



**Inspecteur de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2014-2016 « Coluche »**

Date du Jury : **mars 2016**

**Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et
de Moyens (CPOM) à destination des
services Mandataires Judiciaires à la
Protection des Majeurs (MJPM) d'Île-
de-France : un outil pertinent dans ce
secteur ?**

Hugues BELAUD

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes de la DRJSCS qui m'ont accompagné lors de mon stage d'exercice professionnel.

J'adresse des remerciements particuliers à Marie-Thérèse RIBIER, ma maître de stage, et à Benoît COSTA, pour m'avoir suivi et guidé dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également toutes les personnes que j'ai sollicitées pour mener à bien ma réflexion sur mon sujet d'étude.

Enfin, je tiens à saluer la CPPTC et l'OFICE pour leur soutien et leur sérieux.

Sommaire

Introduction.....	7
1 Le CPOM, un outil peu diffusé dans le secteur social et médico-social, tend à être adapté aux services MJPM dans un cadre rénové de la protection juridique des majeurs.....	12
1.1 Etat des lieux et caractéristiques du CPOM pour les ESSMS.....	12
1.1.1 La genèse du CPOM depuis la loi n°2002-2 et sa diffusion dans le champ social et médico-social.....	12
1.1.2 Les questionnements sur la nature juridique du CPOM et l'opposabilité de la tarification contractuelle.....	15
1.1.3 La négociation et la structuration du CPOM.....	17
1.2 Les enjeux des CPOM dans le cadre spécifique de la protection des majeurs....	19
1.2.1 Les bouleversements produits par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 dans le fonctionnement et la tarification des services MJPM.....	20
1.2.2 Les enjeux des CPOM en matière de gestion pour les services MJPM.....	21
1.2.3 Les enjeux des CPOM en matière de qualité pour les services MJPM.....	22
1.3 Des spécificités propres aux services MJPM à prendre en compte dans la réflexion menée sur la mise en œuvre des CPOM.....	24
1.3.1 Les associations gestionnaires de services MJPM sont de petites organisations mono-service.....	24
1.3.2 Le prescripteur des mesures de protection, la Justice, est indépendant du tarificateur.....	26
1.3.3 Depuis 2016, l'Etat est devenu l'unique financeur, facilitant la mise en place des CPOM.....	27
2 La mise en œuvre des CPOM en direction des services MJPM : des exemples concluants au niveau national mais des interrogations sur le territoire francilien.....	29
2.1 Les atouts du CPOM au regard des expériences de contractualisation de services MJPM.....	29
2.1.1 Le CPOM est un outil de simplification de la procédure budgétaire.....	29
2.1.2 Le CPOM donne de l'autonomie et une marge de manœuvre aux associations. . .	30
2.1.3 Le dialogue de gestion entre autorités publiques et organismes gestionnaires est plus qualitatif.....	31
2.1.4 Le CPOM est un outil managérial.....	32

2.2 Les acteurs franciliens sont favorables à la mise en œuvre des CPOM malgré des interrogations sur son équilibre contractuel.....	32
2.2.1 Les services MJPM franciliens ont un avis positif sur cette démarche.....	33
2.2.2 Les services MJPM franciliens craignent des déséquilibres contractuels et le non-respect des moyens engagés par l'Etat.....	35
2.2.3 Les DDCS d'Île-de-France mettent en exergue des points de vigilance dans la mise en œuvre de cette démarche.....	36
2.3 Le coût financier du CPOM et le temps consacré à son élaboration et à son suivi peuvent constituer des freins aux gains espérés en efficience.....	39
2.3.1 Le coût d'entrée et de négociation des CPOM peut être important, notamment en cas de recours à un prestataire extérieur.....	39
2.3.2 La mise en place des CPOM et son suivi peuvent être chronophages si une méthodologie n'est pas définie en amont.....	40
3 Propositions d'actions pour adapter l'outil CPOM aux services MJPM et le rendre pertinent aux yeux des acteurs franciliens.....	43
3.1 Le coût d'entrée et de négociation du CPOM et le temps consacré à son élaboration peuvent être réduits avec des outils nationaux et régionaux.....	43
3.1.1 Améliorer la coopération entre l'administration centrale et les services déconcentrés.....	43
3.1.2 Construire une méthode d'élaboration des CPOM spécifique aux services MJPM et DPF en Île-de-France.....	44
3.1.3 Construire un CPOM-type régional contenant des clauses et des objectifs obligatoires au niveau régional.....	46
3.1.4 Déterminer un calendrier précis de mise en œuvre des CPOM sur le territoire.....	48
3.2 La contractualisation doit être diffusée et communiquée auprès des DDCS et des associations gestionnaires d'un services MJPM.....	49
3.2.1 Proposer des formations aux agents des DDCS.....	49
3.2.2 Développer un plan de communication auprès des associations gestionnaires....	50
3.3 Les CPOM doivent être tournés vers la qualité de la prise en charge et ne peuvent constituer des outils de retour à l'équilibre budgétaire.....	51
3.3.1 Privilégier des structures en bonne santé financière	51
3.3.2 Tendre vers la convergence tarifaire grâce aux CPOM.....	52
3.3.1 Signer des CPOM dont le projet relève d'une réelle volonté du service d'aller vers une amélioration de la qualité de prise en charge.....	53
Conclusion.....	54

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

BBZ : Budget Base Zéro

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSP : Code de la Santé Publique

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DIPM : Document Individuel de Protection des Majeurs

DPF : Délégués aux Prestations Familiales

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale

DRL : Dotation Régionale Limitative

DGF : Dotation Globale de Fonctionnement

DCF : Dotation Commune de Fonctionnement

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

FNAT : Fédération Nationale des Associations Tutélaires

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GED : Gestion Electronique des Dossiers

GVT : Glissement Vieillesse Travail

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

ISTF : Information et Soutien aux Tuteurs Familiaux

MJAGBF : Mesures Judiciaires d'Accompagnement à la Gestion du Budget Familial

MJPM : Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs

PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel

PJM : Protection Juridique des Majeurs

PPI : Plan Pluriannuel d'Investissement

T2A : Tarification à l'Activité

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés

VPS : Valeur Point service

Introduction

« Puisque aucun homme n'a une autorité naturelle sur son semblable, et puisque la force ne produit aucun droit, restent donc les conventions pour base de toute autorité légitime parmi les hommes. »

Jean-Jacques ROUSSEAU, *De l'esclavage dans le Contrat social*

Dans les relations entretenues entre les associations du secteur social et les autorités de tarification et de contrôle, apparaissent souvent ces « rapports de force » évoqués par Rousseau. D'ailleurs, l'expression « procédure budgétaire contradictoire » ne renvoie-t-elle pas à cette image de confrontation ? La contractualisation tente depuis une dizaine d'année de modifier ce dialogue entre partenaires. Se pose désormais la question de développer ce procédé dans de nombreux secteurs dont la protection juridique des majeurs.

La protection juridique des majeurs est un secteur mal-connu de l'intervention sociale et médico-sociale alors qu'en Île-de-France environ 80 000 personnes bénéficient d'une mesure de protection juridique (soit 0,7% de la population francilienne) et que le nombre de personnes protégées va inéluctablement progresser dans les prochaines décennies compte-tenu du vieillissement de la population. Le champ de la protection juridique des majeurs, qui a été complètement refondé avec la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, doit alors « s'outiller » pour accompagner ces évolutions. Déjà, dès 2009, des indicateurs d'activité propres à ce secteur avaient été établis pour rendre compte du coût et de la charge de travail incombant aux services. La contractualisation, qui n'est pas un procédé nouveau dans le champ social et médico-social, est souvent envisagée par les protagonistes et l'administration centrale comme un mode de gouvernance et de gestion à développer.

Les CPOM ont été créés par l'article 36 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, mais il a fallu attendre 2006 pour que des circulaires en précisent les bases juridiques. Afin de permettre une meilleure efficacité de l'action sociale et une meilleure allocation des ressources, l'ordonnance du 1er décembre 2005 a introduit la faculté de conclure des CPOM entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements ou de services et l'autorité compétente en matière de tarification.

En Île-de-France, un seul CPOM a été conclu avec une association gestionnaire d'un service MJPM, en l'occurrence l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) de Seine-et-Marne, qui plus est, est à l'initiative de celle-ci et non pas de l'Etat. En 2014, au niveau national, 8 CPOM avaient été conclus avec des services MJPM et 6 CPOM étaient en cours d'élaboration¹. Bien que la contractualisation ne soit pas obligatoire dans le champ de la protection juridique des majeurs, la DRJSCS d'Île-de-France mène actuellement une

1 Chiffres communiqués par la DGCS lors d'un entretien le 28 septembre 2015

réflexion pour diffuser l'outil CPOM sur le territoire, encouragée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) qui demande dorénavant aux services déconcentrés de proposer la contractualisation aux services MJPM et aux services DPF².

Le premier argument qui motive cette volonté est tout d'abord l'objectif de convergence tarifaire. Malgré des progrès réalisés au cours des dernières années, des écarts subsistent encore au niveau des dotations accordées à chaque service en Île-de-France. L'un des objectifs du schéma régional d'Île-de-France des MJPM et des DPF 2015-2020 est d'achever cette convergence, c'est-à-dire réduire les écarts qui subsistent dans les dotations accordées à des services pour des prestations comparables. Pour cela, la DRJSCS souhaite que les DDCS concluent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec une majorité d'organismes gestionnaires de services qui sont établis le plus souvent à un niveau départemental. La tarification pluriannuelle de ces services mettrait davantage en lumière les indicateurs applicables aux services MJPM et permettrait de réduire les écarts de tarification entre les services.

La contractualisation présente également l'avantage de « faire gagner du temps » à l'administration et aux associations. Les campagnes budgétaires annuelles sont souvent lourdes et chronophages, pour aboutir souvent à des reconductions de crédits d'année en année. Une tarification pluriannuelle qui entre dans le cadre du CPOM, permettrait une plus grande souplesse de gestion avec une responsabilisation accrue des organismes gestionnaires dans leurs capacités de financement.

Le CPOM serait enfin un outil pour appliquer sur le terrain des objectifs et des orientations régionaux ou départementaux déclinés dans le schéma régional des MJPM et des Délégués aux Prestations Familiales (DPF) d'Île-de-France 2015-2020. Ce schéma de « deuxième génération » comporte des objectifs qualitatifs qui pourront être déclinés dans les CPOM et traduits en termes opérationnels suivant les forces et faiblesses des services.

Le CPOM est un outil très répandu dans tous les champs d'intervention de l'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) puisque, dans le champ social et médico-social, peuvent contracter un CPOM avec leur autorité de tarification et/ou de contrôle, tous les établissements et services relevant de l'article L. 312-1 du CASF. Dans le champ sanitaire, l'Agence Régionale de Santé (ARS) conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du Code de Santé Publique (CSP)³.

Le CPOM fait donc partie des outils incontournables que l'IASS doit savoir analyser et construire. Cette affirmation est d'autant plus vraie que la loi relative à l'adaptation de la

2 Instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2014/157 du 16 mai 2014 relative aux orientations de l'exercice 2014 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales.

3 Article L. 6114-1 du Code de Santé Publique

société au vieillissement prévoit de substituer les CPOM aux conventions tripartites pluriannuelles pour les EHPAD⁴. De la même manière, la loi de financement de la sécurité sociale 2016 rend obligatoire le CPOM pour les Établissements et Services Sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accueillant des usagers avec handicap relevant de la compétence exclusive des ARS⁵.

Dès lors, cette étude permettra de soulever certaines interrogations sur les mutations profondes du mode de gestion par le financement pluriannuel des ESSMS. Depuis 2005, les établissements de santé sont financés par la tarification à l'activité (T2A) et prévoient leurs dépenses et recettes dans leur plan global de financement pluriannuel (PGFP) sur plusieurs exercices. En regardant dans le rétroviseur, on peut en effet se demander si une décennie après l'apparition de ces outils pluriannuels, le financement des ESSMS tend vers cette nouvelle culture de la gestion qui repose sur une responsabilisation accrue de l'opérateur et sur des prévisions qui engagent les deux signataires du contrat.

La mise en place des CPOM dans le secteur MJPM présente beaucoup d'intérêts à la fois pour les associations gestionnaires d'un service (gain de temps, visibilité sur 5 ans) et l'administration (convergence budgétaire, application opérationnelle d'objectifs en termes de qualité, meilleure visibilité sur les activités de l'association). Malgré ces atouts souvent avancés par les partisans du CPOM, il est nécessaire de les confronter à des spécificités propres au secteur MJPM qui peuvent constituer des contraintes dans la mise en œuvre de procédés contractuels.

La première contre-hypothèse affichée pour cette étude est que la rédaction d'un CPOM peut être complexe et chronophage. Il est aussi important d'ajouter que l'élaboration peut être coûteuse car les associations font souvent appel à des prestataires extérieurs pour élaborer les diagnostics préalables aux CPOM. Ainsi, construire un CPOM sur 5 ans peut-il être au départ tout autant chronophage que les procédures budgétaires habituelles, à la fois pour les associations et pour l'administration ? Peut-on éviter le recours à des prestataires extérieurs pour éviter des coûts supplémentaires ?

Ensuite, les associations de mandataires sont souvent mono-service, c'est-à-dire qu'un organisme gère un seul service. Or, à l'évidence, les CPOM sont davantage adaptés à des associations qui gèrent plusieurs services. Aussi actuellement, les interlocuteurs privilégiés de la DRJSCS et des DDCS sont les directeurs salariés des services MJPM. Ce ne sera plus vraiment le cas avec le CPOM car il faudra changer d'interlocuteur et s'adresser aux présidents des associations gestionnaires avec lesquels les services déconcentrés travaillent moins du fait que pour ces petites structures, il n'y a pas de siège avec lequel ils dialoguent. Bien que la circulaire du 25 juillet 2013⁶ autorise la signature d'un CPOM avec une

4 Article 40 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

5 Article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale 2016

6 Circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du CPOM

association gérant un seul service, l'outil CPOM peut-il s'adapter à la structuration du secteur MJPM ?

Par ailleurs, avant 2016, les services MJPM étaient financés par un grand nombre de partenaires. En fonction de la situation des personnes sous mesure de protection judiciaire, les quote-parts entre les financeurs étaient variables et fluctuantes. Toutefois, la loi de finances de 2016 a transféré la quasi-totalité du financement du dispositif à l'Etat (99,7 %)⁷ afin de remédier à la complexité engendrée par la multiplicité des financeurs. La part Etat du budget des services sera ainsi plus facile à déterminer d'une année sur l'autre.

Enfin, les décisions de mise sous mesures de protection confiées aux MJPM sont du seul ressort de chaque juge des tutelles au sein des 59 tribunaux d'instance que compte la région Île-de-France. Le nombre de mesures est donc difficile à prévoir sur le moyen terme. La pluriannualité est-elle alors adaptée à l'activité des services qui peut varier considérablement d'année en année ? Peut-on atteindre l'objectif de convergence tarifaire dans ce contexte ?

Enfin, l'enjeu pour la DRJSCS est de convaincre les associations tutélaires de s'associer à la construction d'un CPOM. Or, celles-ci sont peu demandeuses car elles maîtrisent peu cet outil. Comment la DRJSCS peut-elle alors faire en sorte que les services franciliens s'approprient ce dispositif ?

Partant de ces différents constats et hypothèses de départ, la problématique générale de ce mémoire sera la suivante : **Comment est-il possible de faire du CPOM un outil pertinent pour les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs en Île-de-France ?**

La première étape d'investigation a consisté à étudier des CPOM déjà élaborés et signés entre les associations gestionnaires d'un service et leur autorité de tarification. Au total, 4 directeurs d'associations ont été interrogés (UDAF de Seine-et-Marne, de l'Indre, de l'Hérault et de l'Aude). Les questions ont abordé les motivations d'entrée dans la démarche, les modes d'élaboration, les difficultés identifiées dans sa construction, son suivi et ses résultats. Les DDCS et les DRJSCS concernées par la signature de ces CPOM ont été également interrogées (DRJSCS Centre-Val-de-Loire, DDCS de l'Indre, DDCS de Seine-et-Marne, DDCS de l'Hérault). Cette étape a permis de faire un état des lieux de cet outil dans le secteur de la protection juridique des majeurs.

Dans un deuxième temps, une enquête a été proposée aux responsables de services MJPM et aux DDCS d'Île-de-France. Sur les 38 services franciliens, 18 ont répondu à ce questionnaire en ligne. Les questions portaient sur le niveau de connaissance des services sur cet outil, leurs attentes vis-à-vis des autorités publiques et leurs avis sur la mise en œuvre du CPOM dans leur secteur d'intervention. Pour les 8 DDCS d'Île-de-France, le

⁷ Et 0,3 % aux conseils départementaux (Loi de finances 2016)

questionnaire visait à demander aux responsables du dispositif quels outils et moyens pouvait mettre en place la DRJSCS pour les accompagner dans cette démarche.

Ensuite, la troisième étape a consisté à interroger la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) qui encourage les services déconcentrés de l'Etat à signer des CPOM avec les services MJPM (cf. instruction n° DGCS/2A/5A/5C/2014/157 du 16 mai 2014 relative aux orientations de l'exercice 2014 pour la campagne budgétaire des services MJPM et DPF). Deux interlocutrices ont présenté les motivations de la DGCS sur cette démarche de contractualisation et fait un état des lieux de cette dynamique sur le territoire national.

Enfin, dans le but de mettre en perspectives ces entretiens avec d'autres domaines du champ social et médico-social, le directeur adjoint du pôle médico-social de l'ARS d'Île-de-France a été interrogé. Cette entrevue a permis de faire ressortir des différences notables dans la mise en œuvre des CPOM entre le secteur de la protection juridique des majeurs et le secteur du handicap.

Aucune association de représentants d'usagers n'a été sollicitée dans cette étude, puisque ces dernières portent souvent la casquette de fédération d'associations gestionnaires de services (FNAT, UNAF, UNAPEI,...) et que leurs directions ont été interrogées dans le cadre du questionnaire.

Dans une première partie, nous verrons que le CPOM peut répondre à de nombreux enjeux de la protection des majeurs malgré ses spécificités **(1)**. Dans une deuxième partie, nous observerons que, malgré les apports indéniables de la contractualisation en termes de simplification et d'amélioration de la prise en charge des personnes accompagnées, des questions restent en suspens sur ses gains en efficience **(2)**. Enfin, dans un troisième temps, nous verrons quelles méthodes peuvent être mises en place par la DRJSCS Île-de-France pour faire du CPOM un outil pertinent pour les services MJPM **(3)**.

1 Le CPOM, un outil peu diffusé dans le secteur social et médico-social, tend à être adapté aux services MJPM dans un cadre rénové de la protection juridique des majeurs

Le CPOM est un outil peu diffusé dans le secteur social et médico-social. En effet, seulement 16% des ESSMS étaient sous CPOM au 31 décembre 2014⁸. Dans le champ sanitaire au contraire, la contractualisation s'est généralisée dans les relations entre les ARS et les établissements de santé. D'aucuns n'hésiteraient pas à affirmer qu'à travers la mise en œuvre de la contractualisation, nous sommes à même de constater les 15 ans d'avance que possède l'action sanitaire sur l'action sociale et médico-sociale ! Nous fixerons dans un premier temps les caractéristiques du CPOM pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux **(1.1)** avant d'en comprendre les enjeux pour les services MJPM **(1.2)**. Enfin, nous verrons que la mise en place de l'outil CPOM pour les services MJPM doit s'adapter aux spécificités de ce secteur **(1.3)**.

1.1 Etat des lieux et caractéristiques du CPOM pour les ESSMS

Le CPOM a été créé dans le champ social et médico-social par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Des interrogations restent toujours en suspens quant à sa nature juridique et l'opposabilité de la tarification contractuelle. Celles-ci, nous le verrons un peu plus loin, sèment beaucoup d'incertitudes parmi les associations gestionnaires d'un service MJPM.

1.1.1 La genèse du CPOM depuis la loi n°2002-2 et sa diffusion dans le champ social et médico-social

La généralisation du CPOM pour les établissements de santé

Les CPOM ont été créés à l'origine pour les établissements de santé par l'ordonnance du 4 avril 1996 reprise dans l'article L. 6114-1 du Code de la Santé Publique. Cet outil contractuel visait à établir un cadre budgétaire pluriannuel pour aller vers une meilleure efficacité dans la gestion des projets des établissements publics et privés de santé.

Autre élément, ces contrats revêtaient une dimension stratégique. En effet, le texte de 1996 mentionne que les CPOM déterminent « *les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé* ». Le CPOM a été conçu dès le départ pour être un outil de régulation et un instrument d'amélioration de la qualité des services rendus aux patients.

8 Chiffre présenté par l'ANAP sur son site Internet : <http://www.anap.fr/actualites/actualites/detail/actualites/chiffres-cles-des-cpom/>

En 1996, le CPOM est aussi imaginé comme un outil de performance pour les établissements de santé. Via la contractualisation, les établissements gèrent plus librement leur budget, leur donnant ainsi plus de marge de manœuvre budgétaire en contrepartie d'une responsabilisation accrue. La contractualisation est aussi imaginée comme un outil de régulation de l'offre sur le territoire pour les autorités publiques à travers des mesures de coopération ou de mutualisation et d'amélioration de la qualité du service, tout en maîtrisant les coûts. Le CPOM est bel et bien, dès sa création, un outil pour la performance.

La naissance du CPOM social et médico-social et sa timide diffusion

Le CPOM intègre le secteur social et médico-social avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 (article 36) rénovant l'action sociale et médico-sociale, repris dans le CASF par l'article L. 313-11. L'article 36 de la loi donne la définition du CPOM : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est un document qui lie un organisme gestionnaire d'établissements et/ou de services avec son autorité de tarification, voire ses principaux financeurs, autour d'objectifs à réaliser pendant toute la durée du contrat. Ces objectifs sont déterminés en commun par les cocontractants. Cet engagement réciproque repose à la fois sur le schéma d'organisation sociale et médico-sociale et sur le projet d'établissement et/ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Au sens de ce même article L. 313-11 du CASF, le CPOM reste un outil facultatif pour les ESSMS. A la différence du CPOM sanitaire, le CPOM social et médico-social est une « simple faculté »⁹ pour les structures et les autorités publiques en charge de la tarification et/ou de l'autorisation des ESSMS.

Pour chacun de ses « Objectifs », le CPOM prévoit des « Moyens ». Les ressources nécessaires sont définies dans le CPOM pour toute la durée du contrat à partir d'un document de base appelé Budget Base Zéro (BBZ). Ce budget ne peut dépasser l'enveloppe de crédits limitative qui est arrêtée tous les ans, mais on peut y appliquer chaque année un taux d'évolution qui est défini selon les trois modalités prévues à l'article R.314-40 du CASF¹⁰. Des règles plus précises sur la pluriannualité budgétaire ont été introduites par le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des ESSMS¹¹. Dans le cadre de son CPOM, le gestionnaire a la possibilité de bénéficier de la fixation de l'évolution pluriannuelle de ses moyens financiers, de l'exonération de la procédure contradictoire annuelle et de la liberté d'affectation des résultats.

9 Terme employé dans la circulaire N°DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du CPOM

10 Ces modalités peuvent consister :

- soit en l'application directe à l'établissement ou aux services du taux d'évolution des DRL limitatives ;
- soit en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation ;
- soit en la conclusion d'avenants annuels d'actualisation ou de revalorisation.

11 Repris dans les articles R. 314-39 à R. 314-43 du CASF

A partir de ce socle législatif, plusieurs textes réglementaires sont venus préciser les contours du CPOM. Tout d'abord, l'ordonnance n°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 (article 7) a élargi ce cadre budgétaire pluriannuel à plusieurs institutions relevant d'un même organisme gestionnaire et dépendant de la même autorité de tarification. En d'autres termes, ce texte donne la possibilité aux autorités publiques de signer un CPOM avec une association gestionnaire de plusieurs établissements et/ou services dépendants de la même autorité de tarification. Il renforce alors l'idée de coopération inter-établissements avec pour finalité une amélioration de l'efficacité de l'action sociale et la continuité de prise en charge des usagers.

Le cadre budgétaire pluriannuel fixé par le CPOM a été clarifié par le décret n°2006-422 du 7 avril 2006 qui mentionne que l'affectation des résultats sur un exercice est librement décidée par l'établissement ou le service¹². Toutefois, l'affectation du résultat doit être validée en amont par l'autorité de tarification en vertu des articles R. 314-51 et R. 314-104 du CASF.

La contractualisation et la pluriannualité budgétaire sont encore aujourd'hui des modes de fonctionnement nouveaux pour les responsables d'ESSMS et pour les autorités en charge de l'autorisation et de la tarification de ces structures. Une série de circulaires ont alors été produites par l'administration centrale pour décrire les effets attendus de cet outil et donner des éléments de méthode pour l'élaboration des CPOM.

La circulaire DGAS/SD5B n°2006-216 du 18 mai 2006 sur la pluriannualité budgétaire explique aux services de l'État en charge de l'autorisation et de la tarification des ESSMS comment mettre en œuvre la Dotation Globalisée Commune (DGC) à plusieurs ESSMS relevant de la même enveloppe. La circulaire DGAS/SD5B n°2007-111 du 26 mars 2007 a donné par la suite les modalités d'application des dispositions des articles R. 314-39 à R. 314-43-1 du CASF qui sont relatifs à la pluriannualité budgétaire et qui dispensent les ESSMS de la procédure budgétaire contradictoire.

Par l'intermédiaire de ces circulaires, l'administration centrale a longtemps orienté les CPOM aux structures de taille importante pour une meilleure coopération entre établissements au sein d'une même entité juridique. D'ailleurs en 2015, peu de CPOM ont été signés avec des organismes gestionnaires « mono-structures »¹³. Ainsi, l'impulsion donnée à ces contrats pluriannuels a eu pour ambition de coordonner le maximum d'établissements afin de les amener à se restructurer et à se recomposer au regard des objectifs inscrits dans les schémas d'organisation et de planification. Pour arriver aux résultats escomptés, les autorités publiques avaient tout intérêt à cibler en priorité les associations gestionnaires d'un grand nombre d'établissements.

12 Article R. 314-43-1 du CASF créé par article 10 du décret N°2006-422 du 7 avril 2006

13 L'ANAP indique sur son site Internet (www.anap.fr) que 6% des CPOM sont « mono-structures » : <http://www.anap.fr/actualites/actualites/detail/actualites/chiffres-cles-des-cpom/>

Le cadre juridique du CPOM et de la pluriannualité ayant été posé et diffusé auprès des acteurs du secteur social et médico-social, la circulaire N°DGCS/SDC n°2013-300 du 25 juillet 2013 est venue ensuite proposer aux administrations déconcentrées une méthodologie de négociation, d'élaboration et de suivi de ces contrats. L'objet sous-jacent de cette circulaire fut également de soutenir cette dynamique de contractualisation, car les CPOM sont souvent considérés comme complexes et chronophages dans leur mise en oeuvre par les ESSMS, les directions de cohésion sociale ou les Agences Régionales de Santé (ARS). Elle demande également aux administrations déconcentrées de « *porter les efforts sur les organismes gestionnaires représentant une part importante des produits de [leur] tarification* ».

Malgré un cadre juridique bien défini par l'administration centrale, le CPOM n'est pas une obligation et reste toujours une option dont dispose l'autorité de tarification et les ESSMS, constituant une différence majeure avec le secteur sanitaire¹⁴. L'obligation de contracter pour certains organismes gestionnaires d'ESSMS a été néanmoins apportée par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui crée des CPOM « obligatoires » pour les établissements relevant de la compétence exclusive du directeur général de l'ARS ou du Préfet de région lorsqu'ils atteignent ensemble un seuil important des produits de tarification¹⁵.

Depuis la loi n°2002-2 qui crée les CPOM pour les ESSMS, de nombreux textes ont précisé les modalités de fonctionnement de ce nouvel outil. Toutefois, au 31 décembre 2014, seulement 16% des établissements et services médico-sociaux (les établissements sociaux ne sont pas intégrés dans ces statistiques) étaient couverts par un CPOM, soit 3051 sur 19 031¹⁶. De plus, ces CPOM concernent en grande majorité le secteur du handicap ; sur les 465 CPOM en cours de validité recensés par l'ANAP, 430 concernent ce secteur (93% environ). Ces statistiques montrent que la contractualisation couvre peu d'établissements et peu de secteurs du social et du médico-social.

1.1.2 Les questionnements sur la nature juridique du CPOM et l'opposabilité de la tarification contractuelle

Un contrat de droit public

La création des CPOM a été suivie d'un débat théorique sur la nature juridique de ces contrats. Les CPOM sont-ils des contrats de droit public ou de droit de privé ? Relèvent-ils du juge des contrats ou du juge de la tarification ?

14 L'article L. 6114-1 du Code de santé publique stipule que l'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation prévue à l'article L.6122-1 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans.

15 Article L. 313-12-1 CASF

16 Chiffres recensés sur le site Interne de l'ANAP : <http://www.anap.fr/actualites/actualites/detail/actualites/chiffres-cles-des-cpom/>

La question n'a jamais été réellement tranchée par les hautes juridictions. Pour rappel, pour être qualifié de contrat administratif, celui-ci doit comporter deux critères, un critère organique nécessitant qu'un des contractants soit une personne de droit public et un critère matériel. Dans le cas des CPOM, il est certain que le critère organique soit respecté par le contrat puisque l'autorité de tarification est nécessairement une personne de droit public. Les interrogations quant à la nature juridique du CPOM concernent son critère matériel. Pour remplir ce dernier critère, le contrat doit, soit contenir des clauses exorbitantes de droit commun, soit avoir pour objet l'exécution même du service public, c'est-à-dire selon la jurisprudence, être relatif à l'organisation d'un service public ou viser à la fois l'organisation et l'exécution du service public.¹⁷.

Le Conseil d'Etat, dans sa jurisprudence rendue le 22 février 2007¹⁸, a refusé de reconnaître aux acteurs privés du secteur social et médico-social l'appartenance au service public. Ainsi, on ne peut pas chercher le critère matérielle dans les missions exercées par les établissements. C'est la nature même du CPOM, tel qu'il est défini dans les textes, qui peut nous renvoyer à un critère matériel relatif à l'organisation d'un service public. Comme le mentionne Olivier POINSOT dans l'un de ses articles traitant de cette problématique, « *le CPOM a pour objet de gouverner les relations entre l'autorité de tarification – qui peut aussi être le financeur – et l'organisme gestionnaire pour la définition, l'atteinte et l'évaluation des objectifs assignés aux établissements et services sociaux et médico-sociaux et de l'utilisation des moyens correspondants* »¹⁹. En effet, la loi n°2002-2 mentionne dans l'article 36 (repris dans l'article L.313-11 du CASF) que le CPOM doit « *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* ». Dès lors, le CPOM peut être caractérisé de contrat administratif.

Nonobstant l'hésitation du juge à qualifier l'objet du CPOM d'exécution du service public, la DGCS a quant à elle tranché en faveur du droit public dans la circulaire du 25 juillet 2013 en évoquant un autre critère matériel. L'administration centrale qualifie le CPOM comme soumis aux règles du droit public puisqu'il satisfait à la fois à un critère organique – les contrats ont nécessairement pour partie un service de l'Etat ou l'ARS – et un critère matériel – les CPOM contiennent des clauses exorbitantes de droit commun par des prérogatives de contrôle exercées par la personne de droit public sur la personne de droit privé ou la faculté reconnue à la partie publique de modifier unilatéralement les stipulations du CPOM.

Une tarification contractuelle non-opposable

L'autorité de tarification a la possibilité de résilier de manière unilatérale le contrat, en tout ou partie, notamment si les conditions de ses moyens budgétaires ne lui permettent plus de

17 Conseil d'Etat, 20 avril 1956, Epoux Bertin et ministère de l'agriculture contre consorts Grimouard

18 Conseil d'Etat, 22 février 2007, APREI

19 Olivier POINSOT, « CPOM : régime juridique », octobre 2008

concilier les engagements contractuels avec le respect du caractère limitatif de son enveloppe régionale. Ce constat représente la principale crainte des associations gestionnaires d'un service MJPM liée à « *une révision brutale des engagements de l'Etat et une réduction arbitraire des moyens alloués avec une impossibilité de sortir du CPOM* »²⁰.

Le juge des tarifications a confirmé en 2012 la non-opposabilité du tarif contractuel au financeur dans le cadre du CPOM²¹. Dans cette jurisprudence, le juge a fait valoir que la base de tarification du CPOM, le BBZ, n'avait qu'une valeur indicative, ce qui prive le tarif contractuel d'opposabilité.

Le tarif contractuel n'a donc pas de valeur impérative. Cet enseignement peut conduire les responsables d'organismes gestionnaires à la « *plus grande prudence* »²² vis-à-vis de la mise en œuvre des CPOM dans le secteur de la protection juridique des majeurs. Pour un organisme gestionnaire d'un seul et même service, l'intérêt de s'engager dans la négociation d'un CPOM demeure très incertain d'autant que, compte tenu du contexte budgétaire actuel, les autorités de tarification sont placées dans l'incapacité d'avoir une vision claire de l'évolution des ressources sur plusieurs années.

1.1.3 La négociation et la structuration du CPOM

1.1.A) Les étapes de l'élaboration d'un CPOM

L'élaboration d'un CPOM fait l'objet au préalable d'une négociation entre les cosignataires et d'un dialogue interne au sein de la structure. La négociation d'un CPOM est une démarche longue, qui dure généralement de 9 mois à 1 an. Un directeur d'association gestionnaire d'un service MJPM a fait part, lors d'un entretien, de la charge de travail qui lui incombait pour élaborer son CPOM : « *Lors de la construction du CPOM, il y a eu un très gros travail d'élaboration initial, c'est-à-dire que moi en amont, j'ai fait un diagnostic d'environ un an avec mes équipes dans le cadre d'un management participatif et de proximité. (...) Une fois le diagnostic fait, je me suis fait un peu aider par un cabinet d'expert-comptable pour bien aborder les différentes questions budgétaires (...)* »²³.

Au démarrage de la construction d'un CPOM, un diagnostic est établi pour repérer les points forts et les points faibles de chaque établissement ou service et proposer des axes d'amélioration qui permettront la définition des objectifs. Cette étape de diagnostic demande un investissement lourd de la part de la structure et requiert des compétences variées puisqu'elle doit mobiliser en interne l'ensemble des salariés et des usagers au sein de

20 Réponse d'une association francilienne à l'enquête envoyée aux responsables d'associations gestionnaires d'un service MJPM

21 TITSS de Lyon, 12 mars 2012, Association APEI de Chambéry contre ARS de Rhône-Alpes

22 POINSOT Olivier, "CPOM : le tarif contractuel n'est pas opposable au financeur", *Direction(s) n° 98*, juillet-août 2012, p. 12

23 Entretien le 11 août 2015 avec PB, directeur d'une association gestionnaire d'un service MJPM et DPF

différentes instances de participation. Souvent, les associations délèguent cette étape à un prestataire extérieur.

Après cette première étape, les objectifs sont formalisés dans des « fiches-action ». Ces dernières fixent les modalités de mise en œuvre, un délai de réalisation, des indicateurs de suivi, une valeur cible, une personne référente et éventuellement des partenaires.

Au regard de ces objectifs, les moyens sont évalués à travers une analyse budgétaire et comptable et une simulation des coûts. Dans beaucoup de cas, le CPOM est négocié à coût constant avec l'autorité de tarification, ce qui engage les organismes gestionnaires à rationaliser leurs dépenses afin de dégager des marges de manœuvre en interne.

Le CPOM est ensuite remis à l'autorité de tarification, ou dans certaines situations à l'autorité de proximité (c'est-à-dire à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) ou à la Délégation Territoriale de l'ARS selon la catégorie d'ESSMS). Le tarificateur ou son représentant fait un retour sur les objectifs et les moyens fixés dans le document ; l'administration a alors son mot à dire sur le contrat comme le souligne un directeur d'une association : *« Il y a certaines actions qui ont été retoquées et il y a certaines orientations de financement qui ont été requestionnées lorsqu'on leur a présenté notre CPOM, notamment une action sur l'information des tuteurs familiaux qui ne pouvait pas être financée par l'Enveloppe Régionale Limitative (ERL) »*²⁴.

A l'issue de cette démarche et de cette négociation entre les deux parties, le contrat est soumis à la signature de l'administration concernée. Le CPOM doit également respecter une forme bien précise pour être validé.

La structuration du CPOM

Le CPOM a été maintes fois formalisé, notamment par la circulaire du 25 juillet 2013 qui donne aux administrations déconcentrées un CPOM-type²⁵ à adapter aux différents ESSMS dont elle a la charge de tarifier. Globalement, le CPOM est composé en plusieurs parties : un socle et des annexes qui y sont rattachées.

Le CPOM se compose tout d'abord d'un socle qui précise les règles d'exécution du contrat. Ce socle commence par désigner les cocontractants et donner les dispositions législatives et réglementaires qui concernent le contrat. En deuxième lieu, cette partie fixe les modalités financières de réalisation du contrat, ce qui est un élément très important puisque les textes²⁶ donnent beaucoup de libertés à l'administration dans les modalités d'évolution des moyens. Tout d'abord, ces modalités doivent porter sur l'allègement de la procédure contradictoire et la revalorisation du produit de la tarification qui est faite chaque année. L'organisme gestionnaire ne peut pas se dispenser de transmettre à l'autorité de tarification son budget

24 Entretien le 11 août 2015 avec PB, directeur d'une association gestionnaire d'un service MJPM et DPF

25 En annexe : structure-type d'un CPOM social ou médico-social issu de la circulaire du 25 juillet 2013

26 Articles R. 314-39 à R. 314-43-1 du CASF

prévisionnel – quoique simplifié – et ses comptes administratifs chaque année. Cet élément doit être précisé dans le socle du CPOM. Ensuite, les modalités financières doivent préciser le mode d'actualisation et de revalorisation de la dotation dans les options proposées à l'article R.314-40 du CASF (taux d'évolution DRL, formule fixe d'actualisation/revalorisation, conclusion d'avenants annuels d'actualisation/revalorisation). Toujours en ce qui concerne les modalités financières, le contrat donne les conditions de virement de crédits entre groupes fonctionnels dans le respect des principes de l'article L.314-45 du CASF et détermine les modalités d'affectation des résultats de l'exercice, en tout ou partie, par l'association. Ensuite, le socle du contrat énonce les modalités de suivi et d'évaluation notamment la mise en œuvre du dialogue de gestion. Plusieurs possibilités peuvent être offertes à l'administration et à la structure pour améliorer le suivi des actions et améliorer, voire simplifier, le dialogue entre les deux parties. Des modalités d'évaluation finale du contrat doivent, autant que faire se peut, être prévues dès sa signature (rapport/bilan final, évaluation externe,...). Enfin, le socle du contrat prévoit les conditions de révision et de résiliation du contrat dans le cas d'une modification substantielle de l'activité de l'association, des dispositions réglementaires et législatives ainsi que de la personne morale signataire. Elle précise aussi la procédure à suivre en cas de litige entre les deux parties.

Le CPOM se compose ensuite d'annexes. C'est dans celles-ci que le CPOM détaille les objectifs retenus et les indicateurs associés. Pour cela, les objectifs sont généralement déclinés en fiches-action. Chaque fiche-action constitue une annexe au socle du contrat. Pour comprendre ces objectifs, il importe que le diagnostic initial (ou une synthèse des besoins) soit annexé au contrat. Le CPOM contient enfin des annexes financières dont le BBZ et une évaluation des coûts de chaque action dans la section fonctionnement et la section investissement.

On se rend compte que, tant dans sa forme que dans son contenu, le CPOM donne beaucoup de libertés à l'organisme gestionnaire. Il est alors intéressant de voir dans une seconde partie, à quels enjeux de la protection juridique des majeurs le CPOM pourrait répondre.

1.2 Les enjeux des CPOM dans le cadre spécifique de la protection des majeurs

La loi n°2007-308 du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs, mise en application au 1^{er} janvier 2009, a provoqué plusieurs bouleversements dans le secteur de la protection juridique des majeurs. Dans ce nouveau cadre de fonctionnement, les services MJPM se retrouvent encore aujourd'hui face à plusieurs enjeux en matière de gestion et d'amélioration de la qualité, pour lesquels l'outil CPOM pourrait être un facilitateur.

1.2.1 Les bouleversements produits par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 dans le fonctionnement et la tarification des services MJPM

Il convient d'abord de rappeler que les services MJPM, qui étaient dénommés avant le 1^{er} janvier 2009 « associations tutélaires », n'ont été intégrés que récemment dans la catégorie des ESSMS²⁷ par la loi 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. L'activité du secteur de la protection juridique des majeurs est maintenant régie par les dispositions du CASF, notamment celles issues de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cette introduction des services MJPM dans le corpus de la loi n°2002-2 et des dispositions du CASF a eu plusieurs conséquences majeures. En effet, les services MJPM ont dû en 2009 se conformer aux règles relatives à l'autorisation, au fonctionnement des ESSMS, à l'obligation de procéder à des évaluations internes et externes et au devoir de garantir les droits des usagers. Ainsi, les services MJPM ont l'obligation légale et réglementaire de rédiger un projet de service, un règlement de fonctionnement et de produire un Document Individuel de Protection des Majeurs (DIPM) pour chaque majeur protégé. Depuis 2009, des services n'ont pas complètement intégré ces impératifs dans leur fonctionnement. Le CPOM peut alors être utilisé pour amener ces services à se conformer à ces dispositions.

Au niveau budgétaire, les services MJPM ont dû s'adapter à un nouveau mode de tarification : la Dotation Globale de Financement (DGF). Les « associations tutélaires » étaient avant 2009 financées par le prix du mois de tutelle. L'Etat tarifait les associations en fonction de leur nombre de mois tutelle et le nombre de mois curatelle. Durant l'exercice, l'association disposait de l'enveloppe à sa guise tant qu'elle respectait l'équilibre budgétaire. Depuis 2009, le montant de la DGF pour un service est déterminé à partir d'indicateurs qui sont propres au secteur de la protection juridique des majeurs (PJM). Quatre indicateurs²⁸ sont dits « de référence » et se calculent à partir du nombre de points pour chaque mesure en fonction de la nature de la mesure (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice), du lieu d'exercice (domicile ou établissement) et de la période d'exercice (ouverture, fermeture et gestion courante) :

- Poids moyen de la mesure [Total des points/ total des mesures en moyenne financées] : apprécie l'activité en fonction de la lourdeur de prise en charge des mesures ;
- Nombre de points par ETP [total des points/nombre total d'ETP] : permet d'apprécier les moyens en personnel d'un service tutélaire par rapport au nombre de points ;

27 Article L.312-1| 14° du CASF

28 Arrêté du 9 juillet 2009 fixant les indicateurs des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales et leurs modes de calcul

- Nombre de mesures moyennes par ETP $[(\text{Total des points}/(\text{valeur nationale de } 2P3M \times 12))/\text{Nombre total d'ETP}]$: a pour but d'apprécier le nombre de mesures par salarié sur la base d'une mesure dont la lourdeur de prise en charge est moyenne au niveau national ;
- Valeur du point service $[\text{Total du budget}/\text{Total des points}]$: permet de comparer les charges globales d'un service tutélaire en neutralisant l'hétérogénéité des mesures prises en charge. La valeur de cet indicateur correspond au coût du point du service.

Ces indicateurs illustrent également la situation d'un service. L'autorité de tarification se sert également de ces indicateurs pour tendre vers la convergence tarifaire des services par rapport à des valeurs régionales ou nationales. Pour tendre vers ces valeurs cibles, le CPOM peut devenir l'outil adéquat car il lisse la situation financière d'un service sur plusieurs années et laisse à la structure le choix de ses dépenses.

1.2.2 Les enjeux des CPOM en matière de gestion pour les services MJPM

La pluriannualité budgétaire du CPOM offre beaucoup d'avantages à la structure et lui laisse une autonomie budgétaire qui est toutefois à relativiser. Formalisée dans le Budget Base Zéro (BBZ), elle permet d'abord à l'organisme gestionnaire d'avoir une vision financière sur le moyen terme. Dans le cadre d'une tarification annuelle, l'association « navigue à vue » et ne peut faire état de ses ressources d'année en année. De plus, le montant de la dotation globale de l'exercice est décidé très tardivement par l'autorité de tarification, généralement vers la fin de l'été de l'année de l'exercice, faute d'une ERL publiée dans les temps. Avec la pluriannualité budgétaire, les dépenses sont décidées pour 5 ans. L'association pourra dès lors mener une stratégie de développement de son activité tout en sachant les moyens qu'elle pourra y consacrer. La fixation des moyens sur toute la durée du contrat est toutefois à nuancer, puisqu'une actualisation/revalorisation du produit de tarification, à la hausse ou à la baisse, s'appliquera chaque année.

La fixation pluriannuelle du budget permet également à la structure de rentrer dans une démarche projet puisqu'elle peut réaliser des actions ou des transformations de son activité sur toute la durée quinquennale. Au contraire, dans un cycle budgétaire annuel, la structure doit impérativement « boucler » ses actions dans l'année puisqu'une dépense a été budgétée seulement pour une année N. Une dépense non-réalisée vaut une reprise qui affecte directement le résultat de l'exercice suivant. Par ailleurs, des éléments externes peuvent bloquer la réalisation d'un projet ou le repousser dans le temps. Cette hypothèse disparaît dans le cadre d'un financement pluriannuel car l'association peut étendre son projet sur toute la durée du CPOM. Une directrice d'association gestionnaire d'un service MJPM a souligné les difficultés de gestion rencontrées avant la signature de son CPOM: « *la direction*

de l'XXX restait coïncider entre un financeur qui a une visibilité sur un an et son organisation et son activité qu'elle devait faire évoluer. Il y a une évolution dans le temps et il faut avoir une vision dynamique »²⁹. Le CPOM outrepassa cette contrainte temporelle grâce à la construction pluriannuelle du budget.

La fongibilité des crédits entre établissements et services gérés par une même association signataire d'un CPOM est aussi un élément de la contractualisation qui donne plus d'autonomie de gestion à la structure. Dans notre cadre d'étude, nous verrons que cette possibilité est très peu utilisée par les associations gestionnaires d'un service MJPM car elles sont très souvent mono-service.

Enfin, l'avantage du CPOM est de rendre les ressources fongibles entre les trois groupes de dépenses (dépenses afférentes à l'exploitation courante, dépenses afférentes au personnel, dépenses afférentes à la structure). Ces virements de crédits permettent le financement de charges nouvelles ou plus importantes que celles prévues au budget exécutoire par des économies d'un montant identique sur d'autres dépenses prévues dans le même budget.

L'engagement pluriannuel semble offrir beaucoup d'avantages à l'association gestionnaire. Tout autant, la pluriannualité peut devenir un outil pour améliorer la qualité de prise en charge des personnes protégées.

1.2.3 Les enjeux des CPOM en matière de qualité pour les services MJPM

En plus de la nouvelle qualification d'ESSMS pour les services MJPM, la loi n°2007-308 a affirmé trois grands principes pour la protection juridique des majeurs : la nécessité, la subsidiarité et la proportionnalité. En Île-de-France, certains services ne se sont pas appropriés, ou bien que partiellement, les règles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne la mise en place des outils de loi n°2002-2 sur le droit des usagers.

En effet, certaines formes d'organisation et de fonctionnement des services ne vont pas dans le sens de ce triptyque créé par loi. De leur côté, les DDCS et DRJSCS doivent alors faire appliquer ces règles et disposent de plusieurs leviers. L'inspection en est un, mais par manque de temps et pour atténuer l'image d'une « tutelle » aux pratiques trop coercitives, la contractualisation peut s'avérer un outil plus adéquat.

En tout premier lieu, la proximité avec le majeur protégé est devenue une priorité à la fois pour les pouvoirs publics mais aussi pour les associations. Parmi les associations couvertes par un CPOM, l'outil a inclus de nombreux projets en ce sens, comme le passage à la gestion électronique des dossiers (GED), la création d'antennes du service MJPM sur le département ou encore le développement de l'exercice des mesures à domicile grâce à l'acquisition de clés 3G. Le CPOM permet de graver dans le marbre ces projets qui rapprochent la personne protégée de son service.

29 Entretien le 17 juin 2015 avec DB, directrice d'une association gestionnaire d'un service MJPM

Ensuite, la DRJSCS Île-de-France a, en ce qui la concerne, élaboré des objectifs en matière d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et de participation des usagers dans son schéma régional des MJPM et des DPF 2015-2020. La contractualisation semble être un bon outil pour appliquer ces objectifs régionaux inscrits dans le schéma comme l'a rappelé le chef du pôle social d'une DRJSCS interrogée. Selon lui, la caractéristique première du CPOM est d'être « *une feuille de route qui est axée qualité sur la prise en charge* »³⁰.

Ainsi, des associations ont inscrit dans leur CPOM des objectifs en matière de participation des usagers et de suivi de la qualité. Par exemple, une association gestionnaire d'un service MJPM a planifié dans son CPOM 2010-2014 une action visant à renforcer la place de l'utilisateur en lien avec sa certification à la norme ISO 9001. Cette action avait abouti à la création d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS), instance de participation qui n'est pas obligatoire au sens du CASF pour les services MJPM³¹. Lors de l'entretien réalisé avec le directeur de cette association, celui-ci s'est targué de cette réussite en matière de participation des majeurs protégés : « *Depuis 1999, l'association est certifiée ISO 9001 (satisfaction client, respect des obligations légales et écoute des personnes confiées). Les enquêtes de satisfaction se faisaient plus loin ; dans le CPOM, on a mis le développement d'un Conseil de la Vie Sociale avec comme président une personne sous tutelle. Cela marche superbement bien ! On le siège à « Ville 1 » et sur nos deux antennes* »³². Dans cet exemple, le CPOM est bien devenu un outil pour développer des actions de participation.

Sur la région Île-de-France, l'une des priorités de la DRJSCS est de développer le maillage territorial des MJPM. Dans ce contexte, on peut se demander si le CPOM ne deviendrait pas un outil de développement des réseaux ou des coopérations inter-services pour améliorer la qualité de prise en charge. Dans l'enquête réalisée, le directeur d'une association parisienne appuie cette idée dans un souci d'efficacité : « *sur Paris, il semblerait qu'un rapprochement de structures identiques souvent de taille moyenne ou petite via le CPOM, permettrait des organisations plus efficaces* »³³. Il peut être en effet intéressant de faire apparaître dans les CPOM des rapprochements ou des coopérations entre les associations, dans le but principal d'améliorer le maillage des services MJPM sur le territoire.

Enfin, le CPOM peut être vecteur d'amélioration des principes de subsidiarité et de proportionnalité énoncés par la loi n°2007-308. Par exemple, l'information et le soutien des tuteurs familiaux (ISTF) est une action qui pourra être développée dans le CPOM d'autant plus qu'un des objectifs de la réforme de 2007 portant sur la protection juridique des majeurs

30 Entretien le 25 août avec GT, chef du pôle cohésion social et politique de la ville d'une DRJSCS

31 L'article 10 de la loi n°2002-2, repris par l'article L.311-6 du CASF, oblige néanmoins certains ESSMS à élaborer « soit un CVS, soit d'autres formes de participation »

32 Entretien le 23 août avec MP, directeur d'une association gestionnaire d'un service MJPM hors Île-de-France

33 Réponse d'une association à l'enquête électronique le 22 septembre 2015

est la responsabilisation des familles. Toutefois, dans les CPOM réalisés jusqu'alors, la DGCS refusait de financer l'ISTF.

Aussi, parmi les CPOM déjà réalisés avec les services MJPM, beaucoup comprennent comme action la mise en place d'une évaluation interne et/ou externe, qui est une obligation légale instaurée par loi 2002-2³⁴. Un service a par exemple inscrit dans son CPOM une action de mise en place des évaluations interne et externe avec un calendrier de préparation entre 2014 et 2018 : formation, diagnostic, rapport évaluation et plan d'amélioration continue de la qualité.

En définitive, la contractualisation peut répondre aux nombreux enjeux du secteur de la protection juridique des majeurs et satisfaire aux nouvelles obligations qui s'imposent aux services MJPM en matière budgétaire et de qualité de prise en charge des personnes protégées. Toutefois, un service MJPM n'est, sur beaucoup de points, pas comparable aux autres catégories d'ESSMS. Ces spécificités sont donc à prendre en compte dans le cadre de notre étude.

1.3 Des spécificités propres aux services MJPM à prendre en compte dans la réflexion menée sur la mise en œuvre des CPOM

La mise en œuvre des CPOM et son effectivité peuvent être limitées par des caractéristiques intrinsèques aux services MJPM. Ainsi, il sera expliqué ici en quoi les particularités des services MJPM pourraient limiter la portée du CPOM.

1.3.1 Les associations gestionnaires de services MJPM sont de petites organisations mono-service

A sa création, le CPOM a été pensé pour les associations pluri-établissements afin de faciliter la gestion de plusieurs ESSMS et de réduire le nombre d'interlocuteurs. L'administration centrale ne privilégiait pas la contractualisation pour les petites associations mono-service, notamment par la circulaire du 25 juillet 2013 qui visait particulièrement les associations pluri-structures dont le produit de tarification était conséquent au regard des enveloppes régionales. Cette politique fait qu'aujourd'hui les contrats portent en moyenne sur 7 structures médico-sociales³⁵. Comme le montrait Jean-Pierre HARDY en 2010 dans l'un de ses travaux, l'administration orientait davantage les « petites associations » vers des outils de coopération : « *Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) s'adressent aux « grandes » associations gestionnaires du secteur médico-social, alors que le groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) s'adresse aux « petites »*

34 L'article L. 312-8 du CASF crée l'obligation pour les établissements et services de « *procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent* »

35 Chiffres recensés sur le site Interne de l'ANAP : <http://www.anap.fr/actualites/actualites/detail/actualites/chiffres-cles-des-cpom/>

*associations et aux gestionnaires « mono-établissement »*³⁶. Cinq ans après, on se rend compte que les petites associations se sont très peu appropriées le GCSMS, instrument de coopération qui a souvent été décrié et mis à mal dans sa pratique. Aujourd'hui, l'administration centrale souhaite que la contractualisation couvre toutes les associations gestionnaires³⁷. Le CPOM est considéré comme l'outil universel destiné à toutes les organisations gestionnaires qu'importe leur taille.

En l'occurrence, les associations gestionnaires de services MJPM sont de taille modeste si on les compare aux autres secteurs du social et du médico-social. Par exemple en moyenne en Île-de-France, chaque service MJPM comptait environ 14,36 délégués MJPM (ETP) en 2013³⁸. De plus, sur le territoire francilien comme sur le territoire national, les associations gestionnaires d'un service MJPM sont pour la plupart des organismes mono-service, c'est-à-dire ne gérant qu'un seul et unique ESSMS répertorié à l'article L. 312-1 du CASF. Sur la totalité des associations gestionnaires d'un service MJPM en Île-de-France, une seule gère plusieurs établissements répartis sur plusieurs départements franciliens. Autre particularité, les associations gestionnaires d'un service MJPM gèrent souvent d'autres activités portant sur l'accompagnement administratif et juridique des personnes, la prévention et la protection de l'enfance ; mais celles-ci ne peuvent intégrer le périmètre du CPOM car n'appartenant pas à la catégorie des ESSMS.

En réalité, les associations gèrent le plus souvent deux services au titre de la protection des personnes car elles exercent, en *sus*, des Mesures Judiciaires d'Aide à la Gestion du Budget Familial (MJAGBF) qui ont été introduites par la loi n°2007-308 pour exercer auprès de la famille une action éducative visant à rétablir les conditions d'une gestion autonome des prestations sociales. Au sein des associations, ces mesures sont exercées par des Délégués aux Prestations Familiales (DPF). Le nombre de MJAGBF en Île-de-France est très faible comparé au nombre de mesures MJPM et a tendance à décroître. Entre 2009 et 2013, le nombre de MJAGBF a diminué de 12 % sur le territoire³⁹. Dans ce contexte qui n'est pas propre à l'Île-de-France, une association non francilienne a vu dans le CPOM un moyen pour articuler les ressources humaines du service MJPM dont l'activité continuait à évoluer, avec les ressources humaines du service DPF dont l'activité était en baisse. Dans ce cas précis, le CPOM est devenu un outil pour redéployer les crédits qui n'étaient pas utilisés d'un service à un autre.

On constate alors que les gestionnaires de services MJPM et/ou DPF diffèrent des autres secteurs du médico-social (personnes handicapées et personnes âgées) à la fois par leur structuration et leur taille. Cette caractéristique nous poussera ultérieurement à nous

36 Jean-Pierre Hardy, « La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique », dans *Vie sociale* 2010/1 (N° 1), p. 43-57. DOI 10.3917/vsoc.101.0043

37 Réponse de la DGCS le 28 septembre 2015

38 Schéma régional des MJPM et DPF Île-de-France 2015-2019

39 Schéma régional des MJPM et DPF Île-de-France 2015-2019

interroger sur le coût, en temps et en euros, de la mise en place des CPOM. Après avoir fait une analyse des associations de ce secteur, il importe de se pencher sur leur niveau d'activité et son évolution afin de comprendre comment pourront être intégrés les CPOM.

1.3.2 Le prescripteur des mesures de protection, la Justice, est indépendant du tarifificateur

Le juge des tutelles et le procureur de la république ont un rôle central dans le dispositif MJPM. En tout premier lieu, la procédure d'habilitation du service mandataire (ou du mandataire dans le cas d'un mandataire individuel) est décidée par le Préfet après avis conforme du procureur de la République⁴⁰. En matière de responsabilité, le juge des tutelles a des pouvoirs très étendus à l'égard des personnes physiques ou morales chargées de la protection⁴¹, notamment les pouvoirs de prononcer des injonctions et de les dessaisir de leur mission en cas de manquement caractérisé dans l'exercice de celle-ci. Le procureur a également le droit de prononcer leur radiation suite à la demande du juge.

Mais avant tout, c'est le juge des tutelles, conformément à l'article du code civil, qui ordonne les mesures de mise sous protection juridique dès lors que la personne est « *dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté (...)* »⁴². A partir de sa décision, le juge attribue l'exercice de la mesure, lorsqu'il n'est ni possible, ni souhaitable, de nommer un tuteur familial, à un MJPM, qu'il soit un service, un individu ou un préposé d'établissement. C'est donc lui qui détermine à la fois le nombre de mesures sur le territoire de son tribunal d'instance et donc le niveau d'activité des services MJPM. Cet élément est important à prendre en compte, car ni le service en question, ni l'Etat, n'ont la main sur cette variable. Le niveau d'activité des MJPM est d'autant plus imprévisible que lors de la dernière procédure d'autorisation en Île-de-France, la plupart des services MJPM avaient été autorisés en 2010 par le Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms) sans capacité d'autorisation en nombre de mesures.

Il paraît difficile pour une association de projeter son flux de mesures (différence entre les entrées et les sorties de mesures) sur le moyen terme. Or, l'engagement de la structure dans un CPOM nécessite indubitablement une stabilité pour l'association qui s'engage sur des objectifs avec des moyens fixes. Il est alors nécessaire de mieux prévoir l'activité pour mettre en marche le procédé contractuel dans ce secteur. Pour cela, une des actions inscrites dans le schéma régional des MJPM et des DPF d'Île-de-France est d'indiquer une capacité en

40 Articles R. 472-1 à R. 472-10 et R. 472-25 du CASF

41 Article 417 du Code Civil

42 Article 425 du Code Civil

nombre de mesures dans les arrêtés d'autorisation de tous les services MJPM et les services DPF de la région.

Le renforcement de la coopération entre l'Etat et la Justice doit aussi être opérante afin d'accroître la visibilité des services qui souhaitent contracter un CPOM. Les enquêtes menées par la DRJSCS Île-de-France auprès des tribunaux d'instance doivent donc être poursuivies pour deux raisons :

- Suivre la répartition des mesures de protection en stock et par affaire nouvelle,
- Améliorer le suivi des sorties de mesures, la répartition des sorties de mesures et la répartition des mesures nouvelles en fonction des services.

Le dispositif MJPM comprend une multitude d'acteurs à prendre en considération dans la rédaction d'un CPOM. Néanmoins, depuis le 1er janvier 2016, le financement des services a été simplifié ; l'Etat est devenu quasiment l'unique financeur.

1.3.3 Depuis 2016, l'Etat est devenu l'unique financeur, facilitant la mise en place des CPOM

La loi de finances pour 2016 a fait de l'Etat l'unique financeur de la protection juridique des majeurs⁴³. Auparavant, la prise en charge financière d'une mesure de protection par la collectivité était partagée entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale, principalement la CAF. Par exemple, en 2015 sur la région Île-de-France, la répartition des personnes protégées selon les financeurs publics était la suivante : Etat (47,75%), CAF (45,79%) et CARSAT (3,48%)⁴⁴.

En toute logique, dans cet ancien fonctionnement, le CPOM aurait dû intégrer dans les signataires la CAF, qui contribue largement à la DGF d'un service. Or dans les CPOM étudiés ici, la CAF n'a pas eu son mot à dire sur la construction du CPOM ; tout au mieux, elle a été conviée aux réunions de présentation des orientations du contrat. Or en réalité, le contrat s'oppose à elle également, et pas seulement aux cocontractants. D'autre part, la DDCS peut également avoir une sorte d'inquiétude quant au fait d'engager un partenaire financier sur des objectifs et des moyens qu'il n'a pas consentis. L'implication de la CAF dans l'élaboration des CPOM pouvait parfois même être essentielle car la part CAF des produits de tarification grimpe à 75% dans certains départements.

La question ne se pose plus depuis que l'Etat est devenu l'unique financeur. Cette mesure de simplification du financement du dispositif va permettre de légitimer les engagements pris par les deux signataires dans le CPOM.

43 Toutefois, une part résiduelle du produit de tarification des services MJPM (0,3%) est toujours financée par le Conseil départemental (loi de finances pour 2016)

44 Instruction budgétaire 2015

La contractualisation peut présenter beaucoup d'avantages pour les associations et les autorités publiques malgré les spécificités du secteur de la protection juridique des majeurs. Ainsi, il est important dans une seconde partie d'analyser l'apport de l'outil à partir d'exemples de CPOM déjà réalisés et d'observer quel est le ressenti des acteurs franciliens quant à l'hypothèse de généraliser cet outil.

2 La mise en œuvre des CPOM en direction des services MJPM : des exemples concluants au niveau national mais des interrogations sur le territoire francilien

Ce chapitre montre que les expériences de contractualisation en France ont été bénéfiques aux services MJPM signataires (2.1). Les acteurs franciliens sont quant à eux assez favorables à cette démarche même s'il existe des réticences quant à l'équilibre de ces contrats et à leur généralisation (2.2). De surcroît, les CPOM peuvent avoir un coût d'entrée à ne pas négliger par les autorités de tarification et de contrôle (2.3).

2.1 Les atouts du CPOM au regard des expériences de contractualisation de services MJPM

Les différentes expériences relatées lors des entretiens montrent que les CPOM sont bénéfiques aux services et aux autorités publiques. Sur les quatre associations interrogées à propos du CPOM, toutes ont intégré la démarche de contractualisation entre 2009 et 2011 et ont signé parfois un deuxième CPOM. Il est ressorti des entretiens que les CPOM présentent beaucoup d'atouts et qu'ils répondent aux enjeux qui ont été présentés dans le premier chapitre.

2.1.1 Le CPOM est un outil de simplification de la procédure budgétaire

Le premier atout du CPOM qui a été souligné par les directeurs d'association est la simplification et la transparence qu'apporte l'outil. Le CPOM permet un allègement dans l'élaboration du budget prévisionnel qui est transmis à l'autorité de tarification chaque année au 31 octobre. Alors que dans un cycle budgétaire annuel, le budget prévisionnel détaille tous les postes de dépenses dans chacun des groupes fonctionnels, dans le cadre du CPOM, une simple feuille A4 indiquant le montant des trois groupes de dépense suffit. Toutefois, l'association doit toujours transmettre ses comptes administratifs au 30 avril dans les mêmes formes. Malgré tout, la fixation pluriannuelle du budget allège le travail des deux parties car elle supprime la procédure contradictoire annuelle⁴⁵ grâce à la reconduction des crédits permise par le CPOM. Ainsi, l'autorité de tarification et l'autorité de contrôle au niveau départemental n'ont plus l'obligation de contrôler chaque poste de dépense annuellement.

Néanmoins, la simplification et l'allègement des procédures ne sont pas perçues par toutes les associations ayant signé un CPOM. Les gestionnaires ne font pas de la simplification l'argument premier de la contractualisation. Un directeur affirme qu'il n'a pas ressenti d'évolution sur la simplification budgétaire car pour lui, « être sous CPOM requiert une

45 Article 40 du décret 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire comptable et financière

*finesse d'analyse »⁴⁶. La gestion du service est très différente que l'on soit dans un cycle budgétaire ordinaire ou dans un cadre pluriannuel. Cette différence ne demande pas forcément moins de travail pour le gestionnaire. De plus, pour ce même directeur « *il faut toujours anticiper la sortie du CPOM ou une révision du CPOM car du jour au lendemain, l'Etat peut se désengager* ». Un autre directeur d'association a la même vision de son expérience de contractualisation : « *Ça ne nous fait pas gagner du temps. Mais je pense que ça fait gagner du temps à l'autorité de tutelle car elle sait où elle va* »⁴⁷.*

Pour les DDCCS, il y a une réelle simplification car elles examinent les comptes à une échelle plus élevée, par groupe, et non plus par dépense. La campagne budgétaire existe, avec la transmission des documents comptables et budgétaires par l'association, mais elle est allégée. De plus, les services de l'Etat n'ont plus à se questionner sur l'affectation ou la reprise du résultat chaque année. En dessous d'un seuil prévu par le contrat, l'affectation du résultat est automatique. Le travail des services de l'Etat s'en retrouve plus allégé.

2.1.2 Le CPOM donne de l'autonomie et une marge de manœuvre aux associations

La pluriannualité budgétaire n'induit pas forcément une simplification au sens de faire gagner du temps, mais crée un cadre permettant de mettre en place une démarche projet et d'économiser des efforts de négociation avec l'autorité publique. Cet élément est souvent mis en avant par les services MJPM lorsqu'ils expliquent pourquoi ils ont intégré la démarche CPOM. La directrice d'une association gestionnaire francilienne a indiqué que c'était tout d'abord pour la souplesse qu'elle avait décidé de passer sous CPOM, « *une souplesse en termes de gestion et de visibilité des actions dans temps.* »⁴⁸. Les associations ont souvent l'impression que le cycle budgétaire annuel les bride dans leur fonctionnement et leurs investissements, les ajustements se faisant toujours à court terme pour l'Etat. Avec le Budget Base Zéro (BBZ), les associations disposent d'un socle. Les actions sont définies et formalisées, ce qui leur laisse 5 ans pour réaliser les projets en toute liberté. Sans le CPOM, les négociations pour réaliser un investissement ou monter une action se font au coup par coup, ce qui donne moins de cohérence à l'activité de l'association.

De plus, le CPOM nécessite un suivi des actions. Il constitue une feuille de route qui trace des projets dont les réalisations et le niveau des dépenses sont suivis et évalués régulièrement. Le CPOM permet alors « *une gestion dynamique pour l'intérêt du service* ». La pluriannualité budgétaire donne aussi un cadre pour une gestion plus efficiente, comme le rappelle la directrice d'une association : « *Il y a une motivation sur les excédents, les économies permettent d'investir ailleurs* ». Le CPOM donne donc de la souplesse, notamment par la fongibilité des groupes fonctionnels de dépenses. Si une association doit, pour une quelconque raison, augmenter un poste de dépense, elle peut se servir de cette

46 Entretien le 11 août 2015 avec PB, directeur d'une association gestionnaire non francilienne

47 Entretien le 23 août 2015 avec MP, directeur d'une association gestionnaire non francilienne

48 Entretien le 17 juin 2015 avec CB, directrice d'une association gestionnaire francilienne

fongibilité, à condition qu'elle fasse des économies sur un autre groupe de dépense. Ainsi, le point positif soulevé par les associations est l'autonomie que donne le CPOM et l'alignement des moyens sur leurs besoins.

A l'inverse, les services ont émis quelques inconvénients du CPOM qui sont en quelque sorte la contrepartie de la responsabilisation de l'association avec un CPOM. En effet, les associations sous CPOM craignent, en cas de grands changements ou de dépenses imprévues, que le budget initialement prévu en début de CPOM ne suffise plus à couvrir les charges. Par exemple, l'obligation de souscrire à un contrat collectif d'assurance maladie complémentaire ou les augmentations de TVA sur du matériel, constituent des dépenses qui ont pu bousculer le contrat et son budget. Au demeurant, le CPOM nécessite donc une activité stable. L'association doit également anticiper ses augmentations de dépenses et les gérer à partir des principaux leviers budgétaires du CPOM, à savoir la fongibilité entre service MJPM et service DPF et la fongibilité entre groupes de dépenses.

Pour les services de l'Etat, le CPOM donne plus de visibilité et de hauteur sur l'utilisation de la dotation et formalise le projet des associations. Les autorités publiques disposent d'un moyen efficace pour évaluer le résultat des projets mis en œuvre par les associations.

2.1.3 Le dialogue de gestion entre autorités publiques et organismes gestionnaires est plus qualitatif

Selon les associations interrogées, le CPOM a eu comme conséquence un renforcement du dialogue de gestion avec les autorités publiques. Le dialogue de gestion est devenu plus qualitatif et s'est consolidé. A partir de la signature du CPOM, le dialogue entre autorités publiques et associations ne s'est plus résumé uniquement à un dialogue comptable et budgétaire. Plusieurs directeurs d'association ont indiqué que ce nouveau dialogue les rassurent et les mettent en confiance. Les autorités de tarification et de financement émettent le même avis. Toutefois, un agent d'une DDCS a nuancé cet effet de la contractualisation: « *le CPOM améliore le dialogue, mais diminue de dialogue. Avant, on se voyait régulièrement pour les dépenses. Maintenant comme on justifie que par groupe, un simple mail suffit. Mais ça se passe mieux car on passe moins pour des personnes rébarbatives* »⁴⁹.

Malgré cette nuance, le CPOM est l'occasion de remettre à plat les attentes respectives des deux parties. Le contrat met en concordance les attentes de chacun au regard des besoins sur le territoire. Sans CPOM, les actions sont financées au fil de l'eau, ce qui ne dégage pas de visibilité et une stratégie à moyen terme pour les autorités publiques et les associations. Le CPOM comprend des engagements sur la prise en charge des mandataires qui sont mesurables avec des indicateurs-types (par exemple le nombre de fois où la personne voit son mandataire par an). Les co-signataires du contrat ont alors un dialogue qui se structure

49 Entretien le 13 août 2015 avec CB, adjoint au chef du pôle social d'une DDCS non francilienne

en grande partie sur des objectifs qualité, ce qui tend à une meilleure prise en compte des besoins du service MJPM. Ainsi, le CPOM constitue une feuille de route qui grave dans le marbre les engagements de la direction de l'association envers l'Etat. Cet « itinéraire à suivre » a aussi un intérêt pour la direction de l'association auprès de ses salariés.

2.1.4 Le CPOM est un outil managérial

Le CPOM comme outil managérial est un autre avantage mis en avant lors des entretiens. Un directeur d'association a particulièrement insisté sur cette « vertu » du CPOM, à la fois dans sa phase de conception et dans sa phase de mise en œuvre : « *Les salariés sont associés au diagnostic. Ils sont associés aux propositions d'action. Ils sont associés à la mise en œuvre du CPOM. Et il ont une lisibilité complète et globale de ce qu'il va se passer. Ce qui fait que vous avez une dynamique d'action et de travail qui est beaucoup plus cohérente.* »⁵⁰. Le CPOM donne des exigences fortes et crée une dynamique de travail positive au sein des services, en direction des mandataires, du personnel administratif, mais également en direction de l'encadrement et du Conseil d'administration.

Les équipes sont beaucoup plus associées aux objectifs de l'association lorsqu'elles sont intégrées dans un projet défini pour 5 ans. De surcroît, ces objectifs sont d'autant plus acceptés qu'ils ont été adoptés de manière collégiale avec la participation de l'ensemble du personnel lors de la phase de diagnostic et d'étude des besoins. Les équipes du service sont alors beaucoup plus actrices de l'évolution de l'activité de l'association.

De plus, pour profiter de cet intérêt managérial, des associations réunissent régulièrement un comité de suivi du CPOM composé de la direction, de représentants du personnel et de membres du Conseil d'Administration.

En définitive, les CPOM qui ont été élaborés par des services MJPM ont été vecteurs d'amélioration et de simplification tant pour le fonctionnement de l'association que pour le service rendu aux personnes protégées. En Île-de-France, seul un CPOM a été conclu et peu d'associations ont sollicité la DRJSCS ou les DDCS pour intégrer cette démarche. Pourtant, les acteurs franciliens de la protection juridique des majeurs sont assez favorables à cet outil.

2.2 Les acteurs franciliens sont favorables à la mise en œuvre des CPOM malgré des interrogations sur son équilibre contractuel

L'enquête réalisée⁵¹ montre que sur les 18 services franciliens ayant répondu, 16 sont intéressés par cette démarche de contractualisation. Malgré cet affichage en faveur de l'outil **(2.2.1)**, les associations gestionnaires de services émettent des craintes quant à la pérennité

50 Entretien le 11 août 2015 avec PB, directeur d'une association non francilienne

51 Questionnaire en ANNEXES 6 et 7

des moyens engagés (2.2.2). Les DDCS craignent quant à elles de manquer de temps et d'expertise pour accompagner les services MJPM dans cette démarche (2.2.3).

2.2.1 Les services MJPM franciliens ont un avis positif sur cette démarche

En Île-de-France, les directeurs d'association ont en moyenne une bonne connaissance du CPOM. En effet, parmi les associations gestionnaires ayant répondu à l'enquête, 16 ont été déjà informées de l'existence de l'outil CPOM et de la possibilité de l'intégrer pour les services MJPM. Les directeurs d'établissements ont le plus souvent été informés via des réunions d'information ou des formations professionnelles qui ont lieu au sein des fédérations d'associations départementales. Ils ont aussi pu être renseignés par leur DDCS ou par la presse spécialisée.

Globalement, les associations ne sont pas réticentes à l'idée de contracter avec leur autorité de tarification. Seulement deux services ont affirmé dans l'enquête qu'ils ne désirent pas signer de CPOM ; les deux directeurs mettent en avant la taille réduite de leur structure qui ne nécessite pas d'intégrer cette démarche, la crainte d'être bloqué dans leurs décisions et de manquer de réactivité par rapport aux évolutions non encore connues. Pour les 16 services restants, 8 ont répondu qu'ils étaient favorables à cette idée et 8 ont répondu « peut-être ».

Les avantages du CPOM mis en avant par les associations franciliennes sont tout d'abord l'amélioration de la visibilité grâce à un budget sur 5 ans et la possibilité de créer une démarche projet grâce à l'autonomie et à la souplesse qu'offre le cadre du CPOM. A la marge, certains services font du CPOM un moyen pour étaler dans le temps la situation financière du service à partir d'un rebasage budgétaire en début de CPOM. L'avis des associations franciliennes sur cette démarche rejoint celui de celles ayant déjà expérimenté le CPOM dans d'autres régions.

Le CPOM est avant toute chose décrit par les services MJPM franciliens comme un outil stratégique pour anticiper et prévoir son activité en connaissance des moyens. Le CPOM donne en effet un visuel sur 5 années aux associations. Certains projets d'envergure nécessitent une bonne anticipation des moyens financiers sur du moyen terme. Le CPOM facilite ces projets dans un cadre pluriannuel. Le CPOM est aussi décrit comme un outil rassurant et réduisant l'incertitude quant au budget annuel qui est reçu au second trimestre de chaque année par les associations. De plus, la gestion se déroule « *sans surprise de part et d'autre* », une fois que le CPOM est entré en vigueur. Ainsi, selon elles, le CPOM peut être un moyen pour maîtriser l'évolution de l'activité du service en anticipant le financement de postes supplémentaires. Il permet également de prévoir le financement de travaux d'aménagement ou de déménagement en corollaire de l'évolution de l'activité. Selon une association interrogée, le CPOM permettrait une gestion du budget sur une période plus longue que l'année, ce qui donne de la visibilité sur les projets en cours et un étalement des

investissements. Au-delà des avantages indiqués ci-dessus, beaucoup d'associations franciliennes indiquent que le CPOM doit inciter la structure à « *définir et conduire une démarche stratégique à moyen terme* ».

Le deuxième critère qui inciterait les associations franciliennes à intégrer le CPOM est que ce dernier oriente le dialogue de gestion sur des critères qualitatifs plutôt que quantitatifs (logique d'effets attendus). Un grand nombre de responsables associatifs émettent l'idée que la contractualisation va déplacer le dialogue sur un périmètre plus large que les seules questions budgétaires. Ainsi selon eux, le CPOM introduit un véritable échange entre le service MJPM et l'autorité de tarification sur l'avenir du service, ses projets et sur les modalités de mise en œuvre de la mission confiée. La contractualisation développe une vision partagée du dispositif MJPM sur le territoire.

Ensuite, un responsable d'association affirme dans l'enquête que la démarche CPOM donne l'occasion aux deux partenaires d'étudier les besoins en rebasage et d'analyser les moyens pour parvenir à des résultats. Le CPOM permet cela car il garantit réglementairement aux gestionnaires la possibilité de garder les excédents et de les redéployer en interne.

Dans les réponses apportées à l'enquête, certains services font du CPOM un outil de remise à plat et d'analyse du fonctionnement de l'association. Dans le cadre d'un CPOM, les difficultés réelles du service peuvent être repérées et prises en compte, notamment dans l'élaboration du diagnostic en mettant en avant les points forts et les points faibles de la structure. L'élaboration d'un CPOM est pour ces associations l'occasion d'établir un diagnostic partagé qui est exhaustif sur l'ensemble du périmètre du service.

Globalement en Île-de-France, les associations gestionnaires de services MJPM font du CPOM un outil qui stabilise des moyens financiers dans le temps et qui développe une gestion reposant davantage sur des critères qualitatifs.

D'autre part, l'enquête proposait aux associations de répondre à la question suivante : « *dans l'hypothèse où votre association élaborerait un CPOM, quelles actions mettriez-vous en œuvre au sein du service ces 5 prochaines années ?* ». Parmi les réponses apportées, des associations franciliennes aimeraient d'abord faire accélérer des projets concernant la participation et l'accompagnement social des personnes protégées. Des actions proposées sont par exemple le renforcement du pôle personnes âgées d'un service MJPM, la mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou la rédaction de protocoles (sur la bientraitance notamment). Une association indique que le CPOM serait l'occasion pour elle de mettre en place des partenariats avec d'autres dispositifs sociaux à destination des personnes âgées. Le CPOM est aussi perçu comme un outil pour asseoir le développement d'investissements classiques : changement de locaux, restructuration du parc informatique, développement de l'accessibilité des locaux. Dans leurs réponses à l'enquête, des directeurs d'association donnent enfin des exemples d'actions innovantes comme la mise en place de la gestion

électronique des dossiers (GED) ou l'acquisition d'un logiciel bancaire et d'activité indépendant des banques.

Par ailleurs, des services montrent un intérêt pour le CPOM afin d'accompagner au mieux l'évolution de leur activité. Un directeur d'association mentionne que le CPOM serait un outil permettant la restructuration de son service DPF pour mieux pérenniser des emplois existants. Concernant le maillage territorial, beaucoup de responsables défendent l'idée que le CPOM pourra aider à la création d'antennes et de pôles regroupant les activités à caractères familiales.

Plus à la marge, des associations franciliennes perçoivent enfin le CPOM comme un outil de performance, pouvant inscrire sur plusieurs années l'amélioration des indicateurs d'activité, notamment la Valeur Point Service (VPS).

Sur de multiples points, les associations ont un avis positif sur le CPOM. Malgré tout, elles ont mis en exergue des inconvénients dans l'enquête qui leur était proposée.

2.2.2 Les services MJPM franciliens craignent des déséquilibres contractuels et le non-respect des moyens engagés par l'Etat

Les associations gestionnaires d'un service MJPM en Île-de-France émettent des craintes sur leur engagement futur dans un CPOM ; « *Quid en cas d'imprévu important ou d'évolution profonde au cours de la période concernée par le CPOM ? La vision actuelle des budgets permet-elle un engagement fiable sur 5 ans ?* »⁵². Ces interrogations sur l'outil sont d'autant plus justifiées que le secteur de la protection juridique des majeurs a connu des mutations récentes depuis 2007 et que le contexte budgétaire est très incertain.

La première difficulté exprimée par les gestionnaires est l'évaluation des besoins qui peuvent au départ être sous-estimés, ce qui placerait le service « *dans un carcan sans possibilités de marges de manœuvre pour répondre à une situation exceptionnelle* »⁵³. En effet, un CPOM demande obligatoirement une démarche rigoureuse et un diagnostic poussé des besoins nécessaires sur cinq ans afin d'évaluer parfaitement les moyens. Or, ces prévisions se font dans un contexte instable de l'activité, puisque seuls les juges sont prescripteurs des mesures. Tout au long de la mise en œuvre du CPOM, l'autorité de tarification doit être en capacité de réajuster les budgets octroyés en cas d'accroissement du flux de mesures. Pour cela le CPOM prévoit une clause de révision du contrat si le nombre de mesures augmente ou diminue, généralement de plus ou moins 10%. Afin de rassurer les associations, il importe que les autorités communiquent sur l'adaptabilité du CPOM à des événements ou à des changements qui surviendraient au cours de la période du contrat.

52 Commentaires apportées par des associations dans l'enquête

53 Réponse à l'enquête

Les associations craignent surtout que l'Etat ne respecte pas ses engagements sur les moyens prévus en début de CPOM. Il a été vu dans le premier chapitre que la tarification contractuelle n'est pas opposable à l'Etat. En l'état actuel de la jurisprudence, une association ne peut donc se prévaloir devant le juge de la tarification du non-respect par l'Etat de la dotation prévue dans le budget base zéro. De plus, dans une période budgétaire contrainte, les associations n'ont pas de visibilité sur les Dotations Régionales limitatives (DRL). Le CPOM est donc appréhendé comme déséquilibré par les gestionnaires : une association doit pleinement réaliser ses objectifs lorsque l'Etat peut, quant à lui, réviser brutalement ses engagements et réduire arbitrairement des moyens alloués. Un directeur d'une association francilienne affirme que d'une façon globale, « *la vision et la planification à moyen ou long terme sur plusieurs années n'est pas toujours en adéquation avec l'attribution annuelle des dotations par l'administration* »⁵⁴.

D'autre part, certaines réponses à l'enquête déplorent l'absence de moyens supplémentaires pour la préparation et la mise en place du CPOM. La DGCS a depuis reconfirmé que la mise en œuvre des CPOM ne pourrait être soutenue par des crédits supplémentaires⁵⁵.

Enfin, beaucoup d'associations estiment que l'élaboration d'un CPOM est une démarche lourde et fastidieuse. Les responsables réticents au CPOM se posent la question de l'intérêt de cet instrument pour des structures ayant des activités peu ou pas diversifiées. Par ailleurs, le suivi du CPOM demande des moyens matériels, humains et financiers qu'il ne faut pas négliger. On peut se poser la question de la capacité d'une petite association à mettre en œuvre le CPOM et à réaliser son suivi. Il importera alors en fin de ce deuxième chapitre, de se pencher sur le ratio coûts/bénéfices de la contractualisation pour les services MJPM.

En définitive, les gestionnaires de services MJPM émettent des craintes qui se justifient par le manque de recul que l'on dispose sur cet outil, d'autant plus que le secteur de la protection juridique des majeurs comporte des spécificités qui le singularisent par rapport à d'autres champs du social et du médico-social. De leur côté, les DDCS mettent elles aussi en avant quelques points de vigilance.

2.2.3 Les DDCS d'Île-de-France mettent en exergue des points de vigilance dans la mise en œuvre de cette démarche

Six DDCS sur les huit que compte l'Île-de-France ont répondu à l'enquête qui leur était proposée⁵⁶. La DDCS de Seine-et-Marne avait été consultée lors d'un entretien concernant le CPOM qui avait été signé avec l'UDAF.

54 Réponse à l'enquête

55 Entretien avec la DGCS le 28 septembre 2015

56 ANNEXE 7

Les responsables du dispositif MJPM en Île-de-France ont été informés sur l'outil CPOM puisqu'ils ont bénéficié d'une formation proposée et organisée par la DRJSCS. Ce niveau de connaissance sur le CPOM est important car 3 DDCS (la Seine-Saint-Denis, le Val de Marne et le Val d'Oise) ont indiqué que des associations les avaient sollicitées pour élaborer un CPOM. A ce stade, les réflexions avec ces services n'ont pas été approfondies, soit parce que la DDCS a « *priviliégié la démarche d'évaluation interne* », soit parce que les structures intéressées connaissent quelques difficultés.

Les agents des DDCS enquêtés voient beaucoup d'avantages dans le CPOM en ce qui les concerne. Tout d'abord, ils considèrent que le CPOM permettra un suivi plus léger des documents budgétaires de l'association et qu'à terme, il réduira le travail en matière de contrôle. Cette économie de temps pour les DDCS résulte notamment de la suppression de la procédure budgétaire contradictoire qui peut s'avérer chronophage. Au final, la responsabilisation budgétaire des services qui a été expliquée dans les précédents chapitres, faciliterait le travail des autorités publiques qui n'ont plus à réaliser un examen minutieux des budgets chaque année. Par ailleurs, les agents des DDCS font du CPOM, tout comme les associations interrogées, un vecteur d'amélioration du dialogue de gestion.

Parmi les avantages, le CPOM est enfin envisagé par les DDCS comme un outil de remise à plat des objectifs de la structure et de définition d'une stratégie sur plusieurs années. La remise à plat peut être budgétaire afin de faire converger une association vers des valeurs cibles et des indicateurs de référence. La négociation du CPOM permet également d'interroger le fonctionnement et l'organisation du service MJPM. L'avantage de la contractualisation est finalement de mener une réflexion commune sur les objectifs que les acteurs de la protection juridique souhaitent atteindre au niveau d'un département ou d'une région, comme par exemple un projet de restructuration tel qu'une fusion entre deux services.

Les DDCS mettent néanmoins en exergue plusieurs points de vigilance sur la mise en œuvre de la contractualisation avec les services MJPM. Le premier concerne la méconnaissance qu'ont les associations et les services de l'Etat de l'outil CPOM. Des DDCS se posent des questions sur la façon d'organiser ce travail en commun avec l'association ; Que demander ? Que refuser ? Quels sont les éléments à surveiller ? Quels sont les pièges à éviter ? Les responsables des DDCS se questionnent aussi sur le temps que va demander l'élaboration des CPOM « première génération » étant donné le manque d'expertise des signataires. Ils se questionnent enfin sur les réponses à apporter en cas de difficultés avérées de l'association, notamment une augmentation du nombre de mesures ou la constatation d'un déficit en fin d'exercice.

Dans l'élaboration du CPOM, les DDCS craignent que les négociations avec les associations se complexifient du fait d'une méfiance réciproque de part et d'autre. A la manière des

associations qui ont peur de sous-évaluer leurs moyens en début de CPOM, les DDCS appréhendent de réaliser une prévision des dotations à la hausse par rapport aux objectifs. S'agissant de la mise en œuvre du CPOM, les DDCS se questionnent sur le suivi des actions et de l'évolution de l'activité de l'association. Comme les services disposent de plus de liberté et de latitude dans le cadre du CPOM, certains agents s'attendent à ce que le dialogue se rompe entre les partenaires et à ce qu'ils ne soient plus tenus au courant des avancées de l'association et des difficultés qu'elles rencontreront.

Ainsi, les DDCS mettent en avant les limites d'un contrôle d'efficience a posteriori, qui consisterait à mesurer des indicateurs définis en début de CPOM. Ce type de contrôle diffère totalement de la culture professionnelle des DDCS et des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) qui sont accoutumés à un contrôle *a priori* sur justificatifs et examen des comptes administratifs. Comme l'avait avancé Jean-Pierre HARDY en 2010 dans l'un de ses travaux, « *les CPOM permettent de s'engager dans une véritable « révolution copernicienne » consistant à passer d'une « tutelle budgétaire a priori » à un contrôle « d'efficience a posteriori » visant à vérifier l'adéquation entre les moyens alloués, l'activité réelle et les résultats, qui, si elle a été consacrée dans les textes réglementaires, n'est pas encore entrée dans les faits puisqu'il s'agit de nouvelles cultures professionnelles à ancrer chez les tarificateurs comme chez les gestionnaires* »⁵⁷. On remarque que cet état de fait est encore réel parmi les agents des DDCS.

Enfin, les agents des DDCS soulignent parmi les inconvénients du CPOM, le manque de visibilité sur les crédits à cause de l'annualité des enveloppes régionales limitatives. Il existe des contraintes budgétaires fortes et une diminution de l'enveloppe régionale pourrait empêcher l'association de réaliser les objectifs de son CPOM faute de moyens suffisants. La crédibilité des services de l'Etat vis-à-vis des partenaires s'en retrouverait amoindrie.

En Île-de-France, les associations gestionnaires et les DDCS (représentées le plus souvent par des IASS dans l'enquête) ont plutôt un avis favorable sur la démarche de contractualisation même si tous ces protagonistes constatent des zones d'ombre qu'il faudra éclaircir. La DRJSCS Île-de-France est à même de jouer ce rôle de conseil auprès des DDCS et de coordination dans la mise en place des CPOM. Néanmoins, il importe avant toute chose de prêter attention au coût financier et au temps de travail que peut demander l'élaboration d'un contrat.

57 Jean-Pierre Hardy, « La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique », *Vie sociale* 2010/1 (N° 1), p. 43-57

2.3 Le coût financier du CPOM et le temps consacré à son élaboration et à son suivi peuvent constituer des freins aux gains espérés en efficience

Le CPOM permet de définir pour l'association gestionnaire des objectifs en matière d'efficience de gestion, dans un contexte budgétaire exigeant et dans une optique de convergence des coûts des services MJPM. Toutefois, pour des petites associations mono-service, le coût en euros (2.3.1) et en négociation (2.3.2) pour la réalisation d'un CPOM peut faire perdre l'essence même du CPOM, à savoir la quête de performance.

2.3.1 Le coût d'entrée et de négociation des CPOM peut être important, notamment en cas de recours à un prestataire extérieur

L'ensemble des associations gestionnaires interrogées ont eu recours à un prestataire extérieur pour l'élaboration de leur CPOM. Cette prestation a eu un coût d'environ 10 000 euros. On peut se poser la question de savoir si cette prestation consistant essentiellement à l'élaboration du diagnostic initial, ne fait pas doublon aux évaluations internes et externes qui sont des obligations légales. Aussi, il faut se demander si le recours à un intervenant extérieur est une étape nécessaire à la réalisation du premier CPOM qui peut ensuite être évité lors de l'élaboration d'un CPOM dit de « deuxième génération ».

Intégrer une démarche CPOM entraîne un coût d'entrée et de négociation qui est important car les petites associations vont faire appel à des prestataires extérieurs. Pour les associations interrogées, ces intervenants avaient pour mission d'élaborer la partie diagnostic préalable au CPOM (état des lieux du fonctionnement et de l'organisation de la structure) et de définir le nouveau cadre budgétaire du service (évaluation des dépenses pour les 5 années). Les petites associations mono-service du secteur de la Protection Juridique des Majeurs ont eu un réel besoin de cet appui technique pour élaborer leur CPOM. Un directeur d'association a indiqué dans un entretien qu'il a fait appel à un intervenant extérieur pour « *ne pas faire n'importe quoi* » et pour s'assurer de la fiabilité de son outil.

Par ailleurs, l'un des directeurs d'association interrogés a fait appel à un cabinet d'expert-comptable non pas pour réaliser le diagnostic, mais pour s'assurer du bon montage juridique et budgétaire de son premier contrat : « *Une fois le diagnostic réalisé je me suis fait aider par un cabinet d'expert-comptable pour bien monter les différentes questions budgétaires. Même si j'en avais la compétence, j'aime bien qu'il y ait un regard extérieur pour ne pas oublier des choses et être dans un affinement technique du montage des contingences budgétaires du CPOM* »⁵⁸. Par exemple, l'expert-comptable a conseillé à ce directeur de prévoir une clause

58 Entretien le 11 août 2015 avec PB, directeur d'une association non francilienne

de renégociation du contrat en cas d'une évolution de l'activité du service supérieure ou égale à 60 mesures.

Deux directeurs d'association interrogés dans cette étude ont élaboré un deuxième CPOM. La mise en œuvre de ce dernier n'a pas nécessité pour eux de recourir à un intervenant extérieur. Ainsi, c'est uniquement lors de la première entrée dans la démarche CPOM que l'association a besoin d'un appui technique. Lors de la version 2 du CPOM, les deux directions de l'association avaient déjà acquis une expérience qui leur a permis de renouveler l'opération sans recours à un prestataire.

A titre de comparaison, les associations gestionnaires pluri-établissements de taille importante ont peu recours à des prestations de service pour élaborer leur CPOM. Ces associations possèdent des moyens humains et techniques qui leur permettent d'établir un autodiagnostic et de consulter leurs établissements afin de construire des objectifs stratégiques. L'affinement technique du document CPOM est aussi supervisé par des experts juridiques qui sont salariés de ces associations. Pour le secteur du handicap par exemple, un responsable de la direction de l'offre de soins et médico-sociale de l'ARS Île-de-France a indiqué que dans ce secteur, *« l'utilisation d'un prestataire restait très exceptionnelle pour l'élaboration des CPOM »*⁵⁹.

Le recours à ces prestations augmente les coûts d'entrée et de négociation du CPOM, ce qui va à l'encontre de l'idée de réaliser les CPOM avec des moyens constants. En outre, la phase de diagnostic préalable à l'élaboration du CPOM fait doublon aux évaluations internes et externes qui sont réalisées tous les 5 ans. Pour éviter des coûts supplémentaires, les autorités de tarification et de contrôle pourraient alors utiliser le calendrier afin de coordonner les évaluations avec la réalisation des CPOM. Ainsi, plusieurs leviers peuvent être utilisés pour réduire ce coût du CPOM. Ils seront explicités dans les recommandations du chapitre 3.

2.3.2 La mise en place des CPOM et son suivi peuvent être chronophages si une méthodologie n'est pas définie en amont

Le CPOM est un projet en lui-même qui sollicite beaucoup d'investissements de la part de l'association gestionnaire compte-tenu des petits effectifs des services MJPM. Généralement, le délai de réalisation d'un CPOM varie de 6 à 9 mois, ce qui paraît important au regard de la durée du contrat. La phase de diagnostic est généralement l'étape la plus lourde à mettre en œuvre car elle demande une analyse fine de toutes les composantes de la structure, à la fois en matière d'organisation, d'activité et de gestion. Aussi, cette phase de démarrage demande la constitution d'un comité de pilotage réunissant des membres de l'association (Conseil d'administration, encadrement, salariés, voire des usagers) et parfois des représentants des autorités publiques. Ce comité analyse les points faibles et les points

59 Entretien le 24 septembre 2015 avec JCS, Directeur-adjoint de de la Direction de l'offre de soins et médico-sociale (DOSMS) de l'ARS Île-de-France

forts de la structure pour en dégager des priorités d'action. Cette préparation du CPOM mobilise beaucoup de personnes et peut s'avérer très chronophage.

A titre d'illustration, une directrice d'association interrogée dans le cadre de cette étude a indiqué que le travail d'élaboration en amont du CPOM a duré un an. La préparation de ce CPOM lui a demandé beaucoup de temps qu'elle ne pouvait alors plus consacrer à d'autres tâches de gestion plus « classiques ». La démarche a été très lourde puisqu'un audit interne a mis à plat les parties comptables et budgétaires ainsi que les besoins des usagers. Les actions qui se sont dégagées ont ensuite été présentées aux équipes. Un autre directeur d'association déclare qu'il y a eu un très gros investissement humain pour réaliser le travail d'élaboration initial. Le diagnostic a duré environ un an et a fait participer toutes les équipes dans le cadre d'un « management participatif ». De plus, cet audit a concerné l'ensemble de son organisation (et pas uniquement le service) afin de mieux cerner des dysfonctionnements grâce à une vision globale de l'activité.

Par ailleurs, le suivi du CPOM demande autant de temps que son élaboration. Ce suivi nécessite en effet la constitution de plusieurs comités qui se réunissent régulièrement. Le directeur d'une association a précisé dans un entretien qu'il réunit un comité de suivi du CPOM tous les 3 à 5 mois. Ce comité se compose de membres du Conseil d'Administration, de salariés et des encadrants. Cette instance associe alors toute l'organisation pour discuter d'objectifs communs et des axes d'amélioration possibles. Un tel travail de concertation requiert de la part du directeur beaucoup d'investissement en termes de charge de travail. Les observations de ce comité sont transmises aux autorités de tarification et de contrôle dans un rapport annuel d'activité.

Aussi, sur le plan budgétaire, la direction de l'association doit s'assurer d'un excédent suffisant pour remplir les objectifs du contrat. La responsabilisation de l'association gestionnaire requiert de celle-ci une analyse plus fine de son activité et de ses résultats. Par conséquent, l'association doit consacrer davantage de temps de travail pour réaliser cette analyse et ce suivi. Qui plus est, l'association est obligée de transmettre un compte administratif et un budget prévisionnel tous les ans comme dans une procédure contradictoire annuelle.

Enfin, le directeur d'une association gestionnaire a indiqué qu'il répertorie chaque année ses indicateurs dans un tableau. Ce tableau structure le dialogue de gestion avec les autorités de tarification et de contrôle. Cet exemple montre que la direction d'une association doit faire une analyse exhaustive de son activité dans le cadre d'un CPOM, ce qui augmente la charge de travail « administrative » de l'association.

La mise en place d'un CPOM alourdit le travail de l'association gestionnaire. Cela est d'autant plus vrai pour des petites associations mono-service du secteur de la protection juridique des majeurs. Cette lourdeur s'explique par plusieurs facteurs : la réglementation

complexe sur la tarification, l'absence d'outils et de modèles formalisés, la multiplication du nombre d'indicateurs, etc. A l'avenir, les autorités de contrôle et de tarification devront alors définir un cadre d'élaboration et d'exécution du CPOM pour faciliter la démarche de contractualisation sur le territoire.

Pour conclure ce deuxième chapitre, nous remarquons que les associations questionnées sur la mise en œuvre de leur CPOM ont un avis très positif sur leur démarche. La plupart des associations franciliennes font part elles-aussi d'un avis positif même si elles font remarquer l'existence de zones d'ombre. Les DDCS d'Île-de-France sont plus dubitatives sur la généralisation de cette démarche. Peut-être les responsables du dispositif craignent-ils de manquer d'expertise et de perdre tout contrôle dans un dialogue de gestion renouvelé ? Si l'Etat souhaite respecter l'engagement pris dans le schéma régional de contracter un CPOM avec 50% des associations gestionnaires d'un service MJPM sur l'Île-de-France d'ici 2019, la DRJSCS devra appuyer cette démarche auprès de tous les acteurs de la protection juridique des majeurs. Les recommandations formulées dans le chapitre suivant pourront servir de base pour un éventuel plan d'action.

3 Propositions d'actions pour adapter l'outil CPOM aux services MJPM et le rendre pertinent aux yeux des acteurs franciliens

Au regard des difficultés observées (coût d'entrée et de négociation important du CPOM, faible expertise des DDCS sur cet outil, manque de temps, réticences des services par rapport au déséquilibre contractuel, ...), des propositions d'actions seront formulées dans cette partie.

3.1 Le coût d'entrée et de négociation du CPOM et le temps consacré à son élaboration peuvent être réduits avec des outils nationaux et régionaux

L'élaboration des CPOM peut engendrer des coûts et demande beaucoup de temps de travail. Dans un contexte budgétaire exigeant et de diminution des moyens humains dans les administrations publiques, des actions peuvent être mises en œuvre pour faciliter cette démarche de contractualisation à l'échelle nationale et de l'Île-de-France.

3.1.1 Améliorer la coopération entre l'administration centrale et les services déconcentrés

Alors que l'administration centrale demande aux services déconcentrés de conclure des CPOM, les Directions régionales et départementales de la cohésion sociale aspirent à recevoir de la DGCS une aide méthodologique. Aujourd'hui, le ministère promeut le CPOM sans véritablement guider les services déconcentrés de l'Etat dans cette démarche. Les responsables des DRJSCS et des DDCS interrogés se sont souvent retrouvés esseulés lorsqu'ils devaient mettre en place les CPOM. A plusieurs reprises, les responsables du dispositif MJPM ont déclaré avoir fait « avec les moyens du bord » pour contrôler les contrats que les associations leur avaient soumis. Pour convaincre les administrations déconcentrées de l'intérêt de la contractualisation, la DGCS doit renforcer son rôle d'appui dans l'élaboration des CPOM « sociaux ». De plus, l'absence d'harmonisation par l'administration centrale présente un risque de différence de traitement des associations sur le territoire. Il s'agirait aussi pour le ministère de faire imprégner la culture de la contractualisation auprès des services déconcentrés de la cohésion sociale. Plusieurs travaux peuvent être engagés par la DGCS comme la rédaction d'un guide national ou des séminaires réunissant les DRJSCS autour de la contractualisation des services MJPM et DPF.

A titre d'illustration, le déploiement au niveau national d'une impulsion de la démarche CPOM pour les établissements et services médico-sociaux est en train d'être mis en place au

niveau des ARS⁶⁰. En lien avec la CNSA, la DGCS et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a lancé un projet d'accompagnement auprès des ARS pour qu'elles développent les CPOM dans les secteurs personnes handicapées et personnes âgées. Cet appui méthodologique à destination des ARS va d'abord s'articuler autour de la mise en place d'outils « traditionnels » : un guide d'accompagnement qui sera publié en septembre-octobre 2016, des visites de l'ANAP pour recueillir les bonnes pratiques, des groupes de travail et des séminaires réunissant les ARS. Pour aller plus loin, l'accompagnement de l'ANAP va s'articuler avec le projet *e-Cars* qui a été développé dans le secteur sanitaire. Cet outil électronique permet d'automatiser une partie des processus de contractualisation pour les établissements de santé et de renforcer la gestion des relations avec les établissements. Il va être peu à peu intégré pour les établissements et services médico-sociaux tarifés par les ARS. Ce système d'information facilite la démarche de contractualisation pour trois raisons :

- Il optimise la relation contractuelle avec les acteurs externes et internes à l'ARS par un renforcement et une accélération des échanges dématérialisés ;
- Il facilite le suivi et le pilotage des démarches de contractualisation et permet facilement de mesurer son avancement pour, dans certains cas, proposer des actions correctives ;
- Il dégage des gains d'efficacité et de qualité dans la mise en œuvre des processus de gestion des CPOM (gestion, suivi, harmonisation).

En plus des outils traditionnels, la DGCS pourrait adapter *e-Cars* en direction des DRJSCS et des DDCS afin qu'elles intègrent cette dynamique de contractualisation. Cet outil électronique et performant peut à la fois être créé pour les services MJPM et les CHRS que les DRJSCS tarifient également⁶¹.

En l'absence d'outils nationaux, la DRJSCS peut aussi créer cette dynamique au niveau régional de par son rôle de pilotage de la politique régionale de cohésion sociale et d'appui aux DDCS.

3.1.2 Construire une méthode d'élaboration des CPOM spécifique aux services MJPM et DPF en Île-de-France

Par sa création en 2010, la DRJSCS a vocation à piloter les nouveaux dispositifs et à soutenir techniquement les DDCS. Instaurer une dynamique de contractualisation dans le champ de la protection juridique des majeurs est donc le rôle de l'échelon régional. Pour cela, la direction régionale doit tout d'abord construire une méthodologie d'élaboration des

60 C'est ce qu'indique l'ANAP sur son site Internet : <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/accompagner-les-etablissements-dans-leur-ouverture-sur-les-territoires/detail/actualites/appui-aux-ars-dans-le-deploiement-des-cpom-medico-sociaux/>

61 Sauf pour la région Île-de-France

CPOM qui prend en compte les attentes des acteurs du dispositif MJPM et les spécificités du territoire francilien.

Cette étape de la mise en œuvre régionale des CPOM est d'autant plus importante que les autorités de tarification et de contrôle manquent de ressources internes pour développer l'outil comme certains le déplorent⁶². Ce travail doit alors fixer des objectifs clairs afin de dépasser les hésitations et les craintes ressenties par les acteurs. Un guide méthodologique permettra d'aller vers une acculturation du CPOM aussi bien auprès des DDCS que des associations gestionnaires. Face aux « coûts d'entrée » engendrés par l'élaboration d'un CPOM, cette méthodologie régionale dégagera également des gains d'efficacité et de qualité dans leur construction et leur mise en œuvre.

La finalité d'un tel guide est d'apporter les outils nécessaires aux équipes des DDCS et de la DRJSCS afin de mener une négociation constructive avec les gestionnaires de services MJPM et de promouvoir l'harmonisation en termes de méthode, de présentation et des thématiques abordées. Bien évidemment, ce document n'est pas figé et a vocation à être enrichi et amélioré par tous les acteurs intervenant dans le domaine.

Tout d'abord, un outil méthodologique pose les contours juridiques et sémantiques de l'objet en question. Il importe qu'un guide CPOM donne des définitions et des références juridiques et réglementaires. Il convient de rappeler que le CPOM n'est pas un outil de gestion mais bien un outil de dialogue et d'amélioration de la qualité. Par exemple, il peut être rappelé que le BBZ du contrat n'est en rien un outil d'analyse budgétaire et financière comme le sont les États Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD) et les Plans Prévisionnels de Financement. En outre, le document doit inscrire le contexte politique et juridique ainsi que la définition des principaux éléments du CPOM pour éviter les confusions sémantiques. Grâce à des explications préliminaires, le guide démontre tout l'intérêt du CPOM.

Ensuite, cet appui méthodologique de la DRJSCS ne doit pas uniquement couvrir les étapes d'élaboration des CPOM. Au contraire, la méthodologie doit s'étendre aux modalités de révision et de suivi annuel. De plus, la méthode formalisée doit également mettre en exergue des points de vigilance.

Pour la partie concernant l'élaboration du CPOM, il importe d'explicitier la façon dont doit être étudié le diagnostic initial. Cette étape est cruciale puisque le diagnostic constitue la pierre angulaire du CPOM. Ainsi, il peut être conseillé aux DDCS de demander des renseignements complémentaires aux associations lorsque le diagnostic comporte des zones d'ombre. La phase de définition des objectifs du CPOM doit être décrite de façon précise et souligner des lignes directrices à aborder dans tous les CPOM. D'un côté, ces axes sont issus du schéma régional des MJPM et DPF d'Île-de-France 2015-2019 – développement des MJAGBF, collecte des bonnes pratiques, information et soutien aux

62 Résultats de l'enquête

tuteurs familiaux, amélioration de la prise en charge des majeurs protégés souffrant de troubles mentaux et psychiques, convergence tarifaire – de l'autre, ils émanent des associations elles-mêmes. Il est alors nécessaire de coconstruire ce guide avec les associations gestionnaires afin qu'elles expriment leurs priorités sur le moyen terme. Ces axes doivent apparaître de façon précise dans le guide méthodologique. Enfin, le document doit faire apparaître des consignes de négociation avec les associations gestionnaires, notamment sur l'élaboration du BBZ. A cette méthode d'élaboration, il convient d'ajouter des points de vigilance. Par exemple, pour la rédaction des fiches-action, il peut être rappelé de déterminer des indicateurs pas seulement financiers, mais qui mesurent également des éléments plus difficiles à évaluer (satisfaction, qualité, ...) ⁶³.

Un guide méthodologie en la matière a enfin pour dernier objectif de décrire les modalités de suivi du CPOM. En faisant la comparaison de plusieurs guides, il a été constaté que la méthode de suivi de l'exécution du contrat est souvent omise, or cette étape est essentielle. Ainsi, le guide doit planifier le rythme du dialogue de gestion entre la DDCS et l'association gestionnaire, en élaborant un calendrier-type par exemple et rappeler les modalités de révision du CPOM. A ce sujet, plusieurs points de vigilance sont à mentionner comme la liste des personnes présentes au dialogue de gestion ou les modalités d'ajustement de la DGF.

Ce guide élaboré par la DRJSCS en direction des DDCS doit impulser une dynamique de contractualisation et combler les lacunes rencontrées par les agents en la matière. La création d'un CPOM-type régional va aussi dans ce sens.

3.1.3 Construire un CPOM-type régional contenant des clauses et des objectifs obligatoires au niveau régional

La circulaire du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du CPOM propose une structure-type indicative fixant les principales parties du document ⁶⁴. Cette structuration est très générale et ne met pas en évidence les spécificités du dispositif MJPM et du territoire. Ce socle minimal proposé par le ministère doit être enrichi des objectifs régionaux et du contexte de mise en œuvre de la région Île-de-France (priorités de politiques publiques).

Dans les départements où ont été élaborés plusieurs CPOM avec des services MJPM, aucun document type n'a été formalisé. A travers l'analyse de plusieurs CPOM, on se rend compte que les contrats ne sont pas similaires tant dans la forme que dans le contenu. Ce constat est d'autant plus vrai dans la rédaction des fiches-action. Le niveau de détail des besoins et des modalités de mise en œuvre des actions est inégal en fonction des contrats signés. Ce manque de formalisme peut créer des difficultés dans l'analyse du contrat et son suivi annuel. Il faut alors arriver à un CPOM-type avec des indicateurs incontournables

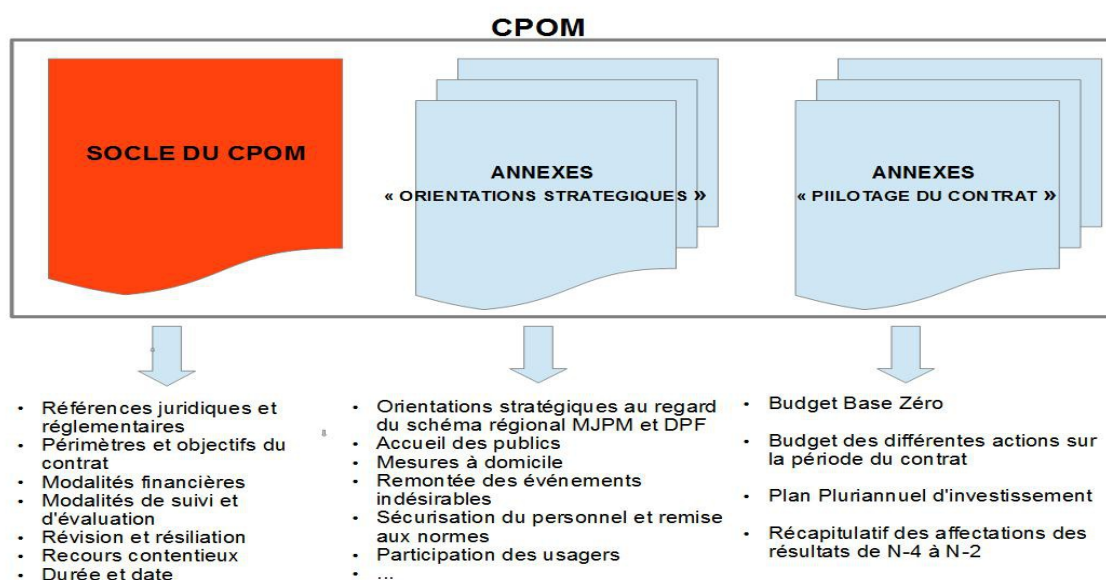
63 Point de vigilance inscrit dans le Guide CPOM secteur personnes handicapées de l'ARS Île-de-France.

64 ANNEXE 8

notamment relatifs à la qualité de la prise en charge. Par ailleurs, la création d'un modèle de CPOM régional présente trois avantages :

- Le CPOM-type est un facilitateur pour l'association gestionnaire : cet outil facilite la réalisation des contrats par les associations gestionnaires. Grâce à cette formalisation du CPOM, elles sont guidées dans la rédaction et la définition des objectifs. Ce cadrage explicite les attentes des autorités de tarification et de contrôle sur l'élaboration du contrat. Par ailleurs, le document-type rassure les co-contractants au démarrage de leur contrat. Cela favorise le déploiement des CPOM sur la région Île-de-France ;
- Le CPOM-type est un référentiel pour les autorités de tarification et de contrôle : La structuration type d'un CPOM simplifie l'analyse du document avant sa signature. Le CPOM-type doit contenir des éléments suffisamment précis afin d'aider la DRJSCS et la DDCS à arrêter le contenu définitif d'un CPOM (identification des objectifs régionaux et définition du Budget Base Zéro) ;
- Le CPOM-type est un outil d'harmonisation des pratiques : Une structure commune permet que les conditions de mise en œuvre des CPOM soient similaires dans les 8 départements d'Île-de-France.

En plus d'un socle contractuel qui présente les engagements réciproques des parties, le CPOM-type régional contient des annexes qui sont soit des annexes thématiques déclinant les priorités retenues, soit des annexes de pilotage contenant notamment les modalités financières du contrat. Le CPOM-type doit s'articuler autour de ces trois parties :



En sus, il conviendra de préciser la composition des annexes « orientations ». Ces fiches-actions devront présenter les objectifs, les modalités de mise en œuvre, le délai de réalisation, des indicateurs de suivi, des valeurs de départ, des valeurs cibles et les

personnes référentes. Les annexes financières elles-aussi doivent respecter un cadre précis défini en amont.

Ce kit méthodologique doit faciliter la mise en place des CPOM et limiter la lourdeur et la complexité de la négociation entre les autorités de tutelle et de tarification et l'association gestionnaire. De plus, il importe de fixer un calendrier de négociation précis pour chaque CPOM.

3.1.4 Déterminer un calendrier précis de mise en œuvre des CPOM sur le territoire

Le CPOM est à l'initiative soit de l'association gestionnaire, soit de la DDCS ou de la DRJSCS. Dans les deux cas, les autorités de tarification et de contrôle doivent conjointement prendre la mesure d'un tel accompagnement et étudier la faisabilité de la demande au regard des autres missions. Le CPOM est ensuite négocié à partir de ce constat. La négociation est une démarche longue d'environ 9 mois. Ce démarrage peut avoir lieu à n'importe quel moment de l'année, « *mais l'on considère que la période utile s'échelonne d'avril (après le dépôt des comptes administratifs) à octobre (avant le dépôt des budgets de l'année en cours)* »⁶⁵.

Le démarrage de la négociation d'un CPOM a lieu dans l'année qui précède son exécution. Lors de la première étape, dite de démarrage, l'association explique la motivation sur sa démarche de contractualisation et la méthode qu'elle souhaite utiliser (réfèrent, comité de pilotage, groupe de travail). La DDCS transmet ensuite le projet de CPOM à la DRJSCS qui est signataire du contrat.

Dans un deuxième temps, l'association gestionnaire procède au diagnostic de son ou ses services. La DDCS doit à ce moment-là transmettre les priorités de politique publique qui ont été définies dans le schéma régional. Un échange entre l'association gestionnaire et les pouvoirs publics permet d'enrichir l'analyse de départ et de définir les thèmes majeurs qui seront à retenir pour les objectifs contractuels. Lorsque le diagnostic est transmis à la DDCS, celle-ci envoie en retour une note d'orientation.

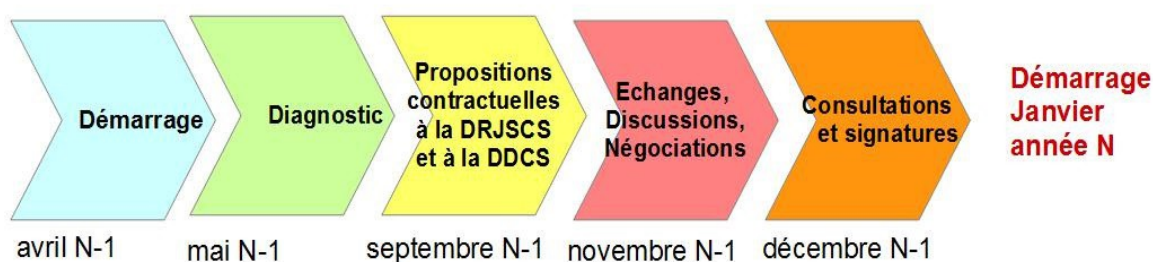
Dans une troisième phase, l'association gestionnaire transmet à son autorité de contrôle ses propositions contractuelles, c'est-à-dire les fiches-action et les annexes financières décrites ci-avant (BBZ, budget des différentes actions,...). A partir de ces propositions, la DDCS et la DRJSCS peuvent proposer des objectifs complémentaires, au vu du diagnostic ou compte tenu des priorités départementales. Elles peuvent également soumettre des objectifs en termes de convergence tarifaire.

En retour, l'association complète ses propositions initiales. Les deux parties se rencontrent par la suite pour formaliser le document et déterminent un calendrier d'exécution du CPOM.

65 Guide CPOM : secteur personnes handicapées de l'ARS Île-de-France

Enfin, après validation par son Conseil d'administration, l'association gestionnaire soumet le CPOM à la DDCS qui le transmet à la DRJSCS pour signature. Il est important d'inclure très en amont l'échelon régional dans la négociation du CPOM afin d'éviter des désaccords entre l'autorité de tarification, la DRJSCS, et l'autorité de contrôle, la DDCS.

Dans l'idéal, l'année de réalisation du CPOM doit coïncider avec la réalisation de l'évaluation interne ou externe. L'utilisation de ces évaluations est intéressante dans ce cadre, notamment l'évaluation interne qui permet de rendre compte du climat social et du fonctionnement de la structure. Cette concordance permet de gagner quelques mois dans l'élaboration du contrat puisque l'étape de diagnostic, qui est la plus « énergivore » pour l'association, est supprimée.



!! L'étape de diagnostic peut être supprimée si l'année de préparation du CPOM correspond à l'année d'évaluation interne/externe du service.

La démarche de contractualisation en direction des associations gestionnaires de services MJPM peut être facilitée par la création d'outils et la détermination d'une méthodologie précise. De même, Il importe de communiquer sur les avantages du CPOM auprès de l'ensemble des acteurs de la protection juridique des majeurs.

3.2 La contractualisation doit être diffusée et communiquée auprès des DDCS et des associations gestionnaires d'un services MJPM

Cette diffusion (ou « acculturation » pour certains) de la contractualisation auprès des acteurs de la protection juridique des majeurs peut être développée soit par le biais de la formation (3.2.1), soit par le biais d'un plan de communication (3.2.2).

3.2.1 Proposer des formations aux agents des DDCS

Si elle perce dans le secteur de la protection juridique des majeurs, la contractualisation va modifier considérablement les méthodes de travail des agents au sein des DDCS. Le CPOM fixe tous les 5 ans des moyens. Une fois que la base budgétaire est décidée, le niveau des échanges n'est plus le même. Les agents n'approuvent plus mais négocient autour d'objectifs qualité. Avec la contractualisation, la « tutelle » n'existe plus. On passe d'une culture de moyens à une culture de résultats et d'évaluation Plus encore, le directeur d'une association peut prendre le rôle de l'autorité de tarification en réduisant des dépenses pour

dégager des excédents et une capacité d'autofinancement suffisante pour ses futurs investissements. Dans ce cadre, la relation devient partenariale même si les DDCS valident toujours un certain nombre de décisions prises par les associations.

Les agents des DDCS, notamment des IASS, s'interrogent sur ce changement de paradigme. Comment passer d'un contrôle *a priori* à un *contrôle a posteriori* ? Comment vérifier les prévisions réalisées par les associations ? Quel rôle de l'Etat dans ce dialogue de gestion rénové ?

Des formations sur la thématique du CPOM doivent être dispensées aux agents. Celles-ci doivent être proposées par la DGCS aux responsables des DRJSCS qui relayent ensuite les consignes et les informations auprès des DDCS. Il s'agit bien sûr d'élever le niveau de compétences sur des points techniques, mais également de transmettre une nouvelle forme d'analyse de l'activité et du budget des associations. En ce sens, les agents doivent acquérir une nouvelle posture professionnelle par rapport aux associations couvertes par un CPOM. Les agents doivent comprendre que le travail d'approbation est vide de sens lorsque des objectifs et des moyens ont été négociés 1 à 5 années plus tôt.

Plus encore, la formation initiale des IASS à l'EHESP doit mieux prendre en compte cette nouvelle donne de leur métier. Dans tous les domaines, la contractualisation va se généraliser dans les relations entre autorités publiques et organismes gestionnaires. Peu d'enseignements sont dispensés sur ces nouvelles pratiques à l'heure actuelle, or elles constituent des savoir-faire importants pour les futurs IASS.

Cette montée en compétence des administrations profitera à la diffusion du CPOM auprès des associations gestionnaires.

3.2.2 Développer un plan de communication auprès des associations gestionnaires

Le niveau de connaissance des directions des associations sur l'outil CPOM est très hétérogène. Les associations font souvent partie de fédérations nationales qui promeuvent la contractualisation avec plus ou moins de ferveur. Les différentes fédérations ou associations nationales ont des visions très différentes sur l'outil. Par exemple, les directeurs d'UDAF en ont une très bonne connaissance et se voient dispenser des formations par l'UNAFOR. Au contraire, des directeurs d'associations « indépendantes » disposent de peu de ressources et d'informations à cet égard. L'animation territoriale a un intérêt pour la DRJSCS d'Île-de-France si elle veut diffuser l'outil auprès de l'ensemble des services MJPM de la région.

Tout d'abord, la DRJSCS peut relater l'expérience de contractualisation de l'UDAF de Seine-et-Marne auprès des autres services de la région. S'appuyer sur cet exemple montrera aux directeurs quel est l'intérêt d'une telle démarche pour leur service. Ensuite, des séminaires regroupant les associations gestionnaires d'un service peuvent être organisés afin de

discuter sur les avantages et les inconvénients du CPOM dans son élaboration et son exécution.

Enfin, la transmission des comptes administratifs par les DDCS et la DRJSCS peut être chaque année le moment opportun pour discuter d'une éventuelle entrée dans un CPOM. Dans ce cas, l'administration propose aux associations de rentrer dans cette démarche en connaissance de sa situation financière. Car, comme nous allons le voir, la couverture d'un service MJPM par un CPOM est difficilement envisageable s'il rencontre des difficultés financières trop importantes.

3.3 Les CPOM doivent être tournés vers la qualité de la prise en charge et ne peuvent constituer des outils de retour à l'équilibre budgétaire

Pour les premiers CPOM élaborés sur la région Île-de-France, il est préférable d'intégrer en priorité des structures en « bonne santé financière » car la responsabilisation de l'association n'est pas sans risques (3.3.1). Le CPOM peut ensuite devenir un outil pour parvenir à la convergence tarifaire sur la région (3.3.2). Mais avant tout, le CPOM doit contenir des éléments qualitatifs et ne pas se contenter d'être une aubaine pour de futurs investissements (3.3.3).

3.3.1 Privilégier des structures en bonne santé financière

La contractualisation des services MJPM sur la région Île-de-France doit viser prioritairement les structures qui ne connaissent pas de difficultés financières. Plusieurs raisons expliquent ce recentrage.

Tout d'abord, le CPOM permet des « *déséquilibres budgétaires transitoires, sur quelques exercices, si le retour à un équilibre structurel est assuré à la fin de la période couverte* »⁶⁶. La reconduction des moyens de façon mécanique peut amener les services couverts par un CPOM à être déficitaires car la revalorisation du produit peut être inférieure aux charges réelles. Cela s'explique notamment par le Glissement Vieillesse Technicité (GVT) ou le taux d'inflation pour certaines dépenses (produits pétroliers, assurances,...). Ces déficits peuvent générer des tensions de trésorerie qui sont à couvrir par des réserves de compensation des déficits. Cet élément est donc à vérifier avant de débiter un CPOM avec un service.

Ensuite, les actions du CPOM sont financées sur des excédents d'exploitation. Le service qui rentre dans une démarche de contractualisation doit démontrer qu'il est en capacité de générer des excédents pendant la durée du CPOM ou bien qu'il dispose de réserves suffisantes pour financer ses actions. Si le service n'a pas une situation financière satisfaisante, le CPOM perd de son sens car il ne pourra pas profiter de son autonomie budgétaire pour réaliser ses objectifs.

66 Circulaire N°DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en oeuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Enfin, les associations gestionnaires sont le plus souvent mono-service. Pour combler les résultats déficitaires en cours de CPOM, elles ne peuvent utiliser la fongibilité des crédits entre établissements. Dans le cas d'une association gestionnaire d'un service MJPM et d'un service DPF, le virement de crédits entre les deux services semble insuffisant pour pouvoir remédier à un déficit trop important. Le service doit donc nécessairement être solide financièrement pour réaliser les actions de son CPOM.

En outre, dans l'examen d'un CPOM, il importe pour l'autorité de tarification de bien prévoir la capacité du service à financer ses objectifs. Elle peut alors prévoir sa Capacité d'Autofinancement (CAF) sur toute la durée du contrat afin de vérifier que l'association est en mesure de financer ses emprunts et ses futurs investissements prévus dans le CPOM. Ainsi, on peut se demander s'il n'est pas opportun de demander aux structures des documents budgétaires et financiers pouvant permettre une analyse fine de la situation du service, comme un plan pluriannuel de financement et un plan pluriannuel d'investissement.

Par précaution, les actions des CPOM déjà signées dans le secteur de la protection juridique des majeurs ont été financées entièrement par des réserves déjà constituées. Les dépenses de fonctionnement du BBZ ont été couvertes par des réserves d'excédents affectées à des mesures reconductibles et les dépenses en investissement ont été financées par une partie des réserves en investissement. Cette méthode garantit que le service dispose des moyens suffisants pour l'exécution de son contrat.

Tout bien considéré, le CPOM « mono-service » ne peut pas devenir un plan de retour à l'équilibre. Les services doivent être suffisamment dotés ou réduire leurs coûts de fonctionnement au départ. Il n'empêche que la contractualisation peut constituer un instrument de convergence tarifaire.

3.3.2 Tendre vers la convergence tarifaire grâce aux CPOM

Le schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales d'Île-de-France 2015-2020 fixe dans ses objectifs d'amener la VPS de tous les services MJPM et les services DPF dans la moyenne régionale. Pour cela, la DRJSCS souhaite proposer des CPOM aux services afin d'harmoniser sur une échelle de cinq ans les coûts des services fournissant des prestations comparables à des publics comparables.

A l'heure actuelle, le seul moyen pour l'autorité de tarification de faire tendre les services vers des indicateurs de référence est d'octroyer ou non le taux d'évolution de la DGF chaque année. Dans ce système, les premiers de la classe sont récompensés tandis que les derniers se voient refuser des mesures nouvelles. Cette intervention est souvent contestée par les services, reprochant aux indicateurs de gommer la réalité de l'accompagnement des personnes protégées.

La pluriannualité budgétaire a l'avantage de laisser au service le choix dans la répartition de ses moyens et de lisser ses dépenses sur plusieurs années. Grâce à cet étalement dans le temps, le gestionnaire du service a la possibilité de diminuer le coût des mesures qu'il exerce. D'autre part, la motivation par les excédents peut aussi motiver les gestionnaires de rationaliser leurs dépenses.

Toutefois, le CPOM n'est pas seulement un outil défensif permettant de se mettre au même coût d'activité que les autres. La convergence tarifaire ne doit pas être le seul leitmotiv de la contractualisation. Le CPOM doit surtout être offensif et avoir pour ambition d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes protégées.

3.3.1 Signer des CPOM dont le projet relève d'une réelle volonté du service d'aller vers une amélioration de la qualité de prise en charge

Au sens de la circulaire du 25 juillet 2013, le contrat est un instrument de la mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales sur le territoire. L'objet du contrat doit donc avant tout concerner la qualité de prise en charge des personnes protégées. A cette fin, la mise en œuvre des CPOM doit éviter deux écueils.

En premier lieu, le CPOM ne doit pas être axé uniquement sur la performance et l'objectif de convergence tarifaire. Cette démarche demanderait beaucoup trop d'investissements des deux parties au regard du résultat attendu.

En second lieu, Les CPOM ne doivent pas être axés seulement sur de l'investissement et se substituer à un Plan Pluriannuel d'Investissement (PPI). Le CPOM doit apporter une réponse globale à des besoins identifiés en amont. Des besoins seraient très certainement omis si un CPOM venait à prévoir uniquement des mesures d'investissement. Des mesures de l'ordre du management interne ou de la participation des usagers sont à prendre en compte.

La DRJSCS, autorité de tarification, et la DDCS, autorité de contrôle, doivent impérativement exercer leur droit de regard sur les plans d'action qui leur sont soumis au regard du diagnostic. Au fond, c'est la présence de toutes les composantes du fonctionnement et de l'organisation du service qui sont à vérifier : la gestion, les ressources humaines, la participation des usagers, la proximité avec les usagers, la bientraitance, etc. Ces éléments doivent figurer dans le projet de service du service MJPM, mis à jour à la suite des conclusions de l'évaluation interne. Élaborer un CPOM ne serait pas envisageable à la suite de la phase de diagnostic ou d'évaluation interne si le projet de service n'était pas modifié en conséquence. Car même si le CPOM se veut un outil de performance, il serait dangereux pour notre société de mesurer la prise en charge des plus vulnérables uniquement à l'aune de sa rentabilité et de sa tarification.

Conclusion

Le sens de l'histoire de l'intervention sociale passe-t-il par le CPOM ? Cet outil s'impose de plus en plus comme le seul outil viable pour transformer l'offre et les pratiques dans un contexte budgétaire contraint. Mais nous devons nous interroger sur la mise en pratique de la contractualisation car ce modèle ne fait pas partie de la culture des gestionnaires de l'action sociale. Nous sommes actuellement à la croisée des chemins. Pour passer de la décision administrative unilatérale à la contractualisation qui résulte de la rencontre du consentement libre et éclairé de chaque partie, il faudra que les pouvoirs publics informent, convainquent et sécurisent ce procédé. Car actuellement, le CPOM est souvent décrit comme un « jeu de dupes » et moins comme une logique « gagnant-gagnant ». Les administrations, au niveau central ou territorial, doivent mener une réflexion de fonds sur l'outil afin de le mettre au profit des associations, voire de le généraliser.

Les secteurs de l'action sociale et médico-sociale ont des spécificités propres qu'il faut prendre en compte pour juger de la pertinence de l'outil. En ce qui concerne le secteur de la protection juridique des majeurs, cette étude a tenté de démontrer que le CPOM semble être pertinent pour deux raisons :

- Les associations souhaitent transformer l'accompagnement des personnes et le rendre plus qualitatif. Des actions, sous forme d'investissements, d'expérimentations ou de changements dans les pratiques, sont à mettre en œuvre. L'autonomie offerte par le CPOM aux associations facilite ces initiatives et libère l'innovation et les synergies ;
- La position « haute » des autorités de tarification et de contrôle n'est plus facile à tenir, car celles-ci n'ont plus grand chose à offrir aux associations. La négociation sur des objectifs rétablit un rapport d'égal à égal qui est plus justifiable auprès des directions d'association qui ne restent plus dans l'expectative mais possèdent des leviers d'action. En retour, le gestionnaire du service répond par des résultats. De par cette obligation de résultats, le tarifificateur maintient son autorité.

Au demeurant, le seul blocage de taille est que le CPOM peut s'avérer une démarche lourde et chronophage pour les petites associations mono-service qui sont majoritaires dans le champ de la protection juridique des majeurs. Il est alors du ressort des autorités publiques de faire du CPOM un outil simple à élaborer et à exécuter. Cet effort doit être coordonné entre l'administration centrale et les services déconcentrés de l'Etat. Sur les territoires, la DRJSCS est en première ligne pour développer cet outil de par sa qualité d'autorité de tarification des services MJPM et de son rôle de coordination et de pilotage des dispositifs.

Sans une impulsion coordonnée entre les acteurs de la protection juridique des majeurs, le CPOM pourrait seulement devenir un outil « à la mode » qui tomberait rapidement en désuétude. Il serait dommage pour le secteur social de rater ce virage comme cela avait été le cas pour les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) au début des années 2010.

Au niveau individuel, on peut s'interroger sur les mutations profondes du métier d'IASS si la contractualisation venait à se généraliser dans un futur proche. L'inspecteur devra être en capacité de modifier son travail et les relations qu'il a l'habitude d'entretenir avec les associations gestionnaires. Pour s'adapter à ce nouveau type de régulation par la négociation et le suivi, l'IASS sera dans l'obligation de développer une nouvelle posture vis-à-vis de ses partenaires.

D'un point de vue politique, il semble que la démarche de contractualisation va bénéficier d'une dynamique d'impulsion forte. Le rapport Piveteau de 2015, intitulé « zéro sans solution », préconise de généraliser la contractualisation à l'ensemble des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux. La loi a concrétisé cette idée en rendant ces CPOM obligatoires dans le champ du handicap et en incitant les établissements pour personnes âgées à intégrer peu à peu ce processus. Il est probable que cette dynamique s'étende aux établissements et services du secteur social.

On peut alors s'imaginer que dans 10 ans, l'ensemble des services d'Île-de-France seront couverts par un CPOM. L'outil suffira-t-il pour atteindre des objectifs de performance et de convergence des coûts ? Faudra-t-il encore aller plus loin ? Le secteur de la protection juridique des majeurs dispose d'une multitude d'instruments pour améliorer la performance des services (CPOM, indicateurs d'activité, etc.). Seuls les outils d'analyse budgétaire et financière et le mode de tarification semblent désuets au regard des objectifs de performance fixés. A l'instar des établissements de santé, on peut imaginer que, dans une vingtaine d'années, les petites associations gestionnaires du secteur social seront financées par la tarification à l'activité (T2A) et devront prévoir leur budget dans des Etats Prévisionnels des Recettes et des Dépenses (EPRD) et dans un Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP).

Bibliographie

Ouvrages :

- DUPUY Olivier , *Guide de la protection des majeurs : La réforme du 5 mars 2007 expliquée*, Paris : Heures de France, 2009
- LOUBAT Jean-René, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 2014

Articles :

- COCQUEBERT Laurent, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », dans *Revue de droit sanitaire et social*, n° 1, janvier-février 2012
- HARDY Jean-Pierre, « La coopération dans le secteur social et médico-social : révolution copernicienne ou révolution astronomique », dans *Vie sociale 2010/1*, n° 1, p. 43-57
- HARDY Jean-Pierre, « Les CPOM : an II... d'une évolution naturelle ou d'une (contre)révolution ? », dans *Les cahiers de l'Actif*, n° 396-397, mai-juin 2009
- HARDY Jean-Pierre, « CPOM : Entre révolution et adaptation à la réalité », dans *JurisAssociation*, n° 379, 15 mai 2008.
- POINSOT Olivier, « CPOM : le tarif contractuel n'est pas opposable au financeur », dans *Direction(s)*, n°98, juillet-août 2012, p. 12
- RIHAL Hervé, « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », dans *Revue de droit sanitaire et social*, n°1, janvier-février 2012
- UNIOPSS et CNAR, *La pluriannualité budgétaire et les CPOM, fiches pratiques de gestion*, décembre 2008 (mise à jour décembre 2010)
- UNIOPSS, « Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) », *Cahiers de l'UNIOPSS*, n°20, septembre 2008

Mémoires :

- CORROY Sandra, *Enjeux autour des différents outils de contractualisation applicables aux EHPAD : l'exemple de la Seine-et-Marne*, EHESP, mémoire professionnelle IASS, Rennes, 2011
- COSTA Benoît, *Le Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) comme outil de référence pour une recomposition de l'offre médico-sociale : un démarrage difficile en Île-de-France*, EHESP, mémoire professionnelle IASS, Rennes, 2009

Lois, décrets, circulaires :

- LOI n°2002- 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- LOI n°2007-308 du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)
- LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- LOI de finances pour 2016
- LOI de financement de la sécurité sociale pour 2016
- Circulaire n°DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- Instruction n°DGCS/2A/5A/5C/2014/157 du 16 mai 2014 relative aux orientations de l'exercice 2014 pour la campagne budgétaire des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des services délégués aux prestations familiales
- Ordonnance n°2005-1477 du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

Schéma :

- DRJSCS ÎLE-DE-FRANCE, *Schéma régional des MJPM et des DPF d'île-de-France 2015-2020*, 2016, disponible sur Internet : http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr/sites/ile-de-france.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/schema_regional_mandataires_2020.pdf

Rapports :

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, *Zéro sans solutions : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans ruptures, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, 2015

Outils et méthodes de contractualisation :

- ANAP, *Guides des indicateurs ESMS*, 2013
- ARS Île-de-France, *Guide du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, secteur personnes handicapées*, mai 2014

- CABINET ASCOR, *Construire et mettre en œuvre un CPOM dans un service tutélaire*, octobre 2014
- MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DGCS, *Guide méthodologique de signature d'un CPOM*, 5 décembre 2007

Compte-rendu :

- ANAP, Séminaire de lancement, appui aux ARS dans le déploiement des CPOM médico-sociaux, PARIS, 15 septembre 2015, 100 pages

Pages Internet consultés :

- ANAP, *Chiffres clés des CPOM* [visité le 14/12/2015] , disponible sur Internet :
<http://www.anap.fr/actualites/actualites/detail/actualites/chiffres-cles-des-cpom/>
- ANAP, *appui aux ARS dans le déploiement des CPOM médico-sociaux* [visité le 14/12/2015], disponible sur Interne : <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/accompagner-les-etablissements-dans-leur-ouverture-surlesterritoires/detail/actualites/appui-aux-ars-dans-le-dploiement-des-cpom-medico-sociaux/>

Liste des annexes

ANNEXE 1 :Tableau des entretiens

ANNEXE 2 : Grille d'entretien (associations)

ANNEXE 3 : Grille d'entretien (autorités de tarification et de contrôle)

ANNEXE 4 : Grille d'entretien DGCS

ANNEXE 5 : Grille d'entretien ARS Île-de-France

ANNEXE 6 : Enquête en ligne auprès des services MJPM d'Île-de-France

ANNEXE 7 : Enquête en ligne auprès des DDCS d'Île-de-France

ANNEXE 8 : CPOM-type extrait de la circulaire du 25 juillet 2013

ANNEXE 1 : Tableau des entretiens réalisés

Personnes interrogées	Jour et heure	Durée	Lieu	Objet
Directrice de l'UDAF de Seine-et-Marne	Mercredi 17 juin 2015 à 11h	1h	UDAF de Seine-et-Marne MELUN	Entretien avec la direction de l'UDAF de Seine-et-Marne sur l'élaboration et la mise en œuvre du CPOM
IASS DDCS de Seine-et-Marne	Mercredi 17 juin 2015 à 14h	1h	DDCS de Seine-et-Marne MELUN	Entretien avec l'IASS en charge de la protection des majeurs sur le rôle de la DDCS de Seine-et-Marne dans l'élaboration et la mise en œuvre du CPOM avec l'UDAF.
Directeur de l'UDAF de l'Indre	Mardi 11 août 2015 à 14h	1 h	entretien téléphonique	Entretien avec la direction de l'UDAF de l'Indre sur l'élaboration et la mise en œuvre du CPOM.
Agent DDCSPP de l'Indre	Jeudi 13 août 2015 à 14h	1/2h	entretien téléphonique	Entretien avec la DDCS de l'Indre sur l'élaboration et la mise en œuvre de 2 CPOM dans le département de l'Indre (MSA et Familles rurales).
IASS DRJSCS Centre	Mardi 25 août 2015 à 14h	1/2h	entretien téléphonique	Entretien avec l'IASS en charge de la protection des majeurs sur le rôle de la DRJSCS région Centre dans l'élaboration et la mise en œuvre des CPOM dans le département de l'Indre.
IPASS - chef de pôle DRJSCS Centre	Mardi 25 août 2015 à 16h	1h	entretien téléphonique	Entretien avec l'IASS, chef de pôle cohésion sociale et politique de la ville de la DRJSCS Centre sur la mise en œuvre des CPOM dans le département de l'Indre. Angle politique et managérial du CPOM.
Directeur de l'UDAF de l'Hérault	Jeudi 27 août 2015 à 10h	1h	entretien téléphonique	Entretien avec la direction de l'UDAF de l'Hérault sur l'élaboration et la mise en œuvre du CPOM.
IASS DDCS de l'Hérault	Mercredi 2 septembre à 10h	1h	entretien téléphonique	Entretien avec l'IASS en charge de la protection des majeurs sur le rôle de la DDCS de l'Hérault dans l'élaboration et la mise en œuvre du CPOM avec l'UDAF.
Directeur de l'UDAF de l'Aude	Vendredi 4 septembre à 15h	1h	entretien téléphonique	Entretien avec la direction de l'UDAF de l'Aude sur l'élaboration et la mise en œuvre du CPOM.
Chargées de mission DGCS	Lundi 28 septembre à 14h30	1h	Direction Générale de la Cohésion sociale - PARIS	Entretien sur l'impulsion donnée par la DGCS et sur les résultats de cette dynamique de contractualisation.
Directeur adjoint du pôle médico-social de l'ARS Île-de-France	Jeudi 24 septembre à 16h	1 h	ARS Île-de-France - PARIS	Entretien sur la mise en œuvre des CPOM par l'ARS Île-de-France dans le secteur du handicap.

ANNEXE 2 : Grille d'entretien (associations)

Caractéristiques de l'établissement :

Nombre de services ? Nombre de mesures ? Nombre de MJPM ? Poids moyen de la mesures ?

Motivations pour la structure :

Pour quelles raisons souhaitiez-vous réaliser ce document qui est non-obligatoire au sens du CASF ?

Quels étaient les effets attendus d'un tel outil ?

Qui était à l'origine de cette demande?

Construction du CPOM :

Comment ont été fixées les priorités/actions/orientations (les objectifs) au sein de la structure ? (prise en compte de l'avis des salariés et des usagers ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de la construction du CPOM ?

Comment caractérisez-vous la relation avec la DRJSCS de l'Indre dans la mise en place de cet outil?

Avez-vous intégré un diagnostic dans le CPOM ?

Bilan à mi-parcours :

Les actions fixées dans le contrat ont-elles pu être mises en œuvre ?

Quels ont été les résultats de ces actions ?

Cet outil a-t-il amélioré le dialogue avec les autorité de tarification et de financement?

Ces actions auraient-elles pu être mises en oeuvre sans le CPOM ?

Pensez-vous que vous auriez rencontré des difficultés supplémentaires?

En quoi le CPOM peut-il améliorer la qualité du service?

Faites vous part du résultat de ces actions à la DRJSCS? (envoi d'un bilan)

Démarche projet :

Quels sont les projets qui ont pu voir le jour dans le cadre du CPOM (actions)?

Ces actions auraient-elles pu se concrétiser dans un cycle budgétaire classique ?

Quels autres projets peuvent être mis en œuvre dans le cadre du CPOM ?

Simplification / procédure budgétaire :

L'absence de campagne annuelle contradictoire est-il un gain de temps pour vos services administratifs?

Le BBZ ne vous oblige-t-il pas à faire obligatoirement des excédents?

Le principe de libre affectation de vos résultats dans votre budget est-il selon vous un point positif dans votre gestion?

Les virements de crédits entre comptes (sauf ponction sur charges de personnel) améliorent-ils votre gestion ? (même question sur la fongibilité entre services si plusieurs services)

Le CPOM est-il un outil adéquat avec le mode d'allocation budgétaire des MJPM ? (DGF)

Perspectives :

Le CPOM est-il un outil favorable à une meilleure gestion de votre/vos service(s) au sens d'atteindre les valeurs moyennes régionales des principaux indicateurs (VPP, VPS, ...) ?

Seriez-vous prêt à signer un second CPOM en 2016 ?

Construiriez vous le CPOM de la même manière avec la DDCS ?

ANNEXE 3 : Grille d'entretien (DDCS et DRJSCS)

Motivations DDCS :

Quelles étaient vos attentes dans la construction d'un tel outil ? Les effets attendus ?

Construction du CPOM :

Comment avez-vous procédé avec l'association pour rédiger le CPOM ?

Le CPOM ne contient pas de diagnostic de la structure, pour quelles raisons ?

N'a-t-il pas été difficile de fixer des objectifs et des moyens sans avoir élaboré un diagnostic ?

Comment avez-vous fixé les objectifs avec la structure ? Comment avez-vous fixé les moyens ?

Sur quels critères (indicateurs) ?

Bilan à mi-parcours :

L'association gestionnaire vous fait-elle part du résultat de ses actions ?

La valeur de ses indicateurs (VPS, VPP,...) s'est-elle améliorée ? Si oui, est-ce selon vous la conséquence de l'élaboration de cet outil ?

Cet outil a-t-il amélioré le dialogue entre la DDCS et l'association ?

Simplification procédure budgétaire :

L'absence de campagne annuelle contradictoire est-elle un gain de temps pour la DDCS ?

Comment est calculée l'évolution de la DGF chaque année dans le cadre d'un financement pluriannuel ?

Est-ce encore une fois un gain de temps ?

Le principe de libre affectation du résultat dans le budget est-il selon vous un point positif dans la gestion des associations tutélaires ? (redistribution des moyens en interne ou entre services)

Le CPOM est-il un outil adéquat avec le mode d'allocation budgétaire des MJPM ? (DGF)

Perspectives

Seriez-vous prêt à contracter des CPOM avec d'autres services ? Ou est-ce un outil inutile dans le secteur des MJPM ?

Dans les prochains CPOM que vous allez contracter avec une association, que changeriez-vous au niveau :

- du mode d'élaboration du CPOM ?
- du temps consacré à la construction de cet outil ?
- du contenu de ce document ?

ANNEXE 4 : Grille d'entretien DGCS

Contexte DGCS :

Pour quelles raisons la mise en œuvre des CPOM ne figure plus dans l'instruction 2015 relative à la campagne budgétaire des services MJPM et DPF ?

Quels sont les moyens de la DGCS pour inciter les services et les DRJSCS à signer des CPOM ?

Contexte CPOM sur le territoire national :

Combien d'associations sont sous CPOM à l'heure actuelle (toutes catégories d'ESSMS confondues) ? Cela représente combien d'ESSMS ?

Dans quels secteurs du social et du médico-social, des CPOM sont-ils très souvent élaborés ?

L'intérêt des CPOM pour les services MJPM :

Quel est l'intérêt du CPOM pour une association mono-service ? (*la circulaire du 25 juillet 2013 demande aux services de l'Etat de privilégier les grandes structures*)

En quoi le CPOM peut simplifier et alléger le travail administratif des cocontractants ?

Le CPOM peut-il réellement être un outil de retour à l'équilibre budgétaire pour un service MJPM en difficulté ?

Le CPOM peut-il permettre de faire converger les indicateurs de l'ensemble des services, notamment la VPS, vers des moyennes régionales et/ou nationales ? Si oui, comment ?

Construction du CPOM

De quelle manière doit être élaboré le diagnostic préalable à la réalisation du CPOM ? Les évaluations internes ou externes des services peuvent-elles servir de point de départ pour la construction du contrat ?

Les associations se font très souvent accompagnées par des cabinets privés dans l'élaboration des CPOM. Ne craignez-vous pas des coûts supplémentaires dans le fonctionnement de ces associations ?

Les objectifs

Selon vous, quels objectifs devraient être inscrits dans les CPOM de façon systématique ?

Les moyens

Pour les dépenses imprévisibles afférentes à la structure, les moyens peuvent-ils être revus à la hausse (avenant) pendant la durée du CPOM ? Au contraire, l'association doit-elle faire avec ce qui lui a été proposé en début de CPOM, quitte à faire des excédents pour financer ces nouvelles dépenses ?

Dans l'hypothèse où le taux d'évolution de la DGF devient négatif ces prochaines années, des avenants au contrat pour annuler certains objectifs pourront-ils être créés faute de moyens suffisants ? Au contraire, l'association sera-t-elle dans l'obligation de réaliser ces objectifs même si elle en est plus capable financièrement ?

Le suivi du contrat

Comment doit s'effectuer le suivi du contrat par la DRJSCS ou la DDCS ?

Dans le cas d'une association qui signe un contrat englobant un service MJPM et un service DPF, comment peut-on calculer les indicateurs pour les deux services alors que les deux entités ne font plus qu'une (le personnel peut être affecté aux deux services sans qu'il n'y ait d'obligation de faire des clés de répartition) ?

Rôle des DRJSCS dans la l'impulsion de la démarche CPOM :

Quels outils la DRJSCS peut-elle mettre en place pour inciter les associations à signer des CPOM ?

Quels outils la DRJSCS peut-elle mettre en place pour accompagner les DDCS dans la signature des CPOM ?

ANNEXE 5 : Grille d'entretien ARS Île-de-France

Etat des lieux CPOM en Île-de-France

Combien de CPOM ont été signés en Île-de-France dans le champ MS ?

Dans quels secteurs les établissements signent-ils le plus de CPOM ?

Généralement, combien d'établissements sont regroupés dans un CPOM ? Des associations mono-services ont-elles signée des CPOM ?

Quelles différences avec les CPOM du champ sanitaire ?

Cadre juridique

Le CPOM est-il vraiment un contrat déséquilibré (crainte des associations) ?

Construction du CPOM

Qui prépare et négocie le CPOM avec l'association ? Sièges ? DT ?

Comment est financé le CPOM ?

Avez-vous un cahier des charges qui donne une méthodologie ?

Qui est à l'origine du CPOM le plus souvent, l'association ou l'ARS ?

La pluriannualité budgétaire

L'ARS a-t-elle un mot à dire sur l'affectation des excédents chaque année ?

Quels sont les avantages de la pluriannualité budgétaire ?

Quels sont les inconvénients de la pluriannualité budgétaire ?

Avez-vous repéré des changements dans la gestion des établissements depuis la mise en place des CPOM ?

Les objectifs du CPOM

Des objectifs sont-ils exigés par l'ARS dans le CPOM, notamment ceux en lien avec le SROSMS ?

Comment choisissez-vous les indicateurs de réalisation ?

Les moyens

Comment est revalorisé le BBZ chaque année ?

En cas de modifications substantielles de l'activité de l'association (baisse ou montée en charge), qu'est-ce qui est prévu pour éviter une baisse d'efficacité ou des tensions budgétaires ?

Simplification

Le CPOM allège-t-il les charges administratives à la fois pour l'autorité de tarification et pour l'association gestionnaire ?

ANNEXE 6 : Enquête en ligne auprès des services MJPM d'Île-de-France

15/10/16

Questionnaire DRJSCS - enquête CPOM

Questionnaire DRJSCS - enquête CPOM

A la demande de la DGCS, la DRJSCS Île-de-France entame une réflexion sur la mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans le secteur de la protection juridique des majeurs. Les résultats de cette enquête nous permettront de connaître les attentes et le niveau de connaissance des services vis-à-vis de cet outil.

***Obligatoire**

Nom de l'association : *

Département : *

- Paris
- Seine-Saint-Denis
- Val-de-Marne
- Hauts-de-Seine
- Yvelines
- Essonne
- Seine-et-Marne
- Val d'Oise

Avez-vous déjà été informé(e) sur la démarche CPOM ? *

- OUI
- NON

Si OUI, comment avez-vous reçu les informations sur l'outil CPOM ?

- Formation professionnelle
- Réunion d'information
- Autre :

Dans le cadre de la préparation d'un CPOM, quelles contraintes pourriez-vous rencontrer ? *

- Manque de temps
- Manque d'expertise
- Manque d'appui extérieur
- Autre :

Réaliser un CPOM nécessite en amont un travail de diagnostic par rapport à ses objectifs. Un diagnostic du service MJPM a-t-il été élaboré récemment ou est-il en cours de réalisation ? *

https://docs.google.com/forms/d/1OK9DGVNSHKOjx8DcS5oqz29AU043rjer_QtEL7mQ/viewform

10

- OUI
- NON

Si OUI, dans quel cadre ?

- Evaluation Interne
- Evaluation externe
- Audit
- Autre :

La pluriannualité budgétaire est selon vous : *

- Un moyen de réaliser des projets avec plus de souplesse et d'autonomie
- Un gage de simplification administrative
- Un moyen pour étaler dans le temps la situation financière du service
- Un moyen pour améliorer la visibilité grâce à un budget pluriannuel établi sur 5 ans
- Autre :

Quels peuvent être selon vous les avantages de contractualiser des objectifs et des moyens avec l'autorité de tarification ? *

Quels peuvent être selon vous les inconvénients de contractualiser des objectifs et des moyens avec l'autorité de tarification ? *

Dans l'hypothèse où votre association élaborerait un CPOM, quelles actions mettriez-vous en oeuvre au sein du service pour les 5 prochaines années ? *

Seriez-vous d'accord d'élaborer un CPOM avec la DRJSCS d'ici 2020 ? *

- OUI

- NON
- Peut-être

Autres remarques :

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

ANNEXE 7 : Enquête en ligne auprès des DDCS d'Île-de-France

Enquête DRJSCS - CPOM

A la demande de la DGCS, la DRJSCS Île-de-France entame une réflexion sur la mise en œuvre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans le secteur de la protection juridique des majeurs. Les résultats de cette enquête nous permettront de mieux accompagner les DDCS dans cette démarche.

***Obligatoire**

Nom et prénom *

Vous travaillez à la DDCS de : *

- Paris
- Seine-Saint-Denis
- Val-de-Marne
- Hauts-de-Seine
- Yvelines
- Val d'Oise
- Seine-et-Marne
- Essonne

Avez-vous déjà été informé(e) sur la démarche CPOM ? *

- OUI
- NON

Si OUI, dans quel cadre avez-vous reçu cette information ?

- Formation professionnelle
- Réunion d'information
- Autre :

Des associations vous ont-elles fait part de leur souhait d'élaborer un CPOM ? *

- OUI
- NON

Si OUI, le(s)quel(s):

Quelles difficultés pourriez-vous rencontrer dans l'élaboration du CPOM avec l'association ? *

Quels outils la DRJSCS pourrait-elle mettre en place pour appuyer les DDCS dans cette démarche ? *

Selon vous, quels sont les avantages d'un CPOM pour la DDCS et la DRJSCS ? *

Selon vous, quels sont les avantages d'un CPOM pour l'association ? *

Selon vous, quels sont les inconvénients d'un CPOM pour la DDCS et la DRJSCS ? *

19/1/2016

Enquête DRJSCS - CPOM

Selon vous, quels sont les inconvénients d'un CPOM pour l'association ? *

Pour quelles raisons refuseriez-vous la signature d'un CPOM ? *

Autres remarques :

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

ANNEXE 8 : CPOM-type extrait de la circulaire du 25 juillet 2015

Annexe n°1 - Structure-type d'un CPOM social ou médi co-social.

La structure-type proposée est constituée d'un socle contractuel présentant de manière synthétique les engagements réciproques des parties et d'annexes permettant de détailler les objectifs retenus et les indicateurs associés. Le nombre de ces annexes peut donc varier en fonction du nombre d'objectifs fixés au gestionnaire. Les autorités compétentes peuvent par ailleurs enrichir ce socle minimal d'éléments rappelant, si le besoin s'en fait sentir, le contexte de mise en œuvre régional (priorités de politiques publiques). Il est également recommandé de renvoyer en annexes constituées *ad hoc* les éléments de détail relatifs aux engagements contractuels, notamment financiers (par exemple, modalités de détermination précises de la dotation globalisée commune, etc). Ainsi, cette structure type a vocation à constituer un guide susceptible d'adaptations en fonction du contexte spécifique à chaque CPOM.

SOCLE

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Entre,

La ou les autorité-s chargée-s de l'autorisation concernée-s par la signature du contrat (ARS, DRJSCS, Conseil général) – et le nom du/ des représentant-s

Et

La personne morale gestionnaire (et le nom du représentant)

Vu l'article L.313-11 du Code de l'action sociale et des familles ;

Vu les articles R.314-39 à R.314-43-1 du Code de l'action sociale et des familles ;

Vu la circulaire [ici viser la présente circulaire],

Vu le [mentionner ici le schéma départemental ou régional de planification sociale ou médico-sociale] arrêté le XX/XX/XXXX, (selon le contexte : Projet régional de santé, Schéma régional d'organisation médico-sociale, Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps, Plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile, Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées...)

Il a été convenu ce qui suit :

I. Périmètre et objectifs du contrat.

- Le présent contrat concerne les établissements et services suivants :

[établir la liste des établissements et services couverts par le contrat (nom, identifiant FINESS), faire mention des arrêtés d'autorisation].

La personne morale gestionnaire s'engage, au terme d'un diagnostic préparé en concertation étroite avec les autorités de l'autorisation et présenté en annexe n°X, dans le respect des priorités définies dans le *schéma départemental ou régional de planification sociale ou médico-sociale (citer le document visé)* arrêté le XX/XX/XXXX, à l'atteinte des objectifs suivants au terme du contrat :

- Objectif n°1 : ...en cohérence avec la priorité....du schéma départemental ou régional de planification sociale ou médico-sociale
- Objectif n°2 : ...en cohérence avec la priorité...
- Etc.

Ces objectifs, déclinés en actions, et assortis d'indicateurs de suivi sont présentés aux annexes n°X, X et X du présent contrat.

II. Modalités financières de réalisation du contrat.

- Détermination de la dotation globalisée commune de la première année du contrat
- Détermination du mode d'évolution de la dotation [choix entre les options présentées à l'article R.314-40 du CASF]
- Détermination de la politique de reprise de résultats (en cas d'excédents, en cas de déficits)
- Plan pluriannuel d'investissement [le cas échéant]
- Fixation des frais de siège [le cas échéant]

III. Modalités de suivi et d'évaluation du contrat.

Cette section doit être l'occasion de prévoir dès la signature du contrat les modalités de son suivi notamment :

- Liste des documents transmis annuellement par le co-signataire et délai maximal de transmission : rapport d'activité annuel, fiches détaillant la réalisation des objectifs et des indicateurs associés, documents budgétaires annuels (comptes administratifs), etc.
- Comité de suivi éventuel (dont il faut préciser les membres, les objectifs, la périodicité, les documents sur lesquels il s'appuie pour effectuer son suivi).
- Les effets du dialogue de gestion annuel : formalisation d'un point d'étape (points forts/faibles, implusions ou réorientations à donner).

Les modalités d'évaluation finale du contrat doivent également être prévues dès la signature du contrat : rapport/bilan final, évaluation externe,...

IV. Conditions de révision et de résiliation.

Cette section précise les conditions de révision et de résiliation du contrat dans plusieurs cas de figure :

- En cas d'accord de l'ensemble des signataires, par simple avenant signé de tous.
- Pour certaines situations spécifiques, dans lesquelles seul un cosignataire peut demander la révision ou la résiliation du contrat :
 - En cas de modification substantielle des dispositions législatives et/ou réglementaires qui en rendent l'exécution impossible ;
 - En cas de modification substantielle du mode d'actualisation ou du montant de l'enveloppe de crédits dévolue à l'autorité de l'autorisation pour la tarification de la ou les catégorie-s d'établissements ou de services concernées par le CPOM ;
 - En cas de changement de personne morale gestionnaire des établissements ou services couverts par le contrat.
- En cas de non respect des engagements contractuels par l'une ou l'autre des parties : vous reporter aux préconisations de la circulaire, paragraphe 2.5.

V. Recours contentieux

Cette section précise la procédure à suivre en cas de litige entre les parties :

- Tentative de conciliation amiable au préalable,
- Litige porté devant le Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale compétent en cas d'échec de la tentative de conciliation.

VI. Durée et date de mise en œuvre.

Le présent contrat prend effet à la date du XX/XX/XXX pour une durée de XX ans.

Date et signatures des représentants habilités pour chacune des parties au contrat.

FICHES – OBJECTIFS/ACTION

Cf. page suivante (proposition de structuration d'une fiche-action).

Objectif n°1 :

Rappel des principaux éléments du diagnostic :

Déclinaison des actions nécessaires à l'atteinte de l'objectif	Indicateur de suivi	Cible visée au terme du contrat	Valeur initiale	Valeur cible					Résultat obtenu					Source de l'information, modalités de collectes
				Année N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
				+1	+2	+3	+4	+5	+1	+2	+3	+4	+5	
Action n°1-1 :														
Action n°1-2 :														
Action n°1-3 :														

BELAUD	Hugues	Mars 2016
IASS Promotion 2014-2016		
Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) à destination des services Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (MJPM) d'Île-de-France : un outil pertinent dans ce secteur ?		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>Le Contrat d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a été créé par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Quinze ans après sa création, peu d'ESSMS ont intégré ce processus de contractualisation.</p> <p>Pourtant, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) incite les administrations déconcentrées, ARS et DRJSCS, à élaborer des CPOM avec des associations gestionnaires d'établissements et de services. La DRJSCS Île-de-France, autorité de tarification des services Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (MJPM), s'interrogent sur l'utilité de ce procédé dans le secteur de la protection juridique des majeurs.</p> <p>Les services MJPM ont été intégrés que très récemment dans la catégorie des ESSMS avec la loi 2007-308 réformant la protection juridique des majeurs. La structuration des associations gestionnaires, souvent « mono-service », est très différente des grandes structures « pluri-établissements » qui ont intégré la contractualisation. Le CPOM peut-il alors être pertinent pour ces petits services ?</p> <p>Au regard des expériences de contractualisation avec des services MJPM, ce mémoire démontre que le CPOM a un intérêt si ce procédé est adapté aux spécificités de ce secteur.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Budget Base Zéro – Contractualisation – Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens – Direction Régionale de la Jeunesse et Sport et Cohésion Sociale – Île-de-France – Mandataires judiciaires à la protections des majeurs – Performance – Pluriannualité – Responsabilisation</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		