérielle n°DGAS/SD/2007/309 du 3 août 2007 traitant de la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico sociale. Cependant, ce dispositif n'a pas été développé en Ile de France et encore moins en Seine et Marne. En effet dans ce département, le groupement, qui était presque finalisé, n'a jamais abouti. La convention constitutive a été signée le 23 janvier 2009 par les deux associations concernées, mais elle n'a jamais été soumise au préfet du département pour approbation. En fait, il a été seulement opéré un transfert de gestion, de l'une vers l'autre, des places autorisées. Sur ce sujet une étude dans le 77 avait déjà été réalisée en 2009, elle avait mis en avant les entraves à la création de GCSMS³⁹. Cet outil était craint par de nombreuses petites structures, en tant qu'il pouvait entraîner une absorption. Il était également souligné qu'il ne permettait pas de gérer une pharmacie à usage interne, le détachement de personnel dans un groupement de statut de droit public, une reconnaissance dans les fichiers FINESS...

Pourtant, le GCSMS, suite au décret de 2006, était présenté comme souple d'utilisation. Ceci était particulièrement visible au regard de son objet. Les facultés offertes étaient nombreuses : permettre à ses membres de gérer des systèmes d'information, faciliter des actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de leurs activités ou encore définir des programmes de formation de leurs salariés. D'autre part, il pouvait être constitué entre professionnels du secteur social, médico social et sanitaire. Enfin, son organisation symbolisait aussi sa malléabilité. Seuls deux organes le composaient, une assemblée générale des membres, collégiale et délibérante, et un administrateur, chargé de l'exécution des délibérations. Cependant, il existait de nombreuses incertitudes, notamment sur sa nature. Ainsi, une majorité de coopérants de statut public pouvait se constituer sous la forme de personne morale de droit privé poursuivant un but non lucratif. Cette possibilité était étonnante. De plus, le groupement avait le droit d'assurer directement, à la demande d'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation d'une autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée. Le premier problème était de savoir qui, de l'établissement ou du GCSMS, sollicitait ce transfert, le second était de déterminer la qualification juridique de cette opération⁴⁰.

³⁹ Costa B., 2009, *les groupements de coopération sociale et médico sociale comme outil de référence pour une recomposition de l'offre médico sociale : un démarrage difficile en Ile de France*, Mémoire de l'EHESP, 55p.

⁴⁰ Appolis B., 2007, « Le GCSMS l'autre groupement de coopération », *Revue générale de droit médical*, n°22, p 49 à 63.

Face à cette situation antérieure, la réforme HPST a apporté de nouvelles modifications, qui paraissent là encore sources d'autres difficultés. L'article 18 de l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination des dispositions issues de la loi du 21 juillet 2009 a rendu applicable au GCSMS toutes les règles du code de la santé publique, traitant du groupement de coopération sanitaire, sous réserve des articles du CASF. L'enjeu se situe sur la transposition ou non de la distinction entre deux GCS : moyens et établissement. Dans le cadre d'une application générale du code de la santé publique, s'ils sont titulaires d'une autorisation leur permettant d'exercer les missions et prestations des établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 du CASF, les GCSMS se transformeraient automatiquement en ESMS. L'une des conséquences, dans le cas d'une coopération majoritairement publique, serait l'acquisition par ce groupement de ce statut, même avec la présence de partenaires privés. Le législateur a probablement souhaité résoudre les difficultés, concernant la nature juridique et le régime des autorisations, de ce groupement médico social. Ces dispositions ont été prises également pour mettre un terme aux problèmes des GCS, qui pouvaient gérer des accords d'activité sans avoir le qualificatif d'établissement. L'idée finale est de parvenir réellement à recomposer l'offre aussi bien sanitaire que médico sociale. Cependant, des gestionnaires de fondation du secteur handicap se sont dits déjà opposés à la création de GCSMS dans ces conditions. Ainsi, est aujourd'hui négocié en Seine et Marne un groupement « DISPEH », qui a pour objet la mise en œuvre d'actions de coopération entre ses membres, destinées à améliorer qualitativement l'accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle des élèves en situation de handicap. Face aux nouvelles règles édictées par la loi HPST, les partenaires refusent qu'il s'agisse d'un GCSMS d'activité. Ils excluent que ce dernier ait vocation à détenir des autorisations médico sociales. La prudence est donc de mise et l'appropriation de ce GCSMS d'établissement risque d'être difficile.

Pourtant, cet outil reste présenté comme devant permettre aux petites associations de ne pas connaître un processus de fusion absorption⁴¹. La première étape est une collaboration sur les fonctions logistiques et administratives, la seconde est de partager des personnels techniquement pointus et rares, lors de la troisième, les membres fondateurs confient la gestion de leurs activités. Le GCSMS peut alors conclure un CPOM. Présenté de cette manière, il est une réponse à la problématique d'éparpillement des structures. Cependant, une fois les habilitations transférées, le résultat ressemble fort à une fusion déguisée. Il est vrai, que sur le plan conceptuel, ce dispositif est complémentaire du CPOM, ce qui s'observe, entre autre, à travers l'objet de la convention constitutive du groupement.

⁴¹ HARDY JP., 2010, « La coopération dans le secteur social et médico social : révolution copernicienne ou révolution astronomique », *Vie sociale*, n°1, p 43 à 57.

Ainsi, les finalités de celle, qui finalement n'a jamais été signée en Seine et Marne, était d'améliorer la prise en charge des usagers, de faciliter l'optimisation des ressources notamment par la mutualisation des moyens humains et matériels, de réaliser et d'acquiescer, en tant que besoin, pour le compte de ses adhérents, tout bien ou service d'intérêt commun...

Malgré les difficultés inhérentes à cet outil, ainsi que le flou juridique actuel, le GCSMS est la solution à la recombinaison de l'offre dans le secteur des personnes âgées dépendantes. Il l'est particulièrement pour les structures de statut associatif ou public. Il sera nécessaire de débiter par des groupements moins ambitieux, donc de moyens. En dernier lieu, un GCSMS d'établissement pourra être constitué sur cette base antérieure. Enfin, la signature d'un CPOM pourra clôturer le processus. Parvenir à ce résultat sera long et nécessitera beaucoup de communications sur l'outil par l'IASS. Comme dans le domaine sanitaire, ce travail prendra plusieurs années.

Conclusion

En 2009, dans une étude⁴², il était mis en avant qu'en Seine et Marne, près de la moitié des établissements et services dans le secteur du handicap étaient des associations mono-structures (19/42). Ces dernières ne voyaient pas l'intérêt des nouveaux dispositifs proposés tel le GCSMS. Elles craignaient que ce type de coopération ne soit qu'un regroupement constituant un premier pas vers une fusion absorption. Malgré cette position, l'outil CPOM s'est développé. 2 de ces contrats ont été signés en 2007, 6 en 2008, 2 en 2009 et 2 sont en cours en 2010. Cependant, ils concernent surtout des associations de grande taille et le secteur public. Mais, une évolution apparaît, un tel contrat a aussi été conclu avec le COS de Nanteau et avec Léopold Bellan, gérant seulement deux structures. Ils étaient favorables à cette signature. Le CPOM se démocratise, même s'il n'est pas qu'utilisé pour son but ultime, à savoir avec des gestionnaires d'établissements pluri financeurs et multi départementaux. D'autre part, de plus en plus, les institutions publiques évoquent les groupements. Les directeurs de petites associations ont également pris conscience du risque de leur disparition, sans l'acceptation de ces outils.

De ce fait, il est imaginable d'envisager progressivement la recomposition de l'offre de structures aux personnes âgées dépendantes. Les difficultés seront nombreuses face à l'importance quantitative des acteurs associatifs. Il est possible, pour le 77, de proposer un schéma comme tel :

- Groupes nationaux relevant du privé lucratif : signature de CPOM tout en portant attention aux limites face au manque de proximité des établissements. En effet, ces groupes ont déjà un fonctionnement répondant à la logique d'une telle contractualisation. De plus, il n'existe pas de problème par rapport à l'aide sociale à l'hébergement.
- Secteur public : possibilité de GCSMS avant CPOM ou de GCS avec des hôpitaux locaux. Ce dernier dispositif permettrait de gérer une pharmacie à usage interne commune et de mutualiser des moyens humains difficiles à recruter, tels les médecins coordonnateurs et les infirmières.
- Associatif à but non lucratif : nécessiter d'impulser des GCSMS avant toute conclusion de CPOM. Effectivement, il n'existe pas en Seine et Marne de

⁴² Costa B., 2009, *Les groupements de coopération sociale et médico social comme outil de référence pour une recomposition de l'offre médico sociale : un démarrage difficile en Ile de France*, mémoire de l'EHESP, 55 pages.

Fondation à l'image de celle d'Eure et Loire, qui permet plus facilement d'élaborer ce type de contrat. A ce niveau, les négociations seront complexes à mener.

Il faut souligner que ces options seront à adapter en fonction des textes réglementaires d'application de la loi HPST, et particulièrement celui concernant la fixation du seuil à partir duquel un CPOM sera obligatoire. S'il est élevé, un tel contrat ne pourra être envisagé que dans le privé lucratif. Il sera alors plus que nécessaire de privilégier le groupement, avant d'enclencher toute discussion sur un CPOM, dans les autres secteurs. Au final, la première difficulté à régler sera de parvenir à contractualiser avec les structures hébergeant des personnes âgées dépendantes par un autre biais que celui de la convention tripartite.

La seconde nécessité est de faire évoluer l'outil actuel tout en l'adaptant à sa future extension aux EHPAD. 2 points sont alors à souligner :

- D'une part : le rôle accru de l'IASS dans la négociation, la conception et le contrôle du contrat. Il aura une fonction de promotion du CPOM. Dans l'élaboration, il devra particulièrement faire attention à la prise en compte de la qualité de prise en charge. Des compétences seront à développer, tels que la communication et le contrôle de gestion.
- D'autre part : favoriser l'implication du CG en trouvant des solutions sur l'aspect financier. Là encore, le travail de collaboration de l'inspecteur avec ses collègues territoriaux sera primordial. En effet, les mécanismes budgétaires à intégrer auront un degré de complexité plus important que dans le champ du handicap. En faire fi ne sera pas possible.

Ces deux conditions sont à remplir pour que le CPOM, une fois signé avec des EHPAD, puisse permettre une amélioration de leur gouvernance.

On peut espérer que face à ces exigences, l'IASS pourra s'appuyer sur des ressources humaines, techniques et juridiques au sein des ARS sièges, mais aussi du ministère. Effectivement, tout une autre politique doit être impulsée sur le terrain, liant planification, appels à projets, autorisations et CPOM. Etre pédagogue sera indispensable pour accompagner les différents professionnels dans ces changements.

Le développement de ces outils, CPOM et GCSMS, sera incontournable. La création des ARS, la régionalisation en conséquence, la réforme générale des politiques publiques entraînant une baisse des effectifs de fonctionnaires laissent peu de place aujourd'hui à une poursuite des missions sur l'ancien modèle. Appliquer la procédure budgétaire contradictoire à 113 EHPAD nécessite des moyens humains non disponibles actuellement.

De plus, la décroissance des ressources financières ne laisse pas d'autres choix que de favoriser la redistribution, les mutualisations, les économies d'échelle... La convention tripartite ne suffit pas à répondre à de tels besoins. Face à ce constat, il est important de s'atteler à améliorer CPOM et GCSMS, pour une utilisation plus optimale et satisfaisante, ceci sans prendre en compte le seuil qui rendra obligatoire un tel contrat. En effet, restructurer l'offre médico sociale, même dans le domaine des EHPAD, est un processus à enclencher.

Bibliographie

Ouvrages

AUBRY G., 2010, *La démarche qualité dans les établissements sociaux et médico sociaux*, Paris : Berger-Levrault, 207p.

BERLAND N., DE RONGE Y., 2010, *Contrôle de gestion Perspectives stratégiques et managériales*, Paris : Pearson éducation, 534p.

BRAMI G., 2006, *le nouveau fonctionnement des EHPAD*, Bordeaux : Les études hospitalières, 355p.

COUTY E., KOUCHNER C., LAUDE A et al. 2009, *La loi HPST regards sur la réforme du système de santé*, Rennes : EHESP, 395p.

DELNATTE J-C., HARDY J-P., 2002, *La réforme financière des EHPAD*, Rennes : ENSP, 215p.

DUPUIS G., GUEDON M-J., CHRETIEN P., 2006, *Droit administratif*, 10ème édition, Paris : Sirey Université, 695p.

FEGAPEI, 2006, *Guide du contrat d'objectifs et de moyens*, Paris : Fégapei, 54p.

HAAS D., 2002, *Le contrat d'objectifs et de moyens ARH-Etablissements de santé*, Rennes : ENSP, 123p.

HARDY J-P., 2006, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico sociaux*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 423p.

LES CAHIERS DE L'UNIOPSS, 2008, *Les CPOM des établissements sociaux et médico sociaux*, Paris : Uniopss, 220p.

MASSARDIER G., 2008, *Politiques et actions publiques*, Paris : Armand Colin, 302p.

RICHER L., 2008, *Droit des contrats administratifs*, 6^{ème} édition, Paris : LGDJ, 765p.

ROUSSEL P., 2004, *La visite de conventionnement des EHPAD*, Rennes : ENSP, 142p.

SEGADE J-P., 2000, *La contractualisation à l'hôpital*, Paris : Masson, 110p.

TRUCHET D., 2008, *Droit administratif*, Paris : PUF, 460p.

Rapports et mémoires

CONSEIL D'ETAT, 2008, *Le contrat mode d'action publique et de production des normes*, Paris : la documentation française, 397p.

GUERIN M-F., JOIN L., MORLAN S et al. 1995, *Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico sociales*, rapport n°95155 de l'IGAS, 118p.

COSTA B., 2009, *Les groupements de coopération sociale et médico sociale comme outil de référence pour une recomposition de l'offre médico sociale : un démarrage difficile en Ile de France*, Rennes : EHESP, Mémoire d'Inspecteur d'action sanitaire et sociale 2007/2009, 55p.

LANTUEJOL M., 2008, *La convention tripartite : un levier dans la promotion de la bientraitance des personnes âgées accueillies dans les EHPAD du Nord*, Rennes : EHESP, mémoire d'Inspecteur d'action sanitaire et sociale 2006/2008, 59p.

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE, 2001, *La contractualisation : un nouveau mode de régulation dans les établissements de santé, médico sociaux et sociaux ?*, Rennes : ENSP, 39p.

Communication à une conférence

LOUBAT J-R., « Les incidences des CPOM sur les réponses aux besoins des usagers et sur la gouvernance du secteur social et médico-social ». in Bulletin d'Informations du CREAL de Bourgogne, *Les CPOM – Leur impact sur les réponses aux besoins des usagers et sur la gouvernance dans le secteur médico-social*, 22 janvier 2009, CREAL Bourgogne, Bourgogne : CREAL Bourgogne, mars 2009, 16p.

Articles de périodique

APPOLIS B., 2007, « Le GCSMS, l'autre groupement de coopération ». *Revue générale de droit médical*, n°22, pp 49-63.

BANQ M-E., 2007, « Les nouveaux contrats d'objectifs et de moyens ». *Revue de droit et de santé*, n°115, pp. 115-116.

COLLEVILLE A-C., 2009, « Relations avec les autorités de tarification : L'étau se resserre ». *Directions*, n°60, pp.20-27.

CORMIER M., 2003, « La nouvelle régulation du dispositif social et médico social : une transposition du dispositif hospitalier ». *ADSP*, n°43, pp.23-27.

DELARD B., 2009, « Les modalités de coopération dans le secteur médico social ». *actualités jurisanté*, n°64, pp.4-7.

DURIBREUX M., 2005, « EHPAD : comment signer une convention tripartite ». *Directions*, n°16, pp.32-33.

HARDY JP., 2010, « La coopération dans le secteur social et médico social : révolution copernicienne ou astronomique ». *Vie sociale*, n°1, pp 43-57.

LAROSE D., BARRE S., 2002, « Les contrats d'objectifs et de moyens, véritables outils contractuels ? ». *Revue hospitalière de France*, n°486, pp.4-9.

LAROSE D., 2007, « Budgets pluriannuels : changement de culture ? ». *TSA hebdo*, n°1102, pp.13-20.

LAROSE D., 2009, « Le contrat d'objectifs et de moyens : acte unilatéral masqué ou délégation de service public ? ». *Les cahiers de l'actif*, n°396/397, pp.109-114.

LEOTOING M., 2009, « Tarification : les raisons de la colère ». *TSA*, n°5, pp. 10-12.

LE ROUX J-M., 2003, « La réforme de la tarification ». *Revue de l'infirmière*, n°88, pp. 18-24.

LEVY J-M., 1998, « Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico social : décision unilatérale ou contrat ? ». *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, pp.717-739.

POINSOT O., 2009, « Le paravent des paradoxes quelques libres propos sur le recours au contrat dans l'action sociale et médico sociale institutionnelle ». *Les cahiers de l'actif*, n°396/397, pp. 9-18.

SORITHI S., 2009, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ». *TSA*, n°8, pp. 36-41.

TENE J., 2007, « La gouvernance du champ social et médico social en question ». *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2534, pp. 29-31.

UNAPEI, 2006, « Les cahiers de l'UNAPEI ». *Jurishandicap*, n°153, pp. 4-69.

VINCENT S., « La révision de la tarification des EHPAD ». *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2216, pp. 13-17.

Articles support électronique

MARAIS M-C., 2008, « CPOM : un outil de gouvernance de la politique médico sociale en faveur des personnes handicapées ». *La Maison de l'autonomie*, [visité le 06.02.2010], disponible sur internet : <http://www.lamaisondelautonomie.com>

POINSOT O., 2009, « Tarification : la loi de finances 2009 et la loi de financement de la sécurité sociale modifient le droit budgétaire ». *Avocats*, [visité le 24.01.2010], disponible sur internet : <http://www.avocats.fr/space/olivier.poinsot/content/>

UNIOPSS., 2008, « la pluri annualité budgétaire et les CPOM ». *Réseau Uniopss-Uriopss*, [visité le 24.01.2010], disponible sur internet : <http://www.uniopss.ass.fr>

Lois, décrets, circulaires

LOI n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales. Journal officiel, du 1 juillet 1975, p. 6604.

LOI n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux

besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel, n°21 du 25 janvier 1997, p. 1280.

LOI n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale. Journal officiel, du 3 janvier 2002, p. 124.

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n°167 du 22 juillet 2009, p. 12184.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel, n°98 du 25 avril 1996, p 6324.

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Ordonnance n°2005-1477 du 1 décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico sociaux. Journal Officiel, n°280 du 2 décembre 2005, p 18636.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatifs aux modalités de tarification et de financement des EHPAD. Journal Officiel, n°106 du 6 mai 2001, p 7175.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL et de la SOLIDARITE. Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion comptable, financière et budgétaire des établissements sociaux et médico sociaux. Journal Officiel, n°247 du 24 octobre 2003, p 18112.

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico sociale. Journal Officiel, n° 84 du 8 avril 2006, p 5317.

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT. Décret n° 2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico sociaux. Journal Officiel, n°85 du 9 avril 2006, p5360.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico sociaux. Journal officiel, n°113 du 16 mai 2007, p.9373.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projets et d'autorisations. Journal Officiel, n°171 du 27 juillet 2010, p 13846.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 relatif au calendrier des évaluations et aux

modalités des résultats des évaluations des établissements sociaux et médico sociaux. Journal Officiel, n°257 du 5 novembre 2010, p. 19786.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico sociales. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, p. 6256.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA VILLE. Arrêté du 24 avril 2009 modifiant l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de la mise en œuvre de la convergence tarifaire. Journal Officiel, n°106 du 7 mai 2009, p 7769.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE. Lettre DGAS/5B du 15 septembre 2008 relative aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des EHPAD gérés par le CCAS de Saint Etienne. Bulletin officiel santé-protection sociale-solidarité, n°2008/10 du 15 novembre 2008, p.290.

Sites internet

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *Guide méthodologique de la signature d'un CPOM*. [visité le 24.01.2010], disponible sur internet : <http://www.santé.gouv.fr>

SENAT. *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010*. [visité le 06.02.2010], disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/109-090-3/109-090-33>.

SENAT. *Rapports législatifs*. [visité le 14.02.2010], disponible sur internet : <http://www.senat.fr>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Grille d'observation des CPOM et conventions tripartites

ANNEXE 2 : Exemple d'une grille d'entretien

ANNEXE 3 : Tableau d'activités et entretiens

ANNEXE 4 : Extrait de la grille de lecture d'entretiens

ANNEXE 5 : Tableau comparatif CPOM sanitaire et médico social en Seine et Marne

indicateurs critères	Connaissance de l'établissement	Qualité de prise en charge	Economie (optimisation de l'organisation interne)	Efficacité (capacité à obtenir les effets recherchés)	Adaptabilité Réactivité
Autodiagnostic (points forts et points faibles)					
Typologie population accueillie					
Typologie du personnel					
Typologie budgétaire					
Compétence des professionnels (conditions de travail, plan de formation, gestion prévisionnelle des emplois et compétences)					
Conformité aux normes techniques (sécurité, qualité des espaces)					
Transparence et clarté du fonctionnement (respect outils loi 2002-2, protocole écrit d'activité)					
Cohérence externe (réseaux, conventions avec partenaires, maintien des liens avec famille)					
Mutualisation moyens (GRH, comptabilité, direction...)					
Pilotage du siège sur les structures					
Prévisions budgétaires adaptées aux efforts					
Responsabilité budgétaire (maîtrise budgétaire, liberté d'affectation des résultats, pluriannualité)					
Evaluation (interne, externe, évaluation des fiches action du contrat, suivi du contrat)					
Recueil satisfaction (recueil avis de l'usager, suivi des plaintes...)					
Politiques particulières de l'établissement (pour personnes atteintes maladie Alzheimer...)					
Répondre aux besoins					

ANNEXE 1 : Tableau comparatif des documents CPOM et conventions tripartites

ANNEXE 2 : Grille d'entretien avec un Directeur d'EHPAD

Caractéristiques de l'établissement

- Type de population accueillie (GMP moyen, maladie Alzheimer...)
- Spécificités/particularités de la prise en charge
- Valeurs du projet d'établissement

Fonctions de la personne enquêtée

- Particularités des fonctions

Phase préparatoire à la convention tripartite

- Réalisation d'un diagnostic préalable ?
- De quelle manière ? (*ensemble personnel impliqué*/ensemble des usagers/utilisation d'un référentiel)
- Par qui ?
- Quel apport pour la Direction ? pour la structure ? pour les usagers ?

Phase négociation de la convention tripartite

- Qui est à l'initiative de la démarche ? (obligation de la loi ?)
- Relation avec l'ARS (sur un plan égalitaire, marge de négociation)
- Quel rôle de la Direction dans cette négociation ?

Atouts de la convention tripartite

- Sur la plan budgétaire (apports des trois sections tarifaires ?)
- Sur le plan managérial et organisationnel (formation du personnel, diminution de l'absentéisme, dynamique du projet d'établissement)
- Sur le plan de la démarche contractuelle et de la pluri annualité (moyens prévisibles et *supplémentaires*)
- Sur le plan de la démarche évaluative
- Sur la prise en charge des usagers (qualité et diminution des risques de maltraitance)
- Création d'un réseau autour de l'EHPAD ?

Difficultés avec l'outil de la convention tripartite

Sur les mêmes plans que les atouts

Avez-vous une évolution entre la première convention et la seconde ? (en termes d'objectifs, de moyens financiers alloués, de marge de négociation avec l'ex DDASS...)

La dynamique de la convention tripartite signée se poursuit-elle sur les cinq années ?

(Programme établi chaque année pour répondre aux engagements de la convention)

Faites vous une transmission tous les ans à l'ARS d'un bilan de l'atteinte des objectifs de la convention ? (à travers le CA) Y voyez vous un intérêt ?

Que pensez-vous de l'obligation pour les EHPAD atteignant un certain niveau d'activité de signer un CPOM ?

(Loi 21 juillet 2009, différences outils CPOM et convention tripartite et convergences)

Que pensez-vous de l'évolution de la tarification des EHPAD ?

(Tarification à la ressource et plafond)

Y a-t-il une convergence avec l'allocation de moyens dans le cadre d'un CPOM ou pour le champ sanitaire ?

ANNEXE 3 : Tableau d'activités et d'entretiens

Jour et heure	durée	lieux	objet
Mardi 8 juin à 10h00	2h00	ARS DT Melun	Dialogue de gestion CPOM (premier)
Mardi 15 juin à 15h00	1h30	Fondation à Saint Fargeau	Entretien avec le Directeur Général sur le CPOM
Mercredi 16 juin 11h00	2h00 avec visite de l'établissement	EHPAD à Avon, privé lucratif	Entretien avec la Directrice de l'EHPAD
Mercredi 23 juin 14h30	2h00	ARS DT Melun	Dialogue de gestion CPOM (autre association)
Mardi 6 juillet 10h00	1h30	Centre de rééducation professionnelle de Coubert	Entretien avec le chef de pôle Nord est d'un organisme régional
Mercredi 7 juillet 9h30	2h30 Avec visite de l'ensemble de la structure	IME à Ecuelless	Entretien avec le directeur et dans un second temps avec le chef comptable
Mardi 13 juillet 9h30	3h	ARS DT Melun	Préparation du CPOM Croix rouge
Mercredi 21 juillet 15h	3h	CG savigny le temple	Entretien avec le directeur de la direction personnes âgées et handicapées Et un attaché territorial de la sous direction « service des établissements et du contrôle qualité »
Jeudi 22 juillet 10h	1h30	EHPAD privé associatif à Champs sur Marne	Entretien avec la directrice
lundi 30 août 2010 à 9h30	1H45 avec la visite de l'établissement	EHPAD privé associatif à Veneux les Sablons	Entretien avec la directrice
mercredi 1er septembre 2010 à 10h00	1h30	EHPAD Public à Château Landon	Entretien avec la directrice
Mercredi 8 septembre 2010 à 10H00	2h30 avec la visite de l'établissement	EHPAD privé lucratif à Fontainebleau	Entretien avec la directrice
Mercredi 8 septembre 2010 à 14 h00	2h30	Siège Association à Fontainebleau	Entretien avec le Directeur Général de l'association
Mercredi 15 septembre 2010 à 10h00	2h00	ARS Ile de France siège	Entretien avec l'IPASS en charge des CPOM
Vendredi 24 septembre 2010 à 14h00	2h00	EHPAD Public à Dormelles	Entretien avec la directrice de l'EHPAD
Vendredi 1 octobre 2010 à 9h30	2h00	Conseil général de Seine et Marne	Entretien avec la chef de service des établissements et du contrôle qualité de la direction des personnes âgées et des personnes handicapées
Lundi 4 octobre 2010 à 10 h00	Toute la journée	CH de Fontainebleau	Visite de reconventionnement de l'EHPAD
Mardi 12 octobre 2010 à 10h30	2h00	MAS de Nanteau sur Lunain	Entretien avec le directeur
Mercredi 13 octobre 2010 à 9h30	2h30	ARS DT Melun	Poursuite de la négociation du CPOM Croix Rouge
Vendredi 29 octobre 2010 à 9 H30	3h30	CG Eure et Loire, puis Fondation	Entretien avec le chef de service de la direction personnes âgées du CG d'Eure et Loire sur le CPOM EHPAD conclu Entretien avec le directeur de la fondation, partie au CPOM.

ANNEXE 4 : extrait de la grille de lecture des entretiens

Thèmes	Hypothèses positives	Hypothèses négatives	Entretiens adéquat	Entretiens contre hypothèse
Entretien directeur IME				
Autonomisation responsabilité gestionnaire	Flexibilité de gestion Gestion centralisée	Disparition de la notion d'établissement	Arbitrage financier entre les établissements	Chaque directeur doit continuer à défendre sa structure Pas prêt à aider un établissement qui est en difficulté du fait de sa responsabilité
Assouplissement budgétaire	Pas de procédure contradictoire	Obligation de résultats sans garantie d'une évolution des moyens Hausse des exigences du financeur	Procédure budgétaire plus souple Certitude au niveau de la trésorerie de la somme qui rentre tous les mois	
Programmation	Pluriannualité Mode de gestion plus structurelle Culture projet	Placer les objectifs avant les moyens Risque de mauvaise évaluation des moyens	Lisibilité des budgets Problème d'évaluation financière sur 5 ans avec les aléas	
Management participatif	Associer tout le personnel au projet		Objectifs du contrat mobilisateur pour tout le monde	Le personnel n'a pas été sollicité pour l'élaboration du CPOM
Contrat	Dialogue Outil de management des établissements et des équipes	Opposabilité des clauses contractuelles ? Contrats puissent permettre de déroger à certains pans de la réglementation	Dialogue à travers le dialogue de gestion	Connaissent période de vache maigre= respect des engagements de moyens liés au financier pas possible = acceptent
Economies	Mutualisation des moyens et des méthodes Redistribution des moyens en interne		Redéploiement en interne possible Dynamique d'aide entre les établissements Mutualisation des moyens entre établissements Mise en place de tableaux communs vérifiés par le contrôleur de gestion de la fondation	Pas de mutualisation de la comptabilité
Qualité de prise en charge	Accrue			
Evaluation efficacité	Interne externe évaluation de la satisfaction des usagers			

ANNEXE 5 : Tableau comparatif CPOM sanitaire et médico social en Seine et Marne

	CPOM sanitaire	CPOM MS
PRELIMINAIRE		
Fondement juridique du contrat	présent	Présent avec ajout de la nature du contrat = administratif
Objet du contrat	Présent = renvoi aux orientations stratégiques	présent
engagements	<p>Succincts = renvoi aux annexes pour chaque type d'engagements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • objectifs quantifiés des activités • mission d'intérêt général • qualité et sécurité des soins, prévention et gestion des risques • gestion des ressources humaines • projet de gestion • conditions d'accès aux soins <p>Engagements dont le champ est délimité</p>	<p>Engagements plus détaillés et non délimités sur le champ. On retrouve des thématiques semblables. Il en est ainsi au niveau des ressources humaines, cependant l'objectif est caractérisé et ne rentre pas dans une boîte préétablie. On parle par exemple de promouvoir au sein des établissements la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la formation continue des personnels.</p> <p>Dans le corps du contrat, ces engagements concernent le siège, puis les établissements avec un effort de regroupement par thème par exemple.</p>
Eléments financiers du contrat	Concerne le MIGAC	<p>Dotation globale commune</p> <p>Affectation libre du résultat</p> <p>Possibilité de procéder à des redéploiements au sein de DGC</p> <p>Disparition de la procédure contradictoire</p> <p>Moyens financiers alloués conditionnés par les taux directeurs annuels fixés en lien avec la CNSA</p>

Suivi du contrat	Rapport annuel d'étape + possibilité de procéder avec l'établissement à un examen contradictoire de ce rapport	Rapport annuel d'étape préparant le dialogue de gestion, l'objectif de ce dernier est le contrôle d'avancement du CPOM Comité de suivi qui valide l'état d'avancement du CPOM
Fin du contrat	Suspension du contrat par l'agence en cas de manquements graves aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles Suspension donc unilatérale	Peut être résilié par un des cosignataires dans différents cas, entre autre en cas de non respect des engagements pris par les signataires, en cas de dépenses manifestement étrangères...
Pénalités	Pénalités prévues par les textes en cas de non respect des objectifs quantifiés et des engagements contractuels	Non prévues
OBJECTIFS DU CONTRAT		
diagnostic	Points forts et points faibles des activités de l'établissement	Etat des lieux décliné par établissement résumé dans cette partie (chaque diagnostic est complet en annexe) CPOM MS concerne un gestionnaire de plusieurs établissements Etat des lieux qui peut être très détaillé par établissement Présentation des établissements en dehors du diagnostic
Orientation stratégique	Positionnement avant tout territorial C'est sur cette partie dans laquelle il y a une plus grande liberté dans le contenu du texte	On parle ici d'objectifs stratégiques et non d'une orientation stratégique Ce sont déjà les objectifs résumés qui sont déclinés
Actions en relation avec les schémas	Il est fait clairement référence aux priorités du SROS et à celles du plan régional de santé publique	Pas de référence explicite et automatique aux schémas

Actions de coopération	Partie spécifique et développée	Fait partie quasi constamment des objectifs du CPOM, n'est pas un paragraphe particulier
FICHE D'ENGAGEMENTS/ACTION		
Caractéristiques de l'activité	Autant de fiches que d'activités de soins + fiches particulières pour qualité et projet de gestion Sont en annexes Caractéristiques en termes de lits, de jours, de matériel et de perspective générale.	Les fiches action sont écrites par établissement et elles sont dans le contenu du contrat, non pas renvoyées en annexe Les caractéristiques de l'établissement se retrouvent davantage dans l'état des lieux de chaque établissement
Objectifs quantifiés de l'activité	Déterminé pour chaque activité avec un chiffre cible	Un des objectifs du CPOM peut être un engagement sur le niveau d'activité des établissements
Engagements	Général de l'activité et spécifiques, ils sont à cet endroit détaillés et pas seulement résumés	Les objectifs spécifiques, opérationnels et les moyens sont déclinés par établissement dans ces fiches
Suivi des engagements	Fiche de suivi avec indicateurs Beaucoup d'indicateurs très chiffrés, d'activité	Indicateurs chiffrés mais aussi qualitatifs

Ce tableau a comme source le contenu d'un CPOM sanitaire de Seine et Marne, comparé ensuite à celui d'un CPOM médico social. Si le CPOM sanitaire ne varie pas dans la forme, le CPOM médico social a évolué, ce qui rend un peu plus compliqué la comparaison.