



MASTER 2 Droit, santé, éthique

Parcours droit éthique des établissements sociaux et socio-médicaux

IMPACT DES CPOM OBLIGATOIRES DANS LE CHAMP DES PERSONNES HANDICAPEES

ETUDE SUR LA FINANCIARISATION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Par François AUNIS

Soutenu en septembre 2018

Membres du Jury

- Directeur de mémoire : Monsieur Benoît APOLLIS, maître de conférences de droit public à l'université de Rennes I.
- Suffragant : Madame Nathalie PERRET-LAUNAY, directrice de l'URIOPSS Bretagne, Avocate au barreau de Rennes.

AVERTISSEMENT

L'université ne s'entend donner aucune approbation
ni improbation aux opinions émises dans le présent mémoire.

Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Remerciements

Merci mille fois à mon épouse Solange et à mes cinq enfants, pour leur patience et leur soutien de chaque jour au long des mois de formation.

Un grand merci à Corinne TESTANIERE, Directrice du CMPP Jean CHARCOT, pour les échanges et les encouragements sans relâche.

Enfin, merci à toutes les personnes qui ont pris part à la lecture et à la relecture de ce mémoire.

Sommaire

Introduction

1er partie : Le CPOM, manifestation de l'action publique

Chapitre 1 : Les évolutions législatives au service d'une volonté de maîtrise budgétaire et de planification

Section 1 : La recherche d'une meilleure planification du secteur médico-social

Section 2 : Contrôle des activités et de la qualité des prestations dans l'objectif d'amélioration du service rendu

Chapitre 2 : L'instrument de la régulation médico-sociale

Section 1 : Le CPOM, outil de mise en œuvre du plan régional de santé

Section 2 : L'outil de la tarification attaché au CPOM : l'EPRD

2e partie : Le CPOM, vrai changement de paradigme pour les ESMS

Chapitre 1 : L'application du dogme de la concurrence au secteur médico-social

Section 1 : La concurrence comme nouvelle règle du jeu ?

Section 2 : Mais une concurrence faussée

Chapitre 2 : Financiarisation de la relation avec l'autorité de contrôle

Section 1 : La gestion « au cœur du réacteur »

Section 2 : Une structuration des organisations autour d'expertises

Conclusion

Bibliographie

Liste des annexes

Tables des matières

Liste des sigles utilisés

ACT : Autorité de contrôle et de tarification

ANESM : Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ARS : Agence régionale de santé

BP : budget prévisionnel

BBZ : Budget base zero

CA : Conseil d'administration

CAFDES : Certificat d'aptitude à la fonction de direction d'établissement social et médico-social

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CC : Cours de Cassation

CCN : Convention collective nationale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CE : Conseil d'Etat

CET : Contribution économique territoriale

CG : Conseil général

CHU : Centre hospitalier universitaire

CICE : crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi

CITS : crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPF : Compte personnel de formation

CPO : Contrat Pluriannuel d'Objectifs

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

COPIL : Comité de pilotage

CREAI : Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

CROSMS : Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

CSAP : Commission de sélection d'appels à projet

CSP : Code de la santé publique

CSTS : Conseil supérieur du travail social

CVS : Conseil à la vie sociale

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

DG : Directeur général

DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DLA : Dispositif d'accompagnement associatif

DIRES : Documentation, information, recherche, enseignement et supervision

DPC : Développement professionnel continu

DTARS : Délégation territoriale de l'agence régionale de santé

EFE : Excédent de Financement d'Exploitation

EHESP : École des hautes études en santé publique.

EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses

ERRD : Etat réalisé des recettes et des dépenses

ESAT : Etablissements et services d'aide par le travail

ESUS : Entreprise solidaire d'utilité sociale

ESS : Economie social et solidaire

ESMS : Établissements et Services Médico-Sociaux

ESMS-PH : Établissements et Services Médico-Sociaux pour personnes handicapés

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

FIR : Fonds d'intervention régionale

FRNG : Fond de Roulement Net Global

GRH : Gestion des ressources humaines

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital, patients santé et territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRP : Instance représentative du personnel

IS : Impôt sur les sociétés

LFSS : Loi de financement pour la sécurité sociale

LOLF : Loi Organique relative à la Loi de Finances

LOLFSS : Loi organique des lois de financement de la sécurité sociale

OG : Organisme gestionnaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

OSBL : Organismes Sans But Lucratif

PGFP : Plan global de financement pluriannuel

PH : Personne handicapée

PIB : Produit intérieur brut

PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Plan régional de santé

RBPP : Recommandations de bonne pratique professionnelle

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques

RH : Ressources Humaines

RI : Règlement intérieur

RPS : Risque psycho-sociaux

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SDOMS : Schéma départemental d'organisation du médico-social

SROMS : Schéma régional d'organisation du médico-social

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SYNEAS : Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale)

TASS : Tribunal des affaires de sécurité sociale

TS : Taxe sur les salaires

UDES : Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire

USGERES : Union de Syndicats et Groupements d'Employeurs Représentatifs dans l'Économie Sociale

URIOPSS : Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux

Introduction

La locution latine «Pacta sunt servanda»¹, qui signifie que les parties sont désormais liées au contrat qui vient d'être conclu, sous-tend un principe important en droit. L'article 1103 du code civil n'en est que la transposition écrite. Aujourd'hui les modes de contractualisation se sont intensifiés comme l'affirme Michel BORGETTO : « *la figure contractuelle a envahi, sous des formes et des noms variés (contrats, conventions, chartes, pactes...), à peu près toutes les sphères de la vie sociale.* »².

Le secteur médico-social n'échappe pas à ce mouvement : contrat de séjour introduit par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale³, le contrat de soutien et d'aide par le travail prévu par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées⁴, pour ne citer qu'eux. Le plus emblématique est bien sûr le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) introduit dans le secteur par la loi du 2 janvier 2002. Ce mouvement est issu du New public management, courant qui cherche à appliquer à la sphère publique les méthodes et outils de management de l'entreprise⁵. Il a donné lieu à la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) promulguée le 1^{er} août 2001 et qui est entrée en application le 1^{er} janvier 2006 a mis « *la performance au cœur de l'action de l'Etat avec l'introduction d'une culture de résultats et l'obligation de lier les dépenses à des programmes énonçant des objectifs, des moyens et des indicateurs de réussite* »⁶.

Pourtant, le constat est fait d'une insuffisance d'efficacité de la démarche. S'initie alors une nouvelle réforme : la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP). « *Cette révision a pour ambition de remettre à plat l'ensemble des missions de l'État, sans tabou ni a priori, pour adapter les administrations aux besoins des citoyens. La révision vise à identifier les réformes qui permettront de réduire les dépenses de l'État, tout en améliorant l'efficacité des politiques publiques. Les économies qui pourront être dégagées grâce aux réorganisations et à la diminution des effectifs permettront de financer le renforcement de certaines politiques et les grandes priorités du gouvernement.* »⁷

C'est dans ce cadre des révisions des politiques publiques que la réforme importante sur le financement des établissements médico-sociaux est engagée. Mais comment définir le secteur médico-social et les établissements qui le composent ? Créé par la loi du 30 juin

¹ Les conventions doivent être respectées

² BORGETTO M, « le contrat dans le secteur social et médoc-social », RDSS, n°1, janvier-février 2012

³ Décret d'application n°2004-299, du 29 mars 2004, JO, 30 mars 2004, p.6056

⁴ Décret d'appllcation n°2006-1752, du 23 décembre 2006, JO, 30 décembre 2006

⁵ PASCAL C, *dossier réforme des ESMS, Opérations en cours*, jurisassociations n°562, juillet 2017

⁶ LOCHEN V, *Comprendre les politiques sociales*, 4^{ème} édition, DUNOD, 2013, p 49

⁷ <http://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/rgpp/revision-generale-politiques-publiques-coup-accelerateur-pour-reforme-etat.html>

1975, entièrement refondé par la loi du 2 janvier 2002 et complété par une nouvelle gouvernance introduite par la loi du 21 juillet 2009, il ne peut être défini juridiquement. C'est un secteur improbable, unique en Europe, entre un secteur sanitaire très réglementé et un secteur social faiblement encadré. Son action se trouve encadrer à travers trois articles du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) : article L.116-1, article L.116-2 et article L.311-1 du CASF⁸. Ainsi, il « *tend à promouvoir, [...] l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.* »⁹. L'absence de définition conduit dans l'article L.312-1 CASF à ne faire qu'une énumération des différents types d'établissements pouvant être créés dans 16 catégories. Ainsi, comme le souligne Jean-Marc LHUILLIER : « *Le manque de définition donnée par le législateur a toujours été regretté par les acteurs du secteur. Mais sans doute cette définition est-elle difficile à élaborer : trop précise, elle risque de ne pas englober toute la diversité des structures ; trop générale, elle ne présente plus d'intérêt.* »¹⁰

Pourtant, ce qui caractérise aujourd'hui le secteur médico-social, c'est son foisonnement de dispositifs et d'établissements structuré en « tuyau d'orgue ». De plus, pour le secteur des personnes handicapées 87 % des places dans des établissements sont gérées par des organismes privés non lucratifs (la structure juridique dominante du secteur est la forme associative)¹¹, 12 % par des organismes publics et moins de 1 % par du privé commercial¹². A cela se rajoute, la problématique du nombre. Le tableau ci-dessous montre l'évolution sur presque trente ans du nombre d'établissements dans le secteur :

Nombre de places dans les établissements entre 1986 et 2013¹³

	1986	2013
Etablissements et services pour enfants handicapés	205 200	394 218
Établissements et services pour adultes handicapés	115 400	328 391

Face à cette inflation, les services de l'Etat se retrouvaient devant le problème d'assurer le contrôle sur la qualité et l'exécution des budgets. Comment assurer une maîtrise de l'enveloppe allouée si l'exécution budgétaire par les établissements est source de dérive ?

La réponse va être de contractualiser avec l'organisme gestionnaire afin d'avoir un contrôle de l'enveloppe régionale et une diminution du nombre de dossiers à traiter.

⁸ Cf Annexe 1 : article du CASF définissant le champ d'action du secteur médico-social

⁹ Article L. 116-1 du CASF

¹⁰ LHUILLIER Jean-Marc, « De quoi les établissements et les services sociaux et médico-sociaux sont-ils le nom ? », Revue de Droit Sanitaire et Social, 2010. page 123

¹¹ Dans le reste du document l'utilisation du mot Association avec une majuscule désignera l'ensemble des structures juridiques pour le secteur des personnes handicapées.

¹² FINESS, janvier 2015 in BOUCHARD M, 2018, « les établissements sociaux et médico-sociaux face à la réforme de la tarification de la contractualisation », Mémoire Master 2 professionnel Droit de la Santé, Université de Bordeaux, LEH édition

¹³ DREES 2015 in BOUCHARD M, 2018, « les établissements sociaux et médico-sociaux face à la réforme de la tarification de la contractualisation », Mémoire Master 2 professionnel Droit de la Santé, Université de Bordeaux, LEH édition

Après sa mise en œuvre dans le secteur sanitaire à partir de 1996, la possibilité a été donnée de conclure des CPOM dans le champ médico-social suite à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 avec son article 36 qui a inséré dans le Code de l'action sociale et des familles l'article L. 313-11 relatif aux CPOM : « [...]Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans. »

Pour préciser et encadrer les modalités de mise en œuvre de cette contractualisation, un grand nombre de décrets et circulaires¹⁴ sont intervenus. Cela a permis la signature des premiers CPOM à partir de 2007. Mais alors le CPOM restait facultatif. Avec la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)¹⁵, il fut rendu obligatoire au-delà d'un certain seuil défini par décret. Mais le décret n'a jamais paru. A cause de la difficulté se situant dans le problème à déterminer le seuil de déclenchement de cette obligation.

Afin de relancer cette démarche, la DGOS a produit la circulaire du 25 juillet 2013¹⁶ qui propose une méthodologie de négociation et d'élaboration de ce contrat ainsi que de suivi de son exécution. Mais force est de constater l'échec de cette démarche. L'enquête réalisée par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), a calculé qu'au 31 décembre 2014, seuls 16% des établissements et services sociaux et médico-sociaux étaient signataires d'un CPOM, soit 3 051 des 19 133 ESSMS du périmètre de l'enquête¹⁷. Dans son « Rapport au Parlement portant sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) » la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) note que « *malgré la volonté des pouvoirs publics d'inciter leurs services et les organismes gestionnaires à contractualiser, le développement quantitatif des CPOM reste faible. (...). Le bilan reste donc mitigé.* »¹⁸

Aussi, face au faible taux de signatures, le législateur a décidé d'imposer ce mode de relations aux établissements. Ainsi l'article 75 de la Loi de Finance de la Sécurité Sociale pour 2016 généralise les CPOM dans le champ du handicap. Cette mesure résulte des préconisations de différents rapports :

- le rapport L.VACHEY ET A.JEANNET intitulé « Etablissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement » produit en Octobre 2012,
- le rapport « Zéro sans solution » de Denis PIVETEAU en juin 2014

¹⁴ Cf Annexe 2 : liste des décrets et circulaires relative au CPOM

¹⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁶ Circulaire 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.

¹⁷ Selon une enquête menée par l'ANAP, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), la DGCS et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), portant sur les CPOM au 31 décembre 2014 et dont les résultats ont été publiés dans l'annexe 3 « État des lieux de la contractualisation » du guide méthodologique de l'ANAP « Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social » de janvier 2017

¹⁸ DGCS, janvier 2017, « Rapport au Parlement portant sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) »

- les recommandations de la Cour des Comptes en novembre 2014

Au 1^{er} janvier 2022, l'ensemble des ESMS relevant de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) devront avoir conclu un CPOM. Une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS. Au cours du premier semestre 2017, différents textes d'application ont été publiés pour fixer et accompagner la mise en œuvre de ce dispositif contractuel obligatoire¹⁹. Il est à noter que l'instruction du 21 mars 2017 vise à « *proposer une doctrine pour la mise en œuvre de la réforme de la contractualisation du secteur médico-social, rappeler les différents enjeux qu'elle recouvre et en expliciter les modalités techniques d'application* »²⁰.

Le développement du contrat dans le secteur médico-social a, un temps, interrogé sa nature juridique. La question traduit une préoccupation essentielle que soulève Olivier POINSOT : « *est-on en présence d'un véritable contrat, source d'obligations juridiques impératives au sens de l'article 1134 du Code civil ? Et accessoirement, quel est le régime juridique applicable à ce contrat si devait se poser la question concrète de veiller à sa convenable exécution ?* »²¹. La circulaire du 25 juillet 2013 est venue y répondre puisque le CPOM y est qualifié de contrat administratif²². Mais l'autorité de tarification « *conserve la possibilité de résilier de manière unilatérale le contrat (tout ou partie), notamment si les conditions d'évolution de ses moyens budgétaires ne lui permettent pas de concilier les engagements contractuels avec le respect du caractère limitatif de sa dotation régionale* »²³. Cela fait dire à Laurent COCQUEBERT que la signature d'un CPOM n'a de valeur que sur le papier et est la parfaite illustration de l'adage : « *les promesses n'engagent que ceux qui les écoutent* »²⁴.

Aussi, il convient de s'interroger sur les effets de l'obligation de la contractualisation pour les acteurs du secteur du handicap. En d'autre terme, quelles sont les incidences du CPOM sur les institutions ? Offrent-elles des opportunités ou des menaces pour l'avenir ?

Ainsi, confronté à un environnement économique et politique de plus en plus contraint que la contractualisation s'étend par sa généralisation à l'ensemble du secteur des personnes handicapées en 2016. Elle trouve ses origines dans une volonté de rationalisation des finances instiguée par l'Europe et de restructuration de l'offre (Partie 1). Le CPOM étant l'outil de l'atteinte des objectifs que l'Etat s'est assigné. Mais il crée aussi un marché pour le secteur du handicap et donc de la mise en concurrence. Il introduit une nouvelle ère de relation avec l'autorité de tarification. C'est pourquoi cette contractualisation est une vraie révolution pour le secteur (Partie 2).

¹⁹ Cf Annexe 2, op cit

²⁰ L'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM

²¹ https://blogavocat.fr/space/olivier.poinsot/content/cpom---regime-juridique_ed91a972-1b05-46f2-a026-b3e446ee9883

²² 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.

²³ Op. cit.

²⁴ COCQUEBERTJ, « Conclure un CPOM aujourd'hui », Hors série n°18, Direction(s), juillet 2017

1er partie : Le CPOM, manifestation de l'action publique

Le système français est confronté depuis les années 80 à une progression des dépenses de santé supérieure à celle de la richesse nationale. Inévitablement des déficits récurrents (5,1 milliards d'euros en 2015 contre 7,7 milliards d'euros en 2014²⁵) ont été créés. Aussi le législateur par une suite de réformes tente depuis des années de remédier à la situation. Ces éléments s'inscrivent dans la suite de la ratification en 1992 du Traité de Maastricht qui impose des critères sévères de maîtrise budgétaire (le déficit public doit être inférieur à 3 % du PIB. Cette notion inclut l'Etat, les collectivités locales et la protection sociale. La dette publique doit être inférieure à 60 % du PIB). Comme les dépenses des administrations de sécurité sociale représentent 46 % de la dépense publique²⁶, avoir une réelle maîtrise de ces dépenses à la fois dans la perspective européenne mais aussi pour préserver le modèle social français est un enjeu majeur.

Ainsi, c'est dans cette perspective que le plan Juppé de 1996 est promulgué à travers un grand nombre d'ordonnances. Il donne davantage de pouvoirs au Parlement dans le pilotage des finances sociales qui va rompre avec les successions de plan de redressement et essaye de faire rentrer la France dans les critères européens. Pour cela deux mécanismes sont introduits :

- l'institution des projets de loi de finances de la sécurité sociale (PLFSS)
- l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

L'autre point important des ordonnances est le début de la régionalisation en matière hospitalière avec la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Ces agences ont la responsabilité en matière de planification, de financement des établissements de santé, de conclure avec les établissements des contrats d'objectifs et de moyens. Elles disposent de dotations régionales à caractère limitatif fixé par l'ONDAM,

Ces éléments ont été prolongés en 2009 par la loi HPST « Hôpital, patients, santé, territoires », qui révisé le pilotage régional des politiques de santé avec la création des agences régionales de santé (ARS), redéfinit l'organisation hospitalière et tente à nouveau de mieux répartir et réguler les soins de ville.

C'est dans ce cadre que le secteur social et médico-social se voit appliquer les mêmes modèles issus du secteur sanitaire : la planification du secteur et sa rationalisation (Chapitre 1) mais aussi la recherche d'une plus grande qualité (Chapitre 2)

²⁵ La protection sociale en France et en Europe en 2015, Résultats des comptes de la protection sociale, édition 2017, DREES

²⁶ <https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/finances-publiques/grandes-caracteristiques-finances-publiques/s-informer/structure-depense-publique#.Wu3VyX9pGUK>

Chapitre 1 : Les évolutions législatives au service d'une volonté de maîtrise budgétaire et de planification

« *Planifier plutôt que prévoir, pour maîtriser l'incertitude* »²⁷ telle est la formule qui est aujourd'hui à l'œuvre dans le champ social et médico-social. En effet, la planification est un mécanisme qui permet d'ajuster l'implantation, sur un territoire défini, des établissements et services aux besoins recensés et anticipés sur la période concernée²⁸.

En France, planifier n'est pas nouveau. Déjà à l'œuvre depuis les années 70 dans le secteur sanitaire, elle n'était évoquée dans la loi du 30 juin 1975 pour le secteur médico-social²⁹. Mais dans un contexte de rationalisation des dépenses sociales et médico-sociales de plus en plus prégnant, la loi du 2 janvier 2002 est venue développer les outils de planification, de coordination, d'autorisation, d'évaluation et de financement pour le secteur. Avec la loi du 21 juillet 2009 HPST la logique de planification et de programmation des moyens est renforcée (Section 1). La recherche de qualité est au cœur de la démarche. Le but étant de mieux répondre aux besoins des personnes (Section 2).

Section 1 : La recherche d'une meilleure planification du secteur médico-social

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi « HPST » est une réforme « *structurelle majeure* » qui modifie en « *profondeur notre système de santé* »³⁰ Ainsi, le chapitre 1^{er} du titre IV porte sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS). C'est l'aboutissement d'une réflexion engagée dès le début des années 1990³¹ et qui est une « *révolution administrative parachevant le processus de création des ARH [...]* »³². Ces agences ont un vrai rôle de pilotage régional unifié (article L.1431-1 et suivants du code de la santé publique (CSP)) (§1). Elles ont à mettre en œuvre une planification des secteurs grâce au plan régional de santé (§2).

²⁷ Edouard FOURCADE / Directeur Général EMEA d'Anaplan

²⁸ *La planification du secteur social et médico-social*, fiche UNIOPPS février 2008

²⁹ Article 1 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

³⁰ BAUDURET JF, 2017, « De l'esprit des lois à la transformation des pratiques », 2^{ème} édition, DUNOD,

³¹ SOUBIE R, Commissariat général du Plan. Santé 2010, rapport du groupe « prospective du système de santé ». Paris, la Documentation française, 1993 cité dans *La Sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Cour des comptes, Septembre 2012, Documentation Française

³² BAUDURET JF, op. cit.

§ 1 : Une nouvelle gouvernance du secteur : les ARS

Comme le souligne le Conseil d'Etat en 2012, les agences sont issues des théories de la « Nouvelle gestion publique »³³ qui influencent largement les réformes de l'Etat. La création des ARS apporte une nouvelle organisation régionale avec la formule que « l'agence ce n'est pas moins d'Etat ; c'est l'Etat autrement »³⁴. Ce que complète Clément Chauvet par « l'ARS, c'est surtout l'Etat »³⁵ (A) et qui s'accompagne d'une territorialisation de l'offre (B).

A. Des missions et des compétences larges

C'est l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » qui porte création des ARS. Elles sont la fusion de 7 organismes qui étaient précédemment chargés des politiques sociales, médico-sociales et sanitaires dans les régions et les départements³⁶. Cet article stipule que les agences « sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées »³⁷. Cette dénomination conduit le législateur à doter cette organisation de la personnalité morale de droit public et à lui octroyer une certaine autonomie administrative et financière. Cette construction juridique est permise par l'article 34 de la Constitution comme le rappelle le Conseil d'Etat dans son étude de 2009 sur les Etablissements Publics³⁸.

L'ARS se caractérise par une organisation bipolaire³⁹ avec deux organes importants : un conseil de surveillance⁴⁰ et un directeur général (DG) qui concentre un grand nombre de prérogatives. Il est nommé par décret et « exerce au nom de l'Etat les compétences mentionnées à l'article L.1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité »⁴¹. Il possède, comme le rappelle Didier TRUCHET, un grand nombre de prérogatives qui lui sont propres dont celles d'arrêter le projet régional de santé, de conclure les conventions, de procéder à l'habilitation des organismes qui y sont soumis, de délivrer les autorisations et d'organiser « leur service en tant que chef de service »⁴². Son rôle est même qualifié de « préfet sanitaire et médico-social »⁴³.

³³ Conseil d'Etat, *Les agences : une nouvelle gestion publique ?* Volume 2, Rapport public 2012

³⁴ SAUVE J.M., avant-propos, op. cit.

³⁵ CHUAVET C, *la nature juridique des ARS, Dossier les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale*, RDSS, mai- juin 2016, DALLOZ

³⁶ Cf Annexe 11 : les ARS

³⁷ Article L. 1432-1 dans le Code de la Santé Publique (CSP)

³⁸ Conseil d'Etat, *Rapport d'étude sur les établissements publics*, 2009

³⁹ LOCHEN V, « Comprendre les politiques sociales », 4^{ème} édition, DUNOD, 2013

⁴⁰ Article L 1432-3 et D 1432-15 et suivant

⁴¹ Article L. 1432-2, Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 164

⁴² TRUCHET D, 2017, « Droit de la santé publique », 9^e édition, Dalloz,

⁴³ BORGETTO M, *introduction, Dossier les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale*, RDSS, mai –juin 2016, DALLOZ

Ainsi, pour le champ du médico-social, les pouvoirs du DG sont importants. On peut citer l'autorité de police administrative, le contrôle et le financement des ESMS⁴⁴. De plus, différentes instances sont mises en place.

En premier lieu, une conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA). Sa fonction est consultative et « *concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conseils territoriaux de santé, les organisations représentatives des salariés et des professions indépendantes, les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale. L'agence régionale de santé met à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens de fonctionnement* »⁴⁵.

En second lieu, sont constituées deux commissions de coordination des politiques publiques de santé dont l'une dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux⁴⁶. De plus, l'ARS a pour mission de « *réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, aux besoins spécifiques de la défense et à garantir l'efficacité du système de santé.* »⁴⁷

Ainsi, elle régule l'offre d'accompagnement médico-social :

- elle gère les procédures d'autorisations, les investissements et les appels à projet
- elle élabore le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)
- elle veille à la qualité et l'efficacité des établissements médico-sociaux.

Il est à noter que la circulaire n° DGCS/SD3/2010/97 du 23 mars 2010 précise la répartition des compétences entre les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales en charge de la cohésion sociale dans le champ de la politique du handicap. Cette circulaire indique notamment que : « *les ARS sont compétentes pour toute la politique afférente aux établissements et services médicosociaux assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées, y compris les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) financés par l'Etat.* »⁴⁸ Les ARS sont donc, pour le champ médico-social un véritable chef d'orchestre au niveau régional. Cela se

⁴⁴ Pour ce faire se référer à l'article de NATAILI P, les pouvoirs du directeur générale de l'ARS en matière médico-sociale, in *Dossier les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale*, RDSS, mai – juin 2016, DALLOZ

⁴⁵ Article L. 1432-4 du CSP Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 (V)

⁴⁶ Article D. 1432-6 du CSP

⁴⁷ Article L. 1431-2 du CSP

⁴⁸ Circulaire n° DGCS/SD3/2010/97 du 23 mars 2010

traduit aussi par la mise en œuvre d'une démocratie sanitaire à travers différentes instances territoriales. « *La création des ARS constitue une réforme structurelle majeure du pilotage du système de santé en renforçant son ancrage territorial et en remédiant à un éclatement administratif préjudiciable.* »⁴⁹

B. Le territoire comme élément de mise en œuvre

Outre la régionalisation pour le pilotage, le législateur a également voulu permettre aux acteurs de terrain de participer à la concertation, aux réflexions et à la mise en œuvre de la planification à l'échelon territorial. Cette notion de territoire «*est à la fois une notion géographique et un niveau autour duquel l'organisation des soins se structure*»⁵⁰. Issu de la logique de décentralisation, l'idée est de pouvoir se situer au plus près des problématiques des personnes en intégrant les diverses composantes que sont les réalités démographiques, économiques, sociologiques, géographiques et culturelles. On peut identifier deux niveaux : l'un plutôt opérationnel et l'autre politique. Au niveau opérationnel, il s'agit de mettre en adéquation les bassins de populations avec l'offre médico-sociale. Ainsi dans les premiers PRS, étaient identifiées des zones non couvertes en ESMS par une cartographie précise des établissements et services sur la région. Cette logique territoriale permet aussi de « *favoriser la connaissance et la coopération entre les différents opérateurs et acteurs* »⁵¹. Cela va dans le sens voulu par le législateur à la suite de la démarche une « réponse accompagnée pour tous »⁵².

On peut aussi noter que l'article 74 de la loi du 26 janvier 2016 crée des « *plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes* ». On retrouve une nouvelle fois cette notion de territoire. Il faut souligner que cette approche recouvre des réalités différentes d'une ARS à l'autre.

Enfin, cette notion de territoire se retrouve aussi dans la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale (PTSM) prévu à l'article L.3221-2 du CSP. Il se décline en contrat territorial de santé mentale (CTSM). Sa mise en œuvre repose sur la mission psychiatrique de secteur et éventuellement sur une communauté psychiatrique de territoire, sur les acteurs du social, du médico-social, les représentants des usagers, les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale. Au niveau politique, outre la CRSA, la loi HPST avait instauré des

⁴⁹ COUR DES COMPTES, « La Sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », Septembre 2012, Documentation Française

⁵⁰ KELLER C, MOQUET-ANGER M.L, VILLENEUVE P, « l'épreuve de droit hospitalier », Presse de l'EHESP, 2017

⁵¹ LEFEVRE P, « Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale », 3^{ème} édition, DUNOD, 2011

⁵² C'est le nom du dispositif destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé, afin d'éviter toute rupture dans son parcours. Il s'appuie sur le rapport Piveteau commandé par le Gouvernement en décembre 2013, et sur la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle. Cette mission a fait l'objet d'une feuille de route présentée lors de la Conférence Nationale du Handicap de décembre 2014. Source : solidarites-sante.gouv.fr

conférences de territoire au niveau d'un bassin de vie. Elles concourent par leurs avis à la définition de la politique régionale de santé. Avec l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, elles sont remplacées par les conseils territoriaux de santé (CTS). Ils sont créés au niveau des territoires de démocratie sanitaire que l'ARS définit de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région⁵³. Comme le stipule l'article L. 1434-10 du CSP, le CTS : « *contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.* »⁵⁴

Mais, la véritable innovation de la loi de modernisation est que les CTS vont contribuer au diagnostic territorial partagé qui a « *pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation* »⁵⁵. Le décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 est venu permettre aux ARS de déterminer les territoires de démocratie sanitaire et les zones des schémas régionaux de santé ainsi que la composition et le fonctionnement des conseils territoriaux de santé afin d'« *associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation* ».⁵⁶ Les contributions du CTS aidé du diagnostic sont des éléments structurants pour le PRS et vont donc servir de base à sa construction. « *Le management territorial est la démarche politique et stratégique articulant le diagnostic territorial et l'énoncé d'une politique à cinq ans, la conduite et l'animation des plans d'action et des programmes territoriaux, et les interventions spécifiques sur le terrain. [...] Plus globalement il est une démarche de changement organisé sur le territoire partant des élus et s'étendant à l'ensemble des professionnels, des bénévoles et des usagers ou de leurs représentants* »⁵⁷

§ 2 : Les plans régionaux de santé déclinaison de la stratégie nationale de santé

La planification des structures médico-sociales se réalise grâce à différents moyens : le projet régional de santé (PRS), modernisé en 2016, qui est l'outil de la stratégie régionale de l'ARS (A) et le PRIAC qui est son pendant financier (B).

A. Le plan régional de santé, outil stratégique de planification régionale

Le PRS est « *défini, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de*

⁵³ Article. L. 1434-9 du CSP

⁵⁴ Article L. 1434-10 du CSP

⁵⁵ Op. cit.

⁵⁶ <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10>

⁵⁷ LEFEVRE P, op. cit.

santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre »⁵⁸. Dans sa première version, qui couvrait la période de 2012 à 2017, la loi HPST avait prévu une structuration en trois schémas :

- un schéma régional de prévention (SRP) ;
- un schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) ;
- un schéma régional d'organisation des soins (SROS) ;
- et des programmes qui en prévoient les modalités d'application et les financements.

Cependant cette construction qui cloisonne encore les approches a été critiquée en particulier par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2014. Il y est noté que « *les PRS ne sont pas encore parvenus à promouvoir suffisamment une approche intégrée de la santé au niveau régional* »⁵⁹. La loi de modernisation du 26 janvier 2016, dans son article 158, est donc venue le simplifier en un seul schéma. Le nouveau PRS, établi en cohérence avec la stratégie nationale de santé⁶⁰, est désormais constitué : d'un cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine des objectifs généraux et résultats attendus sur 10 ans ; en lien avec la stratégie nationale de santé, il vise « *à améliorer l'état de santé de la population, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, en particulier celles relatives à l'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement médico-social. [...] Le cadre d'orientation stratégique s'inscrit dans la perspective d'une amélioration de la coordination avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé.* »⁶¹ ; d'un schéma régional de santé (SRS) unique établi sur 5 ans, « *sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels* »⁶² et d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

L'objectif recherché est la participation de tous les acteurs locaux et les coordinations entre structures et professionnels, la fluidification des parcours en les adaptant aux spécificités territoriales et en adaptant la politique de santé aux besoins des populations et l'amélioration de la cohérence entre politiques publiques. Ainsi le PRS doit répondre à plusieurs enjeux stratégiques dont pour le champ médico-social : la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé en améliorant l'accès à la prévention et aux soins ; de

⁵⁸ Article L. 1434-1 du CSP

⁵⁹ COUR DES COMPTES, 2014, « La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale »

⁶⁰ Avec l'adoption de la stratégie nationale de santé par le décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, les nouveaux PRS ont du avoir une deuxième écriture afin de tenir compte de cet élément. Il devrait être arrêté en juin 2018 par le DG de l'ARS

⁶¹ Article R. 1434-3 du CSP

⁶² Article L. 1434-2 du CSP

renforcer la coordination, la sécurité, la qualité et la continuité des prises en charge ainsi que l'organisation des parcours et la fixation des objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux.⁶³

Mais ces directives doivent-elles être suivies obligatoirement par les ESMS ? La question de l'opposabilité du PRS est en question. Cette question, pour les établissements médico-sociaux est réglée puisque « *Le schéma régional de santé est opposable, [...], dans les conditions prévues aux articles L.313-4, L.313-8 et L.313-9 du code de l'action sociale et des familles, aux établissements et services sociaux et médico-sociaux* »⁶⁴. C'est un effet prescriptif pour les ESMS relevant d'une autorisation unique de l'ARS. Ainsi, le DG de l'ARS possède pour l'organisation régionale un levier important. Les créations et habilitations des établissements ne peuvent se faire qu'en conformité avec le schéma régional.

Enfin, la mise en œuvre opérationnelle pour le secteur PH se fait à l'aide de deux outils : le CPOM « *qui a été conçu pour assurer une déclinaison opérationnelle des projets régionaux de santé* »⁶⁵ et le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

B. Le PRIAC outil de priorisation du secteur médico-social

Créé par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) est un outil de programmation pluriannuel prévisionnelle. Il est arrêté par le DG de l'ARS depuis la loi HPST. Le régime juridique du PRIAC est prévu par les articles L.312-5-1 et suivants du CASF : « *Pour les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L.312-1 qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes âgées, le directeur général de l'agence régionale de santé établit un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie composé d'objectifs de programmation pour la mise en œuvre du schéma régional de santé mentionné à l'article L.1434-3 du code de la santé publique. Ce programme dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional.* »

Ainsi, l'objectif recherché est de garantir « l'équité territoriale » dans la mise en œuvre de la politique du handicap.⁶⁶ Sa construction doit permettre une projection priorisée des réponses

⁶³ <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-15>

⁶⁴ Article R. 1434-7 CSP

⁶⁵ <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/article/les-contrats-pluriannuels-d-objectifs-et-de-moyens-cpom>

⁶⁶ JAEGER M, 2014, « guide du secteur social et médico-social », DUNOD

aux besoins en corrélation avec les schémas nationaux, régionaux et départementaux. En cela, il va orienter les appels à projets. On pourrait considérer que la nouvelle organisation du PRS met fin à ce document de programmation. Pour autant, la référence juridique citée précédemment n'a pas été abrogée. Au-delà de l'obligation, ce document révèle un intérêt pour l'ensemble des parties prenantes du PRS. Ainsi le PRIAC « *devient l'outil de programmation financière et opérationnelle dans le cycle planification-autorisation-financement* »⁶⁷.

Section 2 : Contrôle des activités et de la qualité des prestations dans l'objectif d'amélioration du service rendu

Outre le nouveau pilotage organisé avec la loi HPST, le législateur a réformé en profondeur le champ médico-social avec la loi du 2 janvier 2002 et cela 25 ans après la loi du 30 juin 1975. L'adoption de ce texte, il ne faut pas l'oublier, se fait sur une actualité marquée par l'affaire des disparus de l'Yonne : « *des établissements spécialisés investis de la mission de venir en aide et de protéger les personnes les plus fragiles de notre société, peuvent porter atteinte de manière gravissime à ces principes* »⁶⁸. Cette loi introduit des changements importants qui impactent fortement les ESMS : les nouvelles modalités d'autorisation et de contrôle (§1) et la démarche de qualité (§2).

§ 1 : Le nouveau régime des autorisations et de contrôle

Avec la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la création, la transformation ou l'accroissement de la capacité des établissements et services sociaux et médico-sociaux devait avoir obtenu au préalable une autorisation émanant de l'autorité compétente⁶⁹. Toutefois, les établissements étaient créés pour une durée indéterminée. La loi du 2 janvier 2002, puis la loi HPST et les textes suivants ont bouleversé les dispositions applicables pour les autorisations des ESMS (A) et leur contrôle (B)

A. Le renouvellement des autorisations : nouveauté de la loi du 2 janvier 2002

C'est l'article 25 de la loi du 2 janvier 2002 qui en introduisant l'article L.313-1 du code de l'action sociale et des familles a prévu que « *l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans. Le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe mentionnée au deuxième alinéa de l'article L.312-8* »⁷⁰. L'introduction d'une procédure de renouvellement a été une première modification importante. Pour obtenir

⁶⁷ Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale, mai 2011, CNSA

⁶⁸ JANVIER R, 2009, « Conduire l'amélioration de qualité en action sociale », Dunod, Paris

⁶⁹ Article 3 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁷⁰ Article L. 313-1 du CASF introduit par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

une autorisation de création d'un ESMS, les organismes gestionnaires déposaient auprès de l'autorité compétente une demande présentant leur analyse des besoins du public concerné et la description du service assuré.

Ainsi les besoins remontaient des opérateurs de terrain dans une logique ascendante. Les textes prévoyaient que la décision d'autorisation, de non autorisation, ou d'inscription sur une liste d'attente était rendue après consultation du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Il y avait alors les prémices d'une planification régionale mais basée sur les remontées de terrain. Avec la loi HPST, la logique s'inverse. Le législateur a créé une procédure d'appel à projet qui précède la prise de décision du DG de l'ARS d'autoriser ou non l'établissement ou le service⁷¹. Il est à noter que la décision d'autorisation fait suite à l'avis rendu après classement des différents projets par une commission de sélection d'appels à projet (CSAP) qui se substitue au CROSMS et où les représentants des usagers y siègent « *afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de l'accompagnement* »⁷². Plus récemment des mesures importantes de simplification ont été prises. Elles touchent différents volets de l'autorisation. Ainsi les articles 65 à 67 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement précise les cas d'exonération de la procédure d'appel à projet et ouvre la possibilité, à travers le CPOM, de modifier la catégorie des bénéficiaires sans passer par la procédure d'appel à projet (transformation par exemple d'un IME en MAS). Dans la suite, l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 et le décret n° 2017-160 du 28 novembre 2017 modifient les délais de caducité applicables à la délivrance d'une autorisation de création, de transformation ou d'extension de capacité d'un établissement ou service social ou médico-social. Ainsi, l'autorisation est désormais caduque si l'établissement ou le service n'a pas ouvert au public dans un délai de quatre ans suivant la notification de la décision d'autorisation.

Dernièrement le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 introduit une nouvelle nomenclature des ESMS. Elle a pour vocation d'« *aboutir à des autorisations plus larges pour amener plus de souplesse, faciliter la transformation de l'offre et l'accompagnement d'une personne sous diverses formes pour mieux répondre à ses besoins* »⁷³, a indiqué la DGCS dans son instruction du 21 mars 2017 dédiée au CPOM médico-social. De plus, le décret consacre la disparition progressive de la notion de places pour celles de file active et la généralisation progressive de la logique de dispositif intégré. Cela ouvre la possibilité pour tous les ESMS-PH de réaliser toutes les modalités de prestations (accueil de jour, accueil temporaire, internat, intervention à domicile...) et d'accueillir tout type de handicap. Ainsi comme le

⁷¹ Par l'Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18, en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁷² Article L. 313-1-1 du CASF

⁷³ Circulaire N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM)

souligne le CREAL Pays de Loire dans son analyse de décembre 2017 : « ces différentes évolutions apportées au régime de l'autorisation s'inscrivent toutes dans le droit fil des orientations actuelles des politiques publiques d'individualisation des réponses aux personnes en situation de vulnérabilité dans une logique de parcours, d'adaptation de l'offre aux besoins sur les territoires et de son efficience pour répondre aux besoins de tous les publics. »⁷⁴

B. Un contrôle accru des ESMS

On peut distinguer deux types de contrôle : sur le fonctionnement des établissements et de leurs financements. Le premier est engagé où la situation « est de nature à compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes accueillies »⁷⁵. Depuis la création du code de l'action sociale et des familles, une succession de textes est venue encadrer et renforcer le contrôle des ESMS. Dans son guide méthodologique l'IGAS dresse la liste de ces textes⁷⁶. Il est à noter qu'en l'espace d'une décennie, l'inflation législative n'a pas épargné la question du contrôle. A la lecture du guide méthodologique du contrôle d'une structure écrit par D.TRICARD et J. VOISIN⁷⁷, on comprend la complexité de la mission d'inspection et de contrôle qui est dévolue aux ACT. C'est dans un souci de simplification que l'ordonnance n°2018-22 du 17 janvier 2018 en application de l'article 204 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a été prise. Le deuxième contrôle, sur l'aspect financier, s'effectue par la procédure budgétaire annuelle. La conséquence est qu'aujourd'hui les ESMS sont de plus en plus surveillés. Le cadre réglementaire permettant cela s'est considérablement étoffé. Pour autant, l'actualité montre que le champ médico-social n'est pas exemplaire. Il demeure des cas de maltraitance, de décès précoce et autres dysfonctionnements.

§ 2 : La question de la qualité dans le secteur médico-social

Déjà mise en place depuis les années 90 dans le secteur sanitaire, la démarche qualité est maintenant à l'œuvre dans le secteur médico-social (A). Elle s'articule avec une prise en compte de l'avis des personnes prises en charge (B).

A. A la recherche de la qualité dans un cadre contraint

La loi 2002-2 renforcée par la loi HPST oblige les ESMS à procéder « à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de

⁷⁴ CREAL Pays de la Loire, décembre 2017, « Autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux: Nouvelle nomenclature, nouveaux délais...pour adapter l'offre dans une logique de réponse individualisée », thème le régime des autorisations, décryptage : le mensuel du CREAL,

⁷⁵ Article L. 313-13 du CASF.

⁷⁶ Cf. Annexe 2 : liste des décrets et circulaire relative au CPOM

⁷⁷ TRICARD D, VOISIN J., Novembre 2014, « Contrôle des structures sociales et médico-sociales Guide méthodologique pour la construction d'un contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale », IGAS, RM2013-171P

procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées [...]. Les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. »⁷⁸ Cet article introduit deux éléments importants : les évaluations et la qualité. Il est opportun de s'interroger sur ce que recouvrent ces différentes notions.

En premier lieu, il convient de s'attarder sur la notion de qualité. Le mot « qualité » se définit, selon l'Académie Française comme : « *ce qui appartient en propre à une chose et la distingue d'une autre ; caractère particulier, propriété* »⁷⁹.

De plus, au singulier la qualité est le « *degré d'excellence relative, [de la] valeur que l'on attribue à une chose et qui permet de la juger, de la classer par rapport à une norme de référence ou par rapport à des choses analogues* »⁸⁰.

Mais définir la qualité dans le médico-social n'est pas chose facile. En effet, comme le souligne Roland JANVIER dans son ouvrage sur la question⁸¹, l'approche qualité dans le secteur médico-social diffère suivant les catégories de professionnels et « *empêche une vision univoque de ce qu'est la qualité* »⁸². Pendant longtemps, la pensée dominante du secteur médico-social a été qu'il serait impossible d'objectiver la qualité, la complexité du travail sur l'humain interdisant les simplifications. Le concept de qualité émanant du monde de l'entreprise⁸³, représente une technique managériale recherchant l'efficacité organisationnelle et dans un but mercantile : la satisfaction du client permettant de le fidéliser et ce à des fins concurrentielles.

Aussi initier une démarche qualité n'est pas anodin dans le secteur médico-social. Comme le fait remarquer François VIALLA « *on peut, donc résumer l'association des deux termes – démarche qualité– comme identifiant une « action entreprise afin de conduire à l'excellence* ». *Encore faut-il s'interroger sur l'objet dont on recherche l'excellence. Appliquée au secteur sanitaire et médico-social, la démarche qualité vise essentiellement la « prise en charge* ». *On peut donc proposer une tentative de définition de la démarche qualité comme l'ensemble des « actions entreprises afin de conduire à l'excellence de la prise en charge des personnes accueillies* »⁸⁴. C'est sur ce concept de démarche qualité que William E. DEMING⁸⁵ a notamment travaillé. La démarche est schématisée par une « roue » qui ne peut rouler que

⁷⁸ Article L. 312-8 du CASF

⁷⁹ Dictionnaire de l'Académie Française en ligne, <https://academie.atilf.fr>.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ JANVIER R, 2009, op. cit.

⁸² Ibid.

⁸³ SAVIGNAT P., Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, Paris, 2009, Dunod, « Action sociale », 370 p.

⁸⁴ VIALLA F, « Regard décalé sur la démarche qualité », in, *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément. Enseignement, Hôpital, Médecine*, Bordeaux, LEH Édition, 2014 (v. numérique 2016), p. 721-736.

⁸⁵ <http://www.fr-deming.org/>

dans un sens, celui de l'amélioration continue. Le chemin qu'elle parcourt est composé de quatre étapes :

- la première phase : « Planifier » (*Plan*) consiste à identifier le problème, planifier et préparer les méthodes composant le processus qualité.
- la deuxième phase : « Faire » (*Do*), correspond à la phase de concrétisation des actions prévues.
- la troisième phase : « Vérifier » (*Check*) permet de mesurer les écarts éventuels entre ce qui a été prévu et ce qui a été réalisé, elle suppose une évaluation.
- la dernière phase : « Agir » (*Act*) assure la correction des manquements constatés et donne lieu à de nouvelles propositions d'amélioration. La roue implique la répétition des quatre phases tant que le niveau attendu de qualité n'est pas atteint.

Ainsi la démarche qualité correspond à la maîtrise des différentes étapes de la production d'un produit ou service, pour éliminer la non-qualité, génératrice de coûts inutiles et de mécontentements des « clients »⁸⁶. En ce sens, la démarche de la qualité des prestations peut être définie ainsi : démarche structurée qui vise l'amélioration de la qualité de l'accompagnement, de la satisfaction des usagers et de la performance globale de la structure. Aussi la recherche de qualité « *suppose l'évaluation, comme regard distancé des ambitions qu'elle poursuit, l'évaluation ne peut se dérouler que sur la base d'une définition préalable de quelques grands principes qualitatifs* »⁸⁷.

En second lieu, il faut s'interroger sur la question de l'évaluation. Dans la continuité de la résistance sur la notion de qualité, pour le secteur médico-social, l'idée d'évaluer grâce à un rapport entre le coût et l'efficacité a longtemps heurté les professionnels, pour qui, la dimension personnelle de la relation avec les usagers fait partie de la culture de l'action.⁸⁸ Ainsi, comme le souligne l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) « *en juillet 2012, 25 % des ESSMS concernés par l'échéance du 3 janvier 2015 ne l'avaient pas encore planifiée et 6 % déclaraient ne pas être en mesure de le faire avant cette date* ».⁸⁹ L'article L.312-8 du CASF prévoit que les établissements mettent en place une double évaluation interne et externe. Les différentes démarches se font à partir des recommandations de bonne pratique professionnelle (RBPP) rédigée par Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)⁹⁰. Dans son guide sur l'évaluation interne on peut lire que « *toute évaluation portant sur un service ou un établissement social ou médico-social instaure un processus global et cohérent de conduite du*

⁸⁶ « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », ANAES, avril 2002

⁸⁷ JANVIER R., 2009, op. cit.

⁸⁸ JAEGER M., « De l'émergence du concept à la mise en œuvre effective » in BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., 2007 « Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale » Paris, Dunod, 304 p

⁸⁹ IGAS, mai 2017 « Le dispositif d'évaluation interne et externe des ESSMS: Bilan »,

⁹⁰ Avec la loi PLFSS de 2018, l'ANESM a fusionné avec l'HAS en date du 1^{er} avril 2018

*changement, dans l'optique de l'amélioration continue de la qualité des prestations »*⁹¹ mais que recouvrent les deux évaluations ?

La première est un auto-diagnostic autour de quatre grands items définis déterminés par l'ANESM dans ses recommandations relatives à l'évaluation interne⁹². La deuxième évaluation est réalisée par un organisme extérieur. L'article L.312-8 précise qu'un tel organisme « *ne peut procéder à des évaluations que pour les catégories d'établissements et de services pour lesquels les procédures, références et recommandations de bonne pratiques professionnelles ont été validées ou élaborées* » par l'ANESM.

Les résultats, transmis à l'ARS, conditionnent le renouvellement de l'autorisation initiale d'exercice des ESMS. De plus, chaque année, dans son rapport d'activité, l'ESMS doit faire état de l'avancée de la démarche. Le rythme de ces évaluations a été précisé par les textes :

- une évaluation interne tous les 5 ans ou à l'occasion d'un renouvellement de leur CPOM soit 3 évaluations sur la période d'autorisation transmise à l'ARS.
- une évaluation externe tous les 7 ans soit deux sur la durée dont une remise deux ans avant la date de renouvellement.

L'instruction n°DGCS/SD5C/2013/427 du 31 décembre 2013 relative aux évaluations des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux précise dans ses annexes les différents calendriers d'application en fonction de la situation de l'établissement⁹³. Il est à noter que les objectifs de l'évaluation externe, sont identifiés dans l'annexe 3-10 du CASF. On peut retenir qu'un des objectifs consiste à vérifier la mise en œuvre par l'ESMS du droit des usagers.

B. Faire « avec » pour ne plus faire « pour » : le droit des usagers

Si l'évaluation doit vérifier un droit c'est que celui-ci existe. C'est la loi n°2002-2 qui a développé les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le terme usager se définit par : « *celui qui a recours à un service public ou utilise le domaine ou un ouvrage public* »⁹⁴. Donc l'usager est la personne, dans le secteur médico-social qui va être le bénéficiaire d'un ESMS. Ainsi lors des débats sur l'adoption de la loi du 2 janvier 2002, le Député Francis HAMEL : « *l'affirmation de la place de l'usager au cœur du dispositif : cette approche implique une logique d'adaptation des structures aux personnes au lieu de l'adaptation des personnes aux structures. Le texte innove principalement en définissant les droits des usagers et en précisant les conditions d'exercice*

⁹¹ Evaluation interne, Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, CNESM

⁹² ANESM, « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF », mars 2008, document électronique via <https://www.has-sante.fr>

⁹³ Cf. Annexe 10 : Calendrier des différentes évaluations

⁹⁴ CORNU G, 2016, Vocabulaire juridique, 11^e édition mise à jour, Puf

de ces droits »⁹⁵. L'objectif étant de « *passer de la protection de la personne fragile à la reconnaissance d'un usager citoyen.* »⁹⁶ Cette loi marque un tournant : « *d'objet de droit, l'usager devient sujet de droit* »⁹⁷. Pour ce faire, la loi s'articule autour de deux axes qui se répondent: sept droits fondamentaux des usagers⁹⁸ et sept outils afin de formaliser ces droits au sein des établissements⁹⁹.

De plus, dans le champ du handicap, la loi n°2005-5 du 11 février 2005¹⁰⁰ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est venue compléter par l'affirmation que : « *toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* »¹⁰¹. On voit bien que l'objectif est de placer l'usager au cœur du dispositif médico-social. Le secteur médico-social et particulièrement celui des personnes handicapées, entre ainsi dans une nouvelle ère : celle d'un renforcement du poids de l'Etat à travers une plus grande articulation entre les différents plans (nationaux, régionaux et départementaux) dans un double objectif de maîtrise des dépenses et de recherche de qualité au profit des usagers. Pour ce faire, l'Etat utilise un outil : le CPOM.

⁹⁵ Cité par JANVIER R, 2009, op. cit.

⁹⁶ Plaquette DGCS, Edition SICOM pour le salon Hôpital Expo - Mai 2004

⁹⁷ LHUILLIER J.M. 2005, Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2^e édition, Editions ENSP, Rennes

⁹⁸ Article L. 311-3 du CASF

⁹⁹ Article L. 311-4 et suivant

¹⁰⁰ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹⁰¹ Article L. 114.1 du CASF introduit par la Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 dans son article 1

Chapitre 2 : L'instrument de la régulation médico-sociale

La planification au travers du PRS, doit se traduire au niveau des établissements. Pour cela les ARS ont un outil : le CPOM. Initialement introduit par la loi du 2 janvier 2002 de manière facultative, il a été rendu obligatoire d'abord par loi HPST du 21 juillet 2009 pour les ESMS dépassant un certain seuil de taille et de tarification. Mais l'arrêté fixant ces seuils n'a jamais été publié. Aussi, c'est d'abord l'article 58 de la loi ASV n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement pour le secteur des personnes âgées, puis par l'article 75 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 qui a généralisé cet outil pour le secteur médico-social et particulièrement pour le secteur du handicap. Le CPOM par la pluri annualité des financements, va permettre de faire coïncider les objectifs déterminés par l'autorité de contrôle et de tarification (ACT) dans sa planification (Section 1). De plus le CPOM introduit un nouveau cadre normalisé : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), plus adapté à la « nouvelle donne budgétaire » (Section 2).

Section 1 : Le CPOM, outil de mise en œuvre du plan régional de santé

Le CPOM bouleverse les rapports avec l'autorité de contrôle. En effet, en introduisant dans le contrat des objectifs directement en lien avec le PRS, l'ACT a un levier sur les établissements pour mettre en œuvre son PRS (§1) et cela dans l'objectif d'une offre mieux répartie à destination de la population (§2).

§ 1 : Le CPOM comme outil stratégique de convergence des objectifs

Le PRS est l'outil de planification régionale et le PRIAC l'outil de programmation pour le secteur du handicap. Mais pour que l'ACT ait un levier d'action sur les OG, le législateur a généralisé le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (A). Cette mise en œuvre doit se faire sur une période de six ans soit un délai extrêmement contraint qui oblige à une industrialisation des signatures (B).

A. Le lien fort entre CPOM et PRS

Le CPOM est l'outil essentiel de mise en œuvre du PRS. Les gestionnaires ne peuvent plus ignorer la planification.

En effet, comme le souligne Jean Marc LHULLIER, le CPOM a pour « *finalité d'assujettir l'activité des personnes aux impératifs d'un intérêt collectif* »¹⁰². Il a pour vocation « *de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-*

¹⁰² LHULLIER J M, 2015, « le droit des usagers dans les ESMS », 5^{ème} édition, EHESP, 147p

sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre d'un projet d'établissement ou de service ou la coopération des actions sociales et médico-sociales »¹⁰³.

Concrètement le CPOM est la déclinaison, à travers l'EPRD sous forme financière, des missions et des objectifs fixés au contrat. Pour ce faire, un diagnostic partagé va être préalablement établi à sa signature. C'est sur la base de ce document qu'est appréciée la situation des établissements et services inclus dans le périmètre du contrat avant son élaboration. Il sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM. Le contrat-type prévu par les textes¹⁰⁴ a été pensé et conçu comme un outil utile à l'ACT pour faire évoluer l'offre en tenant compte des problématiques rencontrées localement. Dans cette optique, les références juridiques du contrat indiquées en préambule l'inscrivent obligatoirement dans le cadre des différents schémas élaborés : que ce soit le projet régional de santé et son schéma régional de santé (SRS) mais également des schémas départementaux concernant le secteur des personnes en situation de handicap¹⁰⁵. Il devient l'outil privilégié pour leur mise en œuvre. De plus l'instruction du 21 mars 2017 précise que *« le gestionnaire a vocation à s'inscrire dans une offre territorialisée dans le but de décliner ou de faciliter une logique de parcours, tout en répondant aux objectifs des schémas. A cette fin, il conclut et rend effectif les partenariats indispensables. [...] Il n'apparaît pas nécessaire de les multiplier, il convient au contraire de privilégier et de renforcer les partenariats existants qui apparaissent comme nécessaires au bon fonctionnement de l'accompagnement des usagers notamment. »¹⁰⁶*

C'est pourquoi le CPOM intègre un ensemble de fiches-actions associées à des indicateurs-cibles. L'actualisation annuelle doit permettre aux autorités de tarification de suivre l'atteinte des objectifs et de disposer des éléments permettant d'explicitier les éventuels écarts. Elles sont donc jointes au rapport d'activités annuel qui accompagne l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

B. L'industrialisation du modèle

Mettre en œuvre les CPOM demande une organisation et une planification. Le législateur, dans la loi de financement de la sécurité sociale a prévu que *« le directeur général de l'agence régionale de santé établit par arrêté, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental concerné, la liste des établissements et services devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et fixe la date prévisionnelle de cette signature. Cette programmation, d'une durée de six ans, est mise à jour chaque année »¹⁰⁷.*

¹⁰³ Article L. 313-11 du CASF

¹⁰⁴ Cf. Annexe 3 : modèle CPOM de l'arrêté du 3 mars 2017

¹⁰⁵ Instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM)

¹⁰⁶ Op. cit.

¹⁰⁷ Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, Art. 75

Ainsi, les directeurs des ARS ont dû publier la liste de programmation des CPOM sur la période de 2016 à 2021. Au total se sont 8 600 CPOM qui sont programmés sur la période. Pour l'ensemble de l'année 2017, seulement 829 CPOM, toutes structures et tous statuts confondus, ont été signés sur les 1 499 programmés.¹⁰⁸ Face à la masse de CPOM à signer les autorités ne peuvent tenir les délais impartis. L'exemple de la Bretagne est, à ce titre, assez frappant : sur la période l'ARS doit signer 608 CPOM c'est-à-dire contractualiser un CPOM tous les trois jours¹⁰⁹. Or ce rythme n'est pas tenu actuellement et ne peut être tenu. Comme prévu un nouvel arrêté actualisé pour 2018 à 2021 a été publié. A titre d'exemple, l'Association des Œuvres Ordre St Jean de Terre Sainte dont la signature du CPOM était initialement prévue en 2017 a vu repousser sa négociation en 2019¹¹⁰. D'autant que l'ANAP dans son guide¹¹¹ préconise 10 mois pour pouvoir bien négocier un CPOM. L'instruction du 21 mars 2017 alerte les ARS sur ce point. Elle invite les acteurs à se référer au guide. De plus elle préconise « *pour chaque négociation d'établir un rétro planning et de s'y tenir pour la réalisation des différentes étapes* »¹¹².

Aussi comment allier qualité, quantité et respect des délais ? Des choix devront être mis en œuvre : pas de négociation ? Document pré rempli à partir des documents enregistrés dans la base ANAP, pas de diagnostic partagé ? Un dirigisme fort ?

Pourtant « *la négociation du CPOM doit privilégier le dialogue avec les gestionnaires pour la fixation des objectifs qualitatifs et quantitatifs [...] et la fixation des moyens des ESMS ainsi que pour le suivi de leur mise en œuvre au service de l'amélioration du parcours de vie des personnes en situation de handicap et de leurs proches.* »¹¹³ Pour ce faire les ACT peuvent s'appuyer sur les évaluations externes qui servent de support pour le diagnostic partagé. L'utilisation du contrat type prévu par la circulaire du 3 mars 2017 permet aussi de mettre en œuvre plus rapidement et uniformément les contrats. De plus, à l'image de l'ARS BRETAGNE, des fiches objectifs ont été rédigées afin de permettre aux gestionnaires une appropriation plus rapide des attendus de l'ARS. Mais cela pose aussi la question d'une véritable négociation entre les deux parties prenantes. D'autant qu'à ces fiches actions, il ne manque que le planning laissé à la construction des gestionnaires.

Toutefois, les différentes organisations du secteur alertées et conscientes de cette possible dérive adoptent un discours clair à destination de leurs adhérents et des pouvoirs publics. A l'image du réseau UNIOPSS-URIOPSS qui se « *positionne très fortement contre la*

¹⁰⁸ CNSA, Comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation, 25 septembre 2017

¹⁰⁹ Calcul : 5 ans par 365 jours diviser par le nombre de CPOM à signer : $(5 \times 365) / 608 = 3$ jours

¹¹⁰ Arrête de programmation CPOM PH 2018-2021 CD29

¹¹¹ ANAP, janvier 2017, « Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation »

¹¹² Instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017.

¹¹³ Instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017

contractualisation systématique entre les gestionnaires et les autorités tarification »¹¹⁴. Mais aussi du syndicat employeurs NEXEM par la bouche de sa directrice du pôle Gestion des organisations, Marie ABOUSSA: « *Nous serons vigilants à ce que la négociation ait lieu à partir d'un diagnostic partagé, il ne s'agit pas d'aller vers une industrialisation du CPOM via des contrats types déconnectés d'une discussion budgétaire* »¹¹⁵. On peut alors poser l'hypothèse que la signature des CPOM se fera par la reconduction des moyens existants alloués aux structures et que la négociation réelle avec l'ACT se réalisera lors de la signature d'avenants ou lors du renouvellement du contrat.

§ 2 : La recomposition de l'offre aux profits des « usagers »

Avec la loi LFSS de 2018, le législateur poursuit son objectif de « *recherche d'efficience et de meilleure adéquation entre l'offre et les besoins dans le secteur médico-social* »¹¹⁶. Mais la logique de maîtrise des dépenses oblige les pouvoirs publics à repenser l'offre médico-sociale dans un contexte où les personnes font de plus en plus de recours pour manque de places (A). Aussi, dans la suite du rapport de Denis PIVETEAU, « la réponse accompagnée pour tous » a été lancée (B).

A. D'une logique de manque de places ...

Avec la volonté de maîtrise budgétaire, l'offre médico-sociale se développe peu depuis 10 ans. Dans le même temps la demande progresse vite : progrès de la science, repérage et orientation plus rapide, accès à l'information plus facile... La situation des CMPP en est une bonne illustration. Dans l'enquête diligentée par l'ARS Rhône-Alpes, le constat suivant est posé : « *alors que ces structures ambulatoires devraient assurer une réponse relativement rapide, les listes d'attente s'allongent et le manque de moyens se fait sentir. Les CMPP sont victimes de leurs succès et souffrent de plus en plus d'une saturation chronique.* »¹¹⁷ Autre lieu, autre chiffre : « *au 31 décembre 2013, 15 909 personnes en situation de handicap étaient accueillies dans les structures médico-sociales pour enfants et adultes de la région Centre. Parallèlement, 5048 personnes étaient inscrites sur les listes d'attente des ESMS de la région* »¹¹⁸. C'est aussi un des constats du rapport « zéro sans solution » de Denis PIVETEAU : il a une « *insuffisance qualitative et quantitative de l'offre adaptée* »¹¹⁹.

¹¹⁴ UNIOPSS-URIOPSS, septembre 2017, « rentrée sociale 2017-2018, enjeux politiques, budget prévisionnels 2018 », UNION SOCIALE, Hors série n°310

¹¹⁵ <http://www.directions.fr/Piloter/organisation-reglementation-secteur/2018/1/La-fin-des-garanties--2050745W/>

¹¹⁶ ASH, N°30355, 6 avril 2018, « dossier loi de finance de la sécurité social de 2018 ».

¹¹⁷ ARS Rhône-Alpes, « L'activité des CMPP en région Rhône-Alpes en 2010 » Rapport d'étude juillet 2012

¹¹⁸ CREAI Centre, 2014 « Etat des lieux des listes d'attente concernant les enfants, les adolescents et les adultes en situation de handicap en région Centre », Rapport

¹¹⁹ PIVETEAU D, 2014, « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Rapport.

Dans le même rapport, il est pointé l'obligation de résultat qui pèse sur l'Etat à travers l'article L.111-1 du code de l'éducation qui pose le droit à l'éducation d'une part et l'article L.246-1 du code de l'action sociale et des familles qui stipule que « *toute personne atteinte du handicap résultant du syndrome autistique et des troubles qui lui sont apparentés bénéficie, quel que soit son âge, d'une prise en charge pluridisciplinaire qui tient compte de ses besoins et difficultés spécifiques.* »¹²⁰

D'autant que des contentieux depuis quelques années ont été portés avec succès avec une volonté de « *dupliquer ce genre d'actions en justice autant que nécessaire* »¹²¹ :

- le Conseil d'Etat l'a jugé par deux arrêts de principe (M. et Mme LARUELLE du 8 avril 2009 et Mme Beaufils du 16 mai 2011), qui écartent l'invocation par l'Etat du nombre insuffisant de structures d'accueil.¹²²
- le 15 juillet 2015, le Tribunal administratif de Paris a statué en faveur de sept familles d'enfants en situation de handicap. Pour deux d'entre elles, en raison de l'éloignement de leur enfant accueilli en Belgique. Pour les autres, en raison d'une « absence » ou d'une « insuffisance de prise en charge », en France.
- en juin 2016, le Tribunal administratif de Cergy-Pontoise a condamné l'État à indemniser une jeune fille autiste et ses parents pour n'avoir pas mis en œuvre les décisions de la MDPH : pas d'auxiliaire de vie scolaire ni de place en SESSAD¹²³.
- en octobre 2017, le Tribunal administratif de Cergy-Pontoise a condamné l'État à verser une indemnisation de plus de 30 000 € à la famille d'un enfant autiste privé, pendant quinze mois, d'un accompagnement adapté par un SESSAD.
- en novembre 2017, le Tribunal administratif de Versailles a condamné l'État à indemniser le préjudice moral d'un enfant resté cinq mois sans AVS et à rembourser les frais que ses parents avaient engagés.¹²⁴

Ces contentieux montrent à la fois le réel manque de places et le risque juridique et financier qui pèse sur l'Etat (cf. infra). Aussi « *la signature d'un CPOM avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) constitue un outil essentiel dont les ARS, les départements et les gestionnaires doivent se saisir pour faire évoluer l'offre et les pratiques nécessaires à la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ». La négociation du CPOM est l'occasion de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec cette priorité de politique publique* »¹²⁵.

¹²⁰ Article L. 246-1 du CASF

¹²¹ OTTOU Stéphanie, directrice de la délégation APF de Vendée cité par <https://www.faire-face.fr/2015/04/29/sessad-fillette-handicapee/>

¹²² Op. cit.

¹²³ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

¹²⁴ <http://dupuiselise.canalblog.com/archives/2017/11/25/35897825.html>

¹²⁵ CNSA, « Rapport de capitalisation Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », premiers enseignements et retours d'expérience », Juillet 2017

B. ...A une logique de parcours

Les recommandations du rapport « zéro sans solution » de 2014 et la mission « Réponse accompagnée pour tous » demandent la généralisation des CPOM et la réorganisation de l'offre non plus en « place » mais en « parcours » avec la généralisation de la notion de file active. Ainsi, le CPOM doit permettre d'adapter les réponses apportées aux besoins des personnes en situation de handicap dans une double démarche : développer des formes d'accompagnement qui favorisent l'accès au droit commun et accueillir, éventuellement avec des modalités renouvelées, les personnes nécessitant un accompagnement permanent.¹²⁶

Mais le constat est qu'il y a division structurelle et historique des secteurs sanitaire et social et médico-social, liée à deux aspects : le cloisonnement législatif et financier qui continue de séparer les secteurs : non fongibilité des enveloppes et interlocuteurs différents. Paradoxe du système français qui par ailleurs invite à construire des parcours de vie et un cloisonnement historique des secteurs psychiatrique, social et médico-social¹²⁷.

Aussi à travers le CPOM, l'Etat veut mettre en œuvre les recommandations à la fois du rapport PIVETEAU et de la mission « une réponse accompagnée pour tous ». C'est pourquoi, Il va favoriser les coopérations entre les différents établissements, mettre fin aux cloisonnements préjudiciables aux parcours des personnes et ainsi favoriser la transversalité de l'offre d'accompagnement. C'est l'un des objectifs du CPOM.

L'autre axe de travail que le législateur a développé est le Plan d'Accompagnement Global (PAG) prévu à l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé. En effet, il permet de construire avec la personne la réponse adaptée à son handicap et permet ainsi de mettre fin au cloisonnement administratif : car il « *identifie nominativement les établissements, les services mentionnés à l'article L.312-1 ou les dispositifs prévus à l'article L.312-7-1 correspondant aux besoins de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte, et précise la nature et la fréquence de l'ensemble des interventions requises dans un objectif d'inclusion : éducatives et de scolarisation, thérapeutiques, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants. Il comporte l'engagement des acteurs chargés de sa mise en œuvre opérationnelle. Il désigne parmi ces derniers un coordonnateur de parcours* »¹²⁸.

En conclusion, le CPOM doit être le moyen de concrétisation de la mobilisation des ESMS. Il engage les gestionnaires à élaborer des « réponses modulaires » plutôt que d'offrir seulement des « places ». Il s'agit de construire des solutions d'accompagnement et d'accueil pour répondre aux besoins d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé, afin d'éviter toute rupture dans son parcours¹²⁹.

¹²⁶ Instruction N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017

¹²⁷ JAEGER M, 2012, « L'articulation du sanitaire et du social », Paris, Edition Dunod, 202 p

¹²⁸ Article L 114-1-1 du CASF modifié par l'article 89 de la loi n°2016-41 du 26 janvier

¹²⁹ Annexe 5, instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017

Section 2 : L'outil de la tarification attaché au CPOM : l'EPRD

La mise en place dans le cadre du CPOM de l'EPRD n'est pas anodine comme changement. En effet, « *l'EPRD n'est pas qu'un simple outil technique neutre et un simple outil financier d'un ou plusieurs CPOM. C'est un outil stratégique en matière de gouvernance par l'organisme gestionnaire et en matière de pilotage des politiques publiques par les autorités administratives* »¹³⁰. Ainsi le gestionnaire se doit d'aborder ce nouveau cadre d'échange avec son autorité de tarification comme un vrai élément stratégique (§1). De plus l'EPRD introduit un deuxième changement important : une mise en avant de la relation avec l'ACT basée sur la financiarisation (§2).

§ 1 : L'EPRD élément structurant de la stratégie du gestionnaire et de l'ACT

La réforme en introduisant l'EPRD inverse la logique jusqu'à présent à l'œuvre. Ainsi pour tous les établissements soumis à l'EPRD, « *le schéma est dorénavant inversé avec l'introduction de modalités de tarification rénovées. Il s'agit d'un pilotage par la ressource, passant [...] par la fixation de modalités tarifaires préétablies pour cinq ans dans le cadre du CPOM pour les autres établissements et services soumis à l'EPRD (relevant d'un CPOM-PH, AJA ou SSIAD/SPASAD). Le niveau de produits peut donc faire l'objet d'une prévision et les charges prévisionnelles sont adaptées à ce niveau de produits.* »¹³¹ Nous passons d'un niveau de dépenses autorisées à un niveau de recettes autorisées (A). Cela doit permettre au gestionnaire d'acquérir des marges de manœuvre dans la gestion de l'ensemble des établissements inclus dans le CPOM (B).

A. D'une logique ascendante à une logique descendante

La mise en place de l'EPRD modifie les règles budgétaires et comptables (a). Mais aussi impose un cadre unique pour l'organisme gestionnaire (OG). (b)

a) L'imparable nécessité de nouvelles règles budgétaires et comptables

Jusqu'à la signature du CPOM, la gestion budgétaire, comptable et financière des ESMS se fait dans le cadre du décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 ainsi qu'une circulaire en date du 8 janvier 2004, prise à la suite de la loi du 2 janvier 2002.

Ces règles ont donné un cadre précis pour la relation des établissements avec son autorité de tarification. Ainsi la procédure budgétaire comprend trois grandes étapes : les propositions budgétaires formulées par l'établissement avant le 31 octobre n-1, les éventuelles

¹³⁰ HARDY Jean-Pierre, « Financement et tarification des ESMS » 4ème éditions, Dunod 2015

¹³¹ Instruction n° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

propositions de réformation présentées par l'autorité de tarification dans le cadre d'une procédure contradictoire, et la décision d'autorisation prise par cette dernière. A cela s'ajoute l'envoi du compte administratif avant le 30 avril de l'année suivante. Il est à noter que l'ensemble des documents demandés lors de cette procédure doit être envoyé pour chaque établissement ayant une autorisation.

De plus, l'article L.315-15 du CASF prévoit que « *les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels, dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par arrêté* »¹³². Cela nécessite une présentation budgétaire compte à compte et dont les groupes n'avaient pas nécessairement de concordance avec la comptabilité générale.

Avec plus de 35 000 établissements médico-sociaux et une masse documentaire envoyée chaque année de l'ordre de « *3 à 4 millions de pages pour l'ensemble des établissements tarifés* »¹³³, on comprend mieux la volonté du législateur de simplifier pour son administration la lecture des documents comptables nécessaires au contrôle des ESMS.

D'autant que, comme le soulève Jean-François DE MARTEL, cette procédure relevait un certain nombre de risques juridiques :

- le premier est que la réglementation relative au plan comptable M22 bis « n'existe pas »¹³⁴.
- les comptes de liaison prévue à l'article R.314-81 du CASF limitent les possibilités de recours et nécessitent l'emploi d'une comptabilité analytique pour une facture établie au niveau de l'OG pour un ensemble d'établissements. « *les comptes de liaison ne permettent pas de ventiler* » la dépense et donc pour l'ACT d'accepter la dépense.
- les documents dits « cadre normalisé de présentation » auraient du suivre une procédure d'homologation dans le cadre prévu du décret 98-1083 du 2 décembre 1998 qui impose que l'ensemble des formulaires administratifs soit validé avant d'entrer en vigueur.

Aussi la mise en place de l'EPRD vient régler définitivement ces questions.

En premier lieu, le nouveau cadre impose l'envoi d'un seul EPRD par CPOM et donc par organisme gestionnaire. On passe de 36 000 budgets à 8 600 EPRD soit une division par quatre du nombre de dossiers à instruire. Ainsi, il est source de simplification pour l'administration. Pour autant il est source de complexité pour les acteurs « *notamment [par] le caractère consolidé de l'approche : un CPOM couvrant plusieurs ESMS donne lieu à un seul EPRD commun. Ce qui est de nature à renforcer les sièges des organismes*

¹³² Le dernier Arrêté est du 27 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 8 août 2002 relatif à la composition des groupes fonctionnels prévus au I de l'article L. 315-15 du CASF

¹³³ DE MAREL J F, 2015, « Réglementation administrative et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Dunod, Paris, 274 p

¹³⁴ DE MAREL, op cit.

gestionnaires »¹³⁵. En termes de simplification, il faut aussi ajouter que la procédure est maintenant informatisée. Pour ce faire, l'EPRD peut être déposé via la plateforme « importEPRD » de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Comme le précise l'instruction du 19 juin 2017, cette modalité a vocation à être généralisée. A cet égard, la CNSA a produit deux guides : un guide pratique de remplissage de l'EPRD¹³⁶ et un guide d'import EPRD¹³⁷.

En deuxième lieu, le CPOM met fin à la procédure contradictoire qui, d'une manière générale ne correspondait plus à une réalité de gestion puisque les budgets étaient reconduits à l'identique avec éventuellement, en fonction des situations, l'application d'un taux d'évolution. La négociation se matérialisant au cours de la procédure d'élaboration du CPOM avec l'ACT. L'EPRD qui en découle est la transposition comptable des éléments prévus au CPOM.

En troisième lieu, l'EPRD met fin aux sections tarifaires et à l'imperméabilité entre elles. C'est en cela que réside la vraie révolution pour le gestionnaire. En effet, ce dernier passe d'une logique de fonctionnement à la dépense à une logique de recette (tarification à la ressource). Techniquement, l'ACT notifie un compte 73 au gestionnaire et non plus des comptes de la classe 6. La ventilation entre les différents comptes étant laissée à la liberté du gestionnaire. Cela devant permettre de faire des arbitrages et de véritables choix de gestion.

Enfin, la question de l'affectation des résultats est clairement définie. Selon l'article R.314-235 créé par le décret du 21 décembre 2016 dans le cadre de l'EPRD, « *le résultat est affecté dans le respect des modalités définies dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L.313-12 ou à l'article L.313-12-2* ». C'est-à-dire pour les ESMS-PH : « *Ce contrat prévoit l'affectation des résultats d'exploitation des établissements et services par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat.* »¹³⁸ Ainsi les gestionnaires auront la faculté d'affecter librement les résultats d'exploitation des établissements et services figurant sur l'ERRD, pendant l'exécution du contrat mais « *les autorités de tarification peuvent s'opposer à l'affectation des résultats décidée en application de l'article R.314-234 et mettent en œuvre, le cas échéant, les dispositions de l'article R.314-230 du même code, dans leur rédaction issue du présent décret.* »¹³⁹ La logique à l'œuvre est que le gestionnaire doit affecter ses résultats en lien avec les objectifs du CPOM au risque que ceux-ci soient repris par l'ACT.

¹³⁵ CLOUVEL M, cité par Directions le 4 janvier 2017, « le champ médico-social passe à l'heure de l'EPRD »

¹³⁶ Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), Guide pratique de remplissage des cadres normalisés à destination des organismes gestionnaires, des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des autorités de tarification, Version 1.0 du 2 juin 2017, CNSA, DGCS

¹³⁷ CNSA, « ImportEPRD Guide de l'utilisateur Organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux Version 1.0 », publiée le 29 mai 2017, DGCS

¹³⁸ Article L. 313-12-2 du CASF

¹³⁹ Article 5 du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF

b) Un cadre budgétaire unique pour l'organisme gestionnaire

A la suite au décret du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), et à l'instruction du 19 juin 2017 qui détaille les différents éléments encadrant l'EPRD applicable à tous les ESMS mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), il ressort que trois modèles d'EPRD sont introduits :

- EPRD complet qui est le cas général
- EPRD « simplifié » pour les établissements et services privés visés aux articles L.342-1 et R.314-101 du CASF
- EPCP pour état prévisionnel des charges et des produits qui a vocation à s'appliquer aux activités sociales et médico-sociales incluses dans le CPOM médico-social d'un établissement public de santé

La circulaire donnant dans son annexe 2 un arbre décisionnel pour permettre de savoir à quel type d'EPRD le gestionnaire doit remplir.

Dans le cadre de l'EPRD « complet », comprend un certain nombre d'éléments détaillés dans l'instruction (Annexe 2). Deux blocs peuvent être ainsi regroupés :

- les documents concernant le compte de résultat de la comptabilité classique qui comprend : un compte de résultats prévisionnel (CRP) présenté par groupe fonctionnel¹⁴⁰, un tableau de calcul de la capacité d'autofinancement (CAF) détaillée ;
- les documents liés au bilan : un tableau de financement prévisionnel (TFP), un plan global de financement pluriannuel (PGFP), un tableau de détermination du fonds de roulement (FDR) au 31/12/ N-1.

A cette liste non exhaustive, s'ajoute un tableau retraçant les principaux ratios d'analyse.¹⁴¹

L'ensemble des documents et annexes doivent être déposés par l'OG selon un calendrier précis détaillé dans la circulaire¹⁴². Enfin, le compte administratif est remplacé par l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD). Outre la masse d'information, c'est la présentation dans un seul document de l'ensemble des structures gérées qui est la nouveauté. Cela doit permettre non plus une analyse au niveau de l'établissement mais de l'OG et ainsi sur la durée du CPOM permettre d'acquérir une souplesse de gestion.

B. Une souplesse de gestion pour l'organisme gestionnaire

Le fait d'avoir une gestion centralisée et non plus autorisation par autorisation permet pour l'organisme un rapprochement avec la gestion d'entreprise.

Le premier point concerne les décisions budgétaires et l'affectation des résultats. En effet, là où l'annualité budgétaire décidée tardivement par les autorités, ne donnait que peu de

¹⁴⁰ Article R.314-214 du CASF

¹⁴¹ Cf. Annexe 7 : différents ratios et indicateurs d'analyse financière

¹⁴² Cf. Annexe 4 : l'EPRD

visibilité, et créait une zone d'incertitude, la fixation du budget base zéro (BBZ) en début du contrat et la pluriannualité du CPOM en donne d'avantage. De plus, le CPOM règle la question des résultats comme écrit dans le point précédent. En effet, les économies ou dépenses non réalisées lors de l'exercice N et qui génèrent un résultat voyaient leur traitement en N+2. Si l'ACT décidait de la reprise, cela affectait directement le montant de la dotation. Avec le CPOM, l'affectation du résultat est convenue dès la signature de ce dernier. Cela donne de la visibilité : les actions sont définies et formalisées dans le contrat, et laissent 5 ans pour les réaliser en toute liberté et sécurité.

Le deuxième point, concerne les virements de crédit internes à l'organisme signataire du CPOM. L'Association dispose de toute la latitude pour effectuer des virements de crédit au sein et entre groupes fonctionnels de dépenses des différents établissements inclus dans le périmètre du CPOM. Elle peut aussi procéder à des modifications budgétaires concomitantes en dépenses et en recettes entre toutes les structures du champ du contrat. Le CPOM donne donc de la souplesse, notamment par cette fongibilité des groupes fonctionnels de dépenses. Il permet une grande autonomie de gestion. Toutefois, il s'agit malgré tout de tracer ces écritures comme le rappelle l'article R.314-82 qui dispose que : « *lorsqu'un même organisme gère plusieurs établissements ou services sociaux et médico-sociaux, il est tenu une comptabilité distincte pour chaque établissement ou service. Les mouvements financiers entre ces établissements ou services, ou entre ceux-ci et les autres structures qui relèvent de l'organisme gestionnaire, sont retracés dans des comptes de liaison* »¹⁴³.

Enfin, l'Association est libre d'opérer les provisionnements les plus pertinents pour réaliser les objectifs du contrat, lisser les éventuels surcoûts ou assurer le retour à un équilibre structurel. La pluriannualité budgétaire donne un cadre pour une gestion plus efficace, comme le rappelle la directrice d'une association : « *il y a une motivation sur les excédents, les économies permettent d'investir ailleurs* ». ¹⁴⁴

§ 2 : *Financiarisation de la relation avec les pouvoirs publics*

Le passage en CPOM et la mise en œuvre de l'EPRD implique pour les gestionnaires de passer d'une logique budgétaire à une logique financière (A) mais aussi de repenser l'organisation afin de pouvoir répondre à cette nouvelle obligation (B).

A. Une analyse financière à construire

La mise en place de l'EPRD oblige à la fois les Associations et les ACT à changer leur approche. Cela entraîne l'abandon d'une vision purement budgétaire et annuelle au profit

¹⁴³ Article R. 314-82 du CASF

¹⁴⁴ BELAUD H, 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 ? », Mémoire Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, EHESP

d'une vision financière et pluriannuelle. La notion de flux financiers devient prépondérante, et par conséquent, l'analyse financière devient inévitable.

On passe d'une vision strictement budgétaire à une vision financière c'est à dire d'une logique d'approbation des charges à une logique d'allocation de ressources. Avant la signature du CPOM, à partir d'un niveau d'activité, était élaboré un budget prévisionnel qui déterminait les charges d'exploitation (compte de la classe 6). Etaient incorporés les résultats (reprise du déficit ou de l'excédent) et les éventuelles recettes en atténuation. Cela donnait un produit de la tarification (Compte 73). Les arrêtés de tarification avaient comme présupposé que les dépenses soient équivalentes aux recettes : résultat normalement à zéro. Avec le CPOM, à partir d'un niveau d'activité, un produit de tarification est donné qui n'est pas forcément en corrélation avec les dépenses de la structure. Cela génère, en fonction des choix de gestion un résultat (positif ou négatif).

Pour ce faire la comptabilité permet de diagnostiquer la « santé financière » de l'OG, à travers la « photographie » à un moment donné du déroulement des différents cycles d'investissements, de financements et d'exploitation. Cela repose sur le concept suivant : « *Tout emploi stable doit être financé par une ressource stable* »¹⁴⁵ c'est-à-dire qu'on ne peut financer des biens utilisés à long terme que par du financement à long terme les emplois et ressources du bilan vont être classés selon ce critère de stabilité.

En fonction de ce critère, l'on sera à même d'établir trois agrégats :

- le fonds de roulement net global (FRNG) qui correspond à l'ensemble des ressources à long terme mis à la disposition de l'organisation et qui sont destinées à financer les investissements en biens durables ;
- le besoin en fonds de roulement (BFR) qui « *correspond au besoin de financement induit généralement par le cycle d'exploitation* »¹⁴⁶. C'est donc la différence entre l'actif circulant et le passif circulant ;
- et la trésorerie calculée par la différence entre le FRNG et le BFR. Elle correspond à la part inemployée de la marge de sécurité prévue (fonds de roulement) pour financer le besoin en fonds de roulement.

Ces trois agrégats sont issus d'un retraitement du bilan comptable. Le fond de roulement se décompose en deux : le fonds de roulement d'investissement (FRI) qui traduit la manière dont l'établissement a financé ses investissements sur le long terme et du fonds de roulement d'exploitation (FRE) qui correspond aux ressources disponibles issues des réserves hors investissements et des provisions.

Alors que la logique budgétaire ignore totalement les composantes essentielles de la trésorerie et donc de leur suivi, avec l'EPRD cela devient essentiel. Le niveau des créances et

¹⁴⁵ Principe de gestion et de cohérence de structure financière

¹⁴⁶ PAUCHER P, « Guide de la gestion financière des établissements sociaux et médico-sociaux, 2^{ème} édition, 2013, DUNOD, 528p

dettes d'exploitation impactent le BFR. Les résultats affectés issus de l'exploitation impactent le FRE et donc la trésorerie. La nécessité d'évaluer précisément l'évolution future de la trésorerie impose à l'évidence d'avoir une lecture précise de la structure financière de l'Association.

De plus, la dotation étant globalisée, cela oblige à la mise en place d'indicateurs de suivi et à l'analyse des ratios financiers dont les ratios d'endettement, d'autonomie financière, de solvabilité, de financement des immobilisations, de marge nette, de marge brute d'exploitation, de rentabilité économique. Mais aussi les soldes intermédiaires de gestion. Ils « *permettent de comprendre la construction du résultat en identifiant et mettant en valeur quelques indicateurs clés tels que la marge, l'excédent brut d'exploitation ou encore le résultat d'exploitation. C'est également un bon outil pour analyser les variations par rapports aux exercices précédents et pour calculer des ratios financiers. D'ailleurs, il est un des éléments composant le prévisionnel financier.* »¹⁴⁷

Un autre indicateur devient un élément d'analyse obligatoire pour les gestionnaires et les ACT dans le cadre de l'EPRD : la capacité d'autofinancement (CAF)¹⁴⁸. Elle correspond à l'ensemble des ressources financières générées par les opérations de gestion de l'établissement et dont il pourrait disposer pour couvrir ses besoins financiers. En effet, la CAF exprime « *la capacité financière d'un organisme à assurer lui-même le financement de ses investissements* »¹⁴⁹ ou le remboursement de ses dettes. Elle représente donc l'excédent de ressources internes dégagées par l'activité de l'organisation et peut s'analyser comme une ressource durable. Ainsi « *La capacité d'autofinancement de l'établissement devient [...] un élément clé dans l'analyse de l'EPRD et les techniciens des ARS ou départements doivent détecter dans le PGFP si l'activité à long terme d'un établissement est ou non soutenable. La réforme les amène d'un métier de comptable à un métier d'analyste financier* »¹⁵⁰. L'étude à la fois des éléments du bilan et des comptes d'exploitation devient centrale. Le cycle d'activité devenant pluriannuel, le gestionnaire doit mesurer la soutenabilité de ses choix d'investissement et d'exploitation sur le long terme.

B. Une organisation à repenser pour y faire face

Le développement des méthodologies et des outils d'analyse rétrospective (Bilan Financier) et prospective (PGFP) d'une part, la compréhension de l'EPRD et la méthodologie de remplissage d'autre part demande à la fois de se former et de s'organiser. Pour le législateur les objectifs sont clairement affichés : « *le mode de gouvernance permis par le CPOM doit encourager la réalisation d'économies d'échelle induites notamment par une gestion plus*

¹⁴⁷ <https://www.compta-facile.com/soldes-intermediaires-de-gestion-sig/>

¹⁴⁸ Cf. annexe 7 : op. cit.

¹⁴⁹ PAUCHER P, op. cit.

¹⁵⁰ <http://www.gazette-sante-social.fr/38304/eprd-et-cpom%E2%80%85imposent-une-mise-a-jour-des-competences-professionnelles>

efficace et la possibilité d'opérer des redéploiements inter établissements au sein d'une même dotation globalisée »¹⁵¹.

En effet, pour pouvoir réaliser ces analyses, les comptables habitués à la logique annuelle du budget prévisionnel (BP) et du compte administratif vont devoir se former à l'EPRD et changer la lecture compte à compte. Outre ces aspects, la consolidation des comptes impose de repenser l'organisation comptable de l'Association : centralisation des comptes, reporting des établissements et mise en place de procédure pour les dépenses, afin d'avoir une concordance nouvelle entre le projet associatif, les politiques publiques et les objectifs stratégiques du CPOM. Si les grandes structures gestionnaires sont depuis longtemps organisées autour d'une fonction de directeur administratif et financier, ce n'est pas la majorité des Associations. Les structures vont devoir développer les capacités à gérer, contrôler et mesurer leur activité.

Ainsi, deux fonctions vont voir leurs missions évoluer. La première être affectée est la fonction directoriale de l'établissement. Dans une OG (hors mono-établissement), elle sera dépossédée de la gestion budgétaire de l'établissement au profit d'un plus grand reporting. La deuxième est le comptable qui aura lui aussi à évoluer pour avoir une compréhension financière et non plus budgétaire de l'organisation. Il va devoir développer les compétences et outils d'analyse financière nécessaires à sa nouvelle pratique. Il va devoir prendre en compte le blocage culturel et la résistance aux changements. *« Les organisations médico-sociales, autrefois caractérisées par une gestion « intuitive » fondée sur la relation humaine, [...] doivent répondre aux nouvelles exigences des pouvoirs publics, en faisant évoluer leurs logiques de fonctionnement. Dorénavant, la gestion de celles-ci s'avère plus « procédurale » et « rationnelle »¹⁵².*

Enfin une nouvelle forme de management voit le jour. On peut considérer qu'il y a partage du rôle de tarificateur entre les ACT et l'OG : la dotation étant globalisée, l'Association devient le tarificateur de ses établissements par les choix qu'elle effectue. De plus, la politique d'efficace et le reporting de données accru changent considérablement la fonction managériale. Les conséquences se doivent d'être appréhendées et regardées précisément.

¹⁵¹ Circulaire n°DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017

¹⁵² SABOUNE K, MONTARGOT N, « Clarification et évaluation des termes du contrat psychologique : le cas d'un établissement médico-social en mutation », @GRH 2017/4 (n° 25), 9-34.

2e partie : Le CPOM, vrai changement de paradigme pour les ESMS

Les choix des pouvoirs publics pour à la fois avoir une maîtrise budgétaire afin de répondre aux exigences européennes et à la fois le développement d'une plus grande qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, n'est pas sans effet sur les organisations gestionnaires et sur les établissements. L'analyse menée sous la direction de Jean-Pierre CLAVERANNE en 2012 démontre que le champ du handicap se constitue comme un marché au sens de Niel FLIGSTEIN¹⁵³. C'est-à-dire que le marché fonctionne grâce à l'intervention ex ante de l'Etat. Son origine se situe dans le produit à la fois des stratégies des offreurs et de l'action des pouvoirs publics. Les théories économiques enseignent que la mise en place d'un marché est source d'incertitude et que les acteurs cherchent à en maîtriser les origines. En effet, la mise en place de nouvelles règles de régulation du secteur, les modalités d'attribution des nouvelles places par l'appel à projet, la raréfaction des moyens sont autant d'éléments qui créent de l'incertitude pour les acteurs du secteur du handicap.

Face à cela, les Associations sont confrontées à des facteurs externes que jusqu'à présent elles négligeaient. En effet, malgré que « *la nature spécifique du secteur social est reconnue à travers une non application du droit de la concurrence pour les secteurs comme les assurances sociales de base, qui ne relèvent pas d'une logique économique, et une application restrictive pour les « services sociaux d'intérêt général ».* Ils ont été exclus du champ d'application de la directive Bolkenstein relative aux services dans le marché intérieur »¹⁵⁴, il n'en demeure pas moins, que les pouvoirs publics ont décidé de mettre en place une nouvelle logique de mise en concurrence des activités. Un des fers de lance en est les appels à projet (Chapitre1).

Mais cette concurrence a aussi des effets réactionnels de la part des acteurs de terrain. Les équipes en place sur un territoire peuvent avoir le sentiment de la remise en cause de leur intervention par l'effet de se soumettre à une procédure pour l'obtention de moyen supplémentaire pour leur action ou pour de nouveau projet. Avec la contractualisation le secteur médico-social entre dans une ère : celle de la financiarisation des relations avec les autorités de tarification. Les conséquences se doivent d'être questionnées et analysées (Chapitre 2).

¹⁵³ CLAVERANNE JP, ROBELET M, PIOVESAN D, CRET B, « La construction sociale du marché du handicap : entre concurrence associative et régulation politique (1943-2009) », Octobre 2012, IFROSS, HAL

¹⁵⁴ LOCHEN V, « Comprendre les politiques sociales », 4^{ème} édition, DUNOD, 2013, p56-57

Chapitre 1 : L'application du dogme de la concurrence au secteur médico-social

Intégrée au courant du libéralisme qui imprègne l'Europe toute entière, la France a fait le choix d'une extension à tous les secteurs du paradigme de la concurrence. Ce choix des pouvoirs publics de faire entrer le secteur médico-social dans le champ de la concurrence n'est pas sans conséquence. La première est que les relations entre les autorités de tarification et les Associations du secteur médico-social passent d'une logique de partenariat à une logique de prestation de service. La deuxième est que l'environnement externe devient un élément structurant des décisions des dirigeants des organismes gestionnaires. Entre résistance et acceptation de la part des acteurs, la concurrence devient un élément structurant du secteur (Section 1). Comme le souligne Patrick DOUTRELIGNE « *les associations ne sont pas adaptées au monde du marché, au libéralisme débridé* »¹⁵⁵. Les différents acteurs n'abordent pas avec les mêmes armes en fonction de leur taille et leur niveau d'appréhension de cette réalité. Les Associations qui vont signer des CPOM de deuxième ou troisième génération ont indéniablement un niveau de maturité différente des autres qui entrent en négociation pour la première fois. Cela n'est pas sans incidence. De plus, le secteur lucratif pour l'instant minoritaire dans le champ du handicap risque de venir marcher sur les plates-bandes d'un secteur non lucratif largement majoritaire (87% des places)¹⁵⁶. Cela conduit à une situation où la mise en concurrence voulue par le législateur s'en trouve faussée (Section 2).

Section 1 : La concurrence comme nouvelle règle du jeu ?

Comme le souligne l'UNIOPSS, pour les pouvoirs publics, « *la mise en concurrence des associations de solidarité est parée de nombreuses vertus: clarification des relations entre associations et pouvoirs publics, suppression des monopoles et autres « rentes de situation », transparence et sécurité juridique accrues, rationalisation de l'action publique, coût moindre dans le cadre d'un mieux disant économique, souplesse et efficacité de l'offre* »¹⁵⁷. Qui dit mise en concurrence, dit marché : mais avec quel effet ? (§1) Face à ce nouveau paradigme, on observe une restructuration forte du secteur. Les organisations à but non lucratif sont donc considérées comme des acteurs économiques à part entière au même titre que les entreprises. Certains acteurs s'imprégnant des logiques du secteur lucratif, mettent en œuvre

¹⁵⁵ Propos de Patrick DOUTRELIGNE, président de L'UNIOPSS dans l'article, le jeu du Mistigri, ASH, n°3055, 6 avril 2018

¹⁵⁶ Source FINESS 2015, citée par BOUCHARD M, « *Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la réforme de la tarification et de la contractualisation* », mémoire Master 2 professionnel Droit de la Santé, 2017, LEH

¹⁵⁷ UNIOPSS, Les associations de solidarité et mise en concurrence, fiches pratiques du CNAR, juillet 2010

de véritables stratégies de croissance externe afin de pallier à la raréfaction des moyens. Ainsi le paysage associatif s'en trouve fortement modifié (§2).

§ 1 : Les effets de la création d'un marché dans le secteur du handicap

Pour le secteur on peut identifier trois sources d'incertitude : la première porte sur la «demande» et son appréciation en quantité et en qualité par les opérateurs associatifs et par les autorités publiques. La deuxième, sur les comportements des autres opérateurs et la dernière sur l'attitude des autorités publiques¹⁵⁸. Les outils mis en place doivent permettre pour les pouvoirs publics d'y remédier (A). Mais cela a aussi des effets encore mal perçus par les gestionnaires au niveau juridique (B).

A. Le CPOM comme moyen de régler l'incertitude économique pour les acteurs ?

Comme toute activité économique est « remplie de situations d'incertitude »¹⁵⁹, les opérateurs tentent de les appréhender pour essayer d'y faire face. « Dans ce contexte d'incertitude et face à cette difficulté de poser un choix rationnel, les individus ont forcément besoin de repères pour fonder leurs décisions »¹⁶⁰.

La première incertitude que les différents acteurs tentent de maîtriser est celle de la demande. Pour les gestionnaires, cette maîtrise avant le passage en CPOM était vitale. En effet, le mode de financement par la dépense, que ce soit par une facturation d'un prix de journée ou de séance ou encore d'une dotation à la place, nécessite la maîtrise des flux d'utilisateurs pour l'équilibre économique, voire la survie des opérateurs. D'autant que ce « prix » étant fixé par l'ACT à partir du BP, les gestionnaires ne peuvent pas l'utiliser comme variable d'ajustement pour compenser les fluctuations de l'activité. Ainsi « l'impératif de la maîtrise des flux pour les opérateurs gestionnaires se décline sous deux registres: un registre quantitatif puisqu'il s'agit d'obtenir un bon «taux d'occupation» dans leurs établissements et un registre qualitatif puisque l'enjeu est de s'assurer que les places seront bien occupées réellement par des utilisateurs et que les caractéristiques de ces derniers correspondent bien aux ressources et compétences que peut déployer l'établissement »¹⁶¹.

La deuxième source d'incertitude « porte sur les comportements des autres opérateurs »¹⁶². En effet, quelle est la stratégie du voisin ? Va-t-il être dans une position de réponse à l'ensemble des appels à projet ? De lobbying ? D'innovation ? De mutualisation avec d'autres opérateurs ? La recherche d'information devient alors un enjeu pour les institutions.

¹⁵⁸ CLAVERANNE JP, ROBELET M, PIOVESAN D, CRET B, op. cit.

¹⁵⁹ GOMEZ PY, 1997 « Economie des conventions et sciences de gestion », Encyclopédie de Gestion, Economica

¹⁶⁰ NIZET J, « La théorie des conventions, Facultés Universitaires de Namur », <http://www.grh.hec.ulg.ac.be/cours/supports/COSE/conventions.pdf>

¹⁶¹ CLAVERANNE JP, ROBELET M, PIOVESAN D, CRET B, op. cit.

¹⁶² Ibid.

La raréfaction des moyens, la mise en concurrence des activités exacerbent encore plus la situation.

La dernière incertitude est liée à la fois aux orientations locales que donnent les ACT et celles liées aux politiques nationales. En premier lieu, la question des évolutions des dotations allouées, les taux de revalorisation annuel, de la convergence tarifaire sont source d'incertitude pour les gestionnaires. La dotation sera-t-elle réévaluée à hauteur des besoins de la structure ? Couvrira-t-elle le Glissement Vieillesse Technicité (GVT), l'inflation, les nouvelles obligations sociales et fiscales ? La publication tardive des orientations budgétaires et des arrêtés de tarification accentuaient l'incertitude. De plus, depuis 2002, le secteur fait face à une inflation des textes législatifs et réglementaires qui augmentent l'incertitude. La réforme en cours sur le financement du secteur du handicap SERAFIN-PH par exemple, aboutira-t-elle à l'ambition affichée ? Certains acteurs pensent déjà que les premières enquêtes de coût ont montré les limites de ce projet et le possible caractère inflationniste. D'autres, plus critiques, dénoncent la casse d'un secteur, la mise en concurrence et une politique de réduction des coûts¹⁶³. Aussi, prudemment la CNSA qui pilote ce projet a déjà prolongé le travail de plusieurs mois.

En maîtrisant les zones d'incertitude, les acteurs obtiennent de l'autonomie, et donc du pouvoir¹⁶⁴. La mise en place par les pouvoirs publics du CPOM est une des réponses. La contractualisation et donc le passage en dotation globale permet de régler la question de l'incertitude liée à la demande. En effet, le contrôle de l'activité se réalisant à posteriori et non plus a priori, le gestionnaire reçoit à l'heure actuelle l'ensemble de la dotation prévue au CPOM quelle que soit l'activité réalisée sur l'année N. L'atteinte des objectifs fixés conditionne cependant le maintien des dotations sur les années suivantes. Mais face à une demande supérieure à l'offre, les opérateurs ont peu d'inquiétude sur la question. *« Les organismes gestionnaires envisageant de signer un CPOM expriment des attentes importantes vis-à-vis de ce type de contrat, principalement en termes de visibilité en matière stratégique et financière. Ainsi, la définition des stratégies à moyen terme conjointement avec les autorités de tarification et le fait de donner une visibilité plus long-terme sur le niveau ou l'évolution des dotations et financements complémentaires sont des préoccupations identifiées »*¹⁶⁵

B. La mise en concurrence du secteur

La concurrence peut se définir comme étant *« le processus par lequel les entreprises rivalisent entre elles sur le marché pour satisfaire au mieux les attentes des clients, entreprises comme consommateurs. »*¹⁶⁶

¹⁶³ CGT action sociale, Projet SERAFIN-PH, tract

¹⁶⁴ PLANE JM, 2003, « Théorie des organisations », 2ème éditions, Paris, Dunod, 126 p

¹⁶⁵ KPMG, « Les CPOM à l'épreuve de la réalité », septembre 2017

¹⁶⁶ Autorité de la concurrence, 2014, « 50 mots pour comprendre la concurrence »

Comme le souligne Henry NOGUES, économiste professeur émérite de l'Université de Nantes, « *l'arrivée de la concurrence dans le champ de l'action sociale et médico-sociale est largement un processus endogène. Renforcé par les tendances lourdes à la marchandisation, il peut être source de progrès ou de régression* »¹⁶⁷ C'est pourquoi, l'analyse par les cinq forces développées par Michael E. Porter¹⁶⁸, permet une analyse de la concurrence à l'œuvre dans le secteur.

La première force est la menace liée à l'intensité de la rivalité concurrentielle : avec le secteur commercial, le secteur public mais également au sein même du secteur non lucratif. Force est de constater que « *la concurrence s'effectue à divers niveaux* :

- *entre les associations elles-mêmes : pour capter les financements publics, les donateurs, les bénévoles,*
- *avec les autres entreprises de l'économie sociale : mutuelles et parfois coopératives, fondations et fonds de dotation qui ont récemment bénéficié de lois favorables,*
- *avec les entreprises du secteur lucratif dans le cadre de la commande publique.* »¹⁶⁹

La deuxième force est la menace de l'entrée de nouveaux concurrents cependant comme « *les associations sont essentiellement gérées par les parents et structurées aux échelons nationaux et départementaux. Cette composante permet de verrouiller le secteur et constitue une barrière d'entrée pour une éventuelle introduction d'un secteur commercial peu présent.* »¹⁷⁰ De plus, la raréfaction des ouvertures de nouveaux établissements rend l'entrée de nouveaux concurrents plus incertaine. Cependant, le phénomène de concentration actuelle (cf infra) peut être une opportunité à des grands groupes lucratifs présents dans le secteur sanitaire (clinique) ou des personnes âgées de s'implanter dans un territoire et dans le secteur du handicap pour ainsi diversifier leur offre.

La troisième force est la menace liée au pouvoir de négociation des clients. En effet, les prix étant administrés, les « clients » des ESMS n'ont pas de latitude de négociation car ils ne sont pas le financeur direct du service. L'autre « client » est l'Etat. Or la marge de négociation avec lui est réduite. Car « *par une série d'arbitrages, l'Etat [...] intervient sur le secteur médico-social pour modifier les seules forces du marché et apporter les garanties suffisantes au maintien d'une couverture équilibrée de l'offre. Il intervient également pour limiter les effets des phénomènes de concentration des producteurs et garantir la qualité des prestations. Pour ce faire, il agit sur différents leviers que sont : l'autorisation, la planification territoriale et les*

¹⁶⁷ NOGUES H, économiste, professeur émérite de l'Université de Nantes et membre du Conseil de prospective de l'UNIOPSS « Agir et penser l'action sociale et médico-sociale dans un contexte concurrentiel », Commission "vie associative" de l'UNIOPSS, le 6 mai 2011

¹⁶⁸ KOTLER P, KELLER K L, DUBOIS B, MANCEAU D, 2006 « marketing management », 12^{ème} édition, Pearson, 886 p.

¹⁶⁹ Intervention dans le cadre d'une rencontre-débat au salon Santé Social Expo du 17 septembre 2009 « Enjeux et modalités de la concentration dans le secteur sanitaire et social »

¹⁷⁰ D'OLIVEIRA L, 2013, « Face à la réglementation européenne et au défi de la dépendance, quel avenir pour le secteur non lucratif ? » Mémoire, Master Economie et gestion des organisations médico-sociales, Paris Dauphine

tarifs plafonds. »¹⁷¹ Les deux dernières forces que sont la menace liée aux produits ou services de remplacement et la menace liée au pouvoir de négociation des fournisseurs ne sont pas pertinentes dans l'analyse actuelle.

Il faut rajouter à cette analyse les facteurs externes qui affectent lourdement l'économie qui contribue au développement de la concurrence et de la marchandisation des secteurs sociaux et médico-sociaux :

- « *La mondialisation dont la directive européenne portant sur les services sociaux d'intérêt général (SSIG) n'est que l'une des manifestations concrètes.*
- *L'influence des idées libérales que Margaret TATCHER a promues sans complexe et sans nuance avec le fameux slogan « TINA » (There is no alternative !).*
- *Le désir de liberté des personnes, largement partagé, dans une société où les affiliations s'affaiblissent.* »¹⁷²

La notion de marchandisation du secteur renvoie « à la fois à la privatisation des services publics, à la libéralisation de certains secteurs et la mise en concurrence d'entreprises publiques avec des entreprises privées, ou encore, à la mise en place d'une nouvelle gestion des services publics soumise à l'impératif d'efficacité gestionnaire »¹⁷³.

Clairement, les orientations actuelles sont portées par une tendance libérale forte qui conduit à l'extension de la sphère marchande. Comme le dit Henry NOGUES, « *Ce processus prend des formes variées (Bode, 2005) : paiement des services par les personnes, substitution de l'assurance privée aux assurances sociales, allocation directe au consommateur, [...] généralisation d'une mentalité de consommateur, mise en concurrence des prestataires, entrée d'entreprises lucratives sur les marchés du « social », etc. L'apogée de cette évolution de la marchandisation est atteint quand elle contamine les administrations, elles-mêmes, avec le « New Management Public », faisant ainsi reculer sensiblement l'espace du droit au profit de celui du marché.* »¹⁷⁴

Dans un secteur devenu concurrentiel, les opérateurs cherchent à réduire leur coût tout en maintenant la qualité : adoption des combinaisons productives conduisant à un meilleur rapport qualité/prix. Par l'introduction d'outils venus du contrôle de gestion, les opérateurs cherchent à identifier toutes les sources d'économie. Cela est source d'un avantage concurrentiel évident. C'est que M. PORTER appelle la stratégie de domination par les coûts¹⁷⁵. D'autant que l'enjeu est la capacité de réponse aux appels à projet dans le cadre de prise de décision de développement de l'organisation et donc d'être retenu par les autorités. Ce dispositif introduit par la loi HPST (cf. Supra) est une véritable mise en concurrence des

¹⁷¹ D'OLIVEIRA L, op. cit.

¹⁷² NOGUES H, op. cit.

¹⁷³ VATAN S, « Faut-il rompre avec les quasi-marchés pour penser la marchandisation ? », *Économie et institutions* [En ligne], 24 | 2016, mis en ligne le 30 juin 2016, URL : <http://ei.revues.org/5703>

¹⁷⁴ VATAN S, op. cit.

¹⁷⁵ JOHNSON G, WHITTINGTON R, SCHOLLES K, ANGWIN D et REGNER P, 2014 « Stratégique », 10^{ème} édition, Montreuil, Pearson France, 672 p

promoteurs afin d'analyser les mérites respectifs de chacun des projets en terme de coût et de qualité. Cette stratégie doit permettre, dans la logique de l'appel d'offre voulue par l'Union Européenne, de promouvoir une plus grande concurrence dans le secteur. Or, ce jeu concurrentiel conduit une standardisation des formes d'intervention par le truchement des cahiers des charges. Comme le dénonce Roland JANVIER, l'écriture de ces derniers suppose une définition en amont des situations à traiter et des modes d'action. Cela conduit à des réponses uniformes d'interventions classées par publics, par problématiques, par types de réponse, etc.¹⁷⁶ Mais pour certains la recherche du moins disant est préjudiciable. « *les pouvoirs publics tenteraient d'aligner les prix vers le bas en jouant sur la menace de la concurrence et la comparaison avec les mieux offrants. Cette critique, qui est plutôt le fait des petits opérateurs prend deux formes principales. La première dénonce une forme de concurrence déloyale de la part des plus gros opérateurs. Il serait plus aisé pour ces derniers d'obtenir des coûts de prestation plus faible du fait d'une part des économies d'échelle et d'autre part de situations accueillies plus standard* »¹⁷⁷.

Toutefois, force est de constater que ce dispositif a introduit plusieurs biais : un très fort lobbying de certaines structures qui laisse supposer une forte orientation des appels à projets et une rigidité dans le dispositif ne permettant pas aux opérateurs de terrain, particulièrement les petites OG, de faire valoir leur initiative. Aussi des mesures d'assouplissement ont donc été introduites : l'extension dite « non importante »¹⁷⁸ et plus récemment les appels à candidature et les appels à manifestation d'intérêts (AMI) qui ne répondent à aucune disposition réglementaire mais permettent de faire remonter les imitatives du terrain. Face à cela, comme le souligne Jacques GENEREUX¹⁷⁹, l'Etat a un devoir d'efficacité, et donc de résultats liés à sa mission de service public, alors que le secteur concurrentiel a une volonté d'efficience : c'est à dire « *l'économie maximum des moyens pour un résultat donné* » afin de maximiser le profit.

Il convient pour le secteur médico-social non lucratif de s'y intéresser.

§ 2 : *Un secteur en pleine mutation*

L'application du libéralisme au secteur des solidarités conduit les acteurs à se positionner que ce soit en se rapprochant afin de pouvoir survivre (A) ou bien en militant pour la reconnaissance par les pouvoirs publics qu'il s'agit d'un secteur économique particulier (B).

¹⁷⁶ http://www.rolandjanvier.org/economie-sociale-et-solidaire/771-concurrence-pratique-incongrue-action-sociale-entre-centres-de-formation-05-07-2016/#_ftn6

¹⁷⁷ CLAVERANNE JP, ROBELET M, PIOVESAN D, CRÉT B, op. cit.

¹⁷⁸ Celles qui sont inférieures au seuil de 30% ou 15 lits/places de la capacité initialement autorisée

¹⁷⁹ GENEREUX J., *réhabiliter et démocratiser l'Etat*, rev. IASS LA REVUE, n° 43, juin 2004

A. Des regroupements d'associations

La logique de marché oblige les opérateurs à réfléchir à leur stratégie. La recherche continuelle du moindre coût pour obtenir un avantage concurrentiel peut s'avérer dangereuse à long terme. Aussi les opérateurs peuvent s'engager soit dans une stratégie de croissance externe (a) soit dans une stratégie de coopération (b).

a) Des OG qui grossissent : recherche de la taille critique

Le mouvement de croissance externe ou ce que certains appellent le « changement d'échelle »¹⁸⁰ pour les organisations s'accroît dans le secteur. Ce choix stratégique est généralement de l'initiative des acteurs eux-mêmes comme le rappelle Virginie MAGNANT, cheffe du Service des politiques d'appui, Adjointe à la DGCS : « *tous ces mouvements de rapprochement relèvent de la responsabilité des associations elles-mêmes. L'Etat en est ainsi le spectateur même s'il peut parfois en être le moteur ou un aiguilleur, ce qui peut être ressenti de manière plus ou moins positive dans la mesure où il est un financeur important* »¹⁸¹. La logique de rapprochement est multifactorielle, selon trois grandes thématiques comme suggère France active¹⁸² :

- la gouvernance : des problèmes de gouvernance, de compétences manquantes, de logique de carrière à offrir,
- le modèle économique : diversification des activités, taille critique, assise financière,
- l'environnement : faire face à la concurrence, visibilité, poids de négociation.

La question est de savoir si ce phénomène est général ou n'est que marginal ? Selon l'enquête emploi diligentée par UNIFAF¹⁸³, le nombre d'associations a diminué de 10% par rapport à 2012. On a donc à faire à une tendance lourde du secteur. Deux autres chiffres confirment cela : 69% seulement des organisations affirment avoir atteint leur taille critique. (Chiffre en baisse de 13 points par rapport à 2012) et 19% des associations ont des projets de regroupement¹⁸⁴. Les premiers impactés sont les OG mono-établissement : leur baisse est le reflet du mouvement de regroupement observé depuis 2012¹⁸⁵. Ce mouvement de concentration interroge : sur l'aspect d'écosystème du secteur et sur les règles liées aux opérations de concentration.

¹⁸⁰ CALVETTI L, 2017, dossier « Accompagner le changement d'échelle » Jurisassociations n° 570, Dalloz

¹⁸¹ « Coopération, rapprochement et fusions entre associations : quels enjeux et quelles pratiques ? », conférence débat organisée le 9 décembre 2013 au Palais du Luxembourg, IDAF

¹⁸² FRANCE ACTIVE, « guide Association & Fusion : mariage d'amour ou de raison ? », Janvier 2013

¹⁸³ UNIFAF est un organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat (OPCA) pour collecter et gérer les fonds de la formation professionnelle continue des entreprises de la Branche professionnelle sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif.

¹⁸⁴ OBSERVATOIRE UNIFAF, 2017, « Enquête Emploi, un regard en commun pour un avenir en commun »

¹⁸⁵ OBSERVATOIRE UNIFAF, op. cit.

En effet, on peut regarder le secteur médico-social comme un écosystème avec des organisations de différentes tailles, ce que Jean Louis LAVILLE appelle la socio-diversité¹⁸⁶ : « *Cela signifie que les territoires ont besoin d'associations diverses, plurielles, variées pour assurer un maillage social suffisamment riche dans l'intérêt des habitants. Cette hétérogénéité des associations concerne tout autant leur forme, leur taille, que leurs objets de travail, leurs orientations ou références, leurs projets, leurs membres...* ».¹⁸⁷ Les grandes structures permettent d'avoir un poids économique (chiffre d'affaire, masse salariale) suffisant pour que leur parole soit entendue par les politiques mais ont une rigidité organisationnelle qui ne leur permet pas une adaptation rapide (lourdeur des procédures et structure managériale importante). Les petites organisations ont une réactivité, une souplesse plus forte et d'une grande innovation (plus facilement mise en œuvre) mais souffrent d'une visibilité insuffisante, et parfois de faiblesse budgétaire liée aux revalorisations insuffisantes. La disparition de plus en plus importante de ces petites structures interroge. D'autant que « *les petites structures historiquement en difficultés financières le seront plus encore*, concède Julien MOREAU directeur du secteur social et médico-social à la FEHAP. *C'est peut-être le bon moment de s'interroger sur leur pérennité et de se rapprocher d'autres gestionnaires. Nous incitons nos adhérents à se pencher sur leur projet stratégique et à réfléchir à des mutualisations possibles* ».¹⁸⁸

Avec la suppression de l'opposabilité ce mouvement de concentration devrait être favorisé et s'accélérer. Quant aux règles liées aux opérations de concentration, elles vont être de plus en plus présentes pour les dirigeants. La réglementation a prévu des seuils pour savoir si l'opération de concentration doit être soumise à l'autorité de la concurrence : « *le chiffre d'affaires total hors taxes réalisé en France par deux au moins des entreprises ou groupes de personnes physiques ou morales concernés est supérieur à 50 millions d'euros* ».¹⁸⁹ Ainsi, les opérations de concentration ne sont pas sans conséquence sur le plan légal et organisationnel (cf. infra). A l'instar de Henry NOGUES, on peut s'interroger : « *les stratégies associatives seront-elles marquées par des comportements en solo ou par du jeu collectif et coopératif ?* »¹⁹⁰

b) La coopération comme vertu ?

La coopération est, au regard de ce que nous apprend la théorie des jeux et le fameux dilemme du prisonnier, toujours plus profitable pour l'ensemble des parties prenantes. En effet, l'histoire énoncée en 1950 par Albert W. TUCKER est la suivante : deux complices

¹⁸⁶ LAVILLE J-L. et SALMON A., 2015 « Associations et action publique », Desclée De Brower, 628p

¹⁸⁷ http://www.rolandjanvier.org/economie-sociale-et-solidaire/771-concurrence-pratique-incongrue-action-sociale-entre-centres-de-formation-05-07-2016/#_ftn6

¹⁸⁸ <http://www.directions.fr/Piloter/organisation-reglementation-secteur/2018/1/La-fin-des-garanties--2050745W/>

¹⁸⁹ Article L. 430-2 du Code de commerce

¹⁹⁰ NOGUES H, op. cit.

coupables d'un délit sont arrêtés sur les lieux du forfait et interrogés séparément par la police sans possibilité de communiquer l'un avec l'autre. Si l'un des deux dénonce l'autre alors que l'autre se tait, le premier est libre alors que le second sera condamné à cinq ans de prison. Or si les deux se dénoncent, ils seront tous les deux condamnés à trois ans d'emprisonnement mais si les deux se taisent, ils seront condamnés l'un et l'autre à un an. Le dilemme se résume à évaluer pour chacun des prisonniers la loyauté mutuelle afin de tirer profit de la situation. De cette théorie est sortie l'expression « gagnant-gagnant ». Si on la transposait au secteur médico-social qui évolue dans un environnement contraint et où les finances se raréfient, chacun aurait alors tendance à vouloir jouer seul. Dans le cadre d'un appel à projet où le moins disant financier est une grande tentation pour l'emporter quand bien même cela n'est pas tenable à long terme. C'est pourquoi, les institutions, en s'engageant dans des coopérations, montrent leur volonté de dépasser les simples relations de travail, de tenir compte des particularités de chacun, et de construire dans le temps, de manière pérenne. En engageant un travail de coopération, on touche à l'identité, à la culture, au mode de management. La nécessité de structurer cette action s'impose car l'ouverture aux autres institutions provoque des modifications à tous les niveaux dont il faut tenir compte. En effet, *« quelles que soient les raisons de la décision de changer, le changement consiste en une transformation des relations aux autres. Il se traduit par la création de nouvelles règles, et n'a lieu que par le sens donné à ces nouvelles relations »*¹⁹¹

Mais coopérer pour quoi faire et avec qui ? La coopération doit s'envisager dans l'intérêt de l'usager par la mise en place de parcours coordonnés (cf. supra). Cela doit se faire de manière transversale : sanitaire, sociale et médico-sociale. Cependant, les différents secteurs *« ont développé des catégories d'intervention, des logiques professionnelles et des législations complètement différentes, ce qui rend difficile la coordination des interventions auprès d'une même personne, de même que la mise en œuvre de politiques publiques transversales aux différents secteurs »*¹⁹² comme le soulignent Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAULT. Les avancées législatives récentes tentent d'y remédier. Il demeure que *« dans le cadre des rapprochements et coopérations, la taille critique ne se décide pas du haut mais sur le terrain à travers les besoins détectés. Tout l'enjeu des rapprochements est de travailler ensemble et de fluidifier les relations au sein de la structure. Il faut vaincre la logique de travail en silo. Dans ces logiques de collaborations, le rôle des institutions est de donner les outils qui permettent de travailler ensemble, d'aider et d'être en appui. Les outils de collaboration ne*

¹⁹¹ BERNOUX P., 2004, « Sociologie du Changement dans les entreprises et les organisations », Paris, Editions du Seuil, 382 p

¹⁹² BLOCH MA, HENAULT L, 2014, « coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » Paris, DUNOD, 315 p

*sont pas centraux, ce qui compte c'est avant tout un état d'esprit et un mode de pensée dans la poursuite d'un intérêt commun. »*¹⁹³

B. La reconnaissance de l'économie sociale et solidaire

La volonté de certains acteurs de rendre visible le secteur des solidarités a abouti à la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, dite loi ESS mais aussi à la création de l'UDES¹⁹⁴. Celle-ci est née par l'adhésion du SYNEAS (Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale) à USGERES¹⁹⁵, l'objectif étant de constituer un secteur multi professionnel afin de pouvoir « *représenter les employeurs de l'économie sociale et solidaire, auprès des pouvoirs publics des élus et des partenaires sociaux afin de promouvoir leurs propositions et valoriser les particularités des modes d'entrepreneuriat propres à l'économie sociale et solidaire* ». ¹⁹⁶ La loi ESS quant à elle, est venue donner à cet objectif le cadre juridique qui lui manquait. Elle définit pour la première fois le périmètre de l'économie sociale et solidaire. Elle regroupe à la fois les acteurs historiques de l'économie sociale : associations, mutuelles, coopératives et fondations, mais aussi « *les nouvelles formes d'entrepreneuriat social telles que les sociétés commerciales qui poursuivent un objectif d'utilité sociale et qui font le choix de s'appliquer à elles-mêmes les principes de l'économie sociale et solidaire* ». ¹⁹⁷ La volonté politique affichée dans ces objectifs est de reconnaître à l'ESS son utilité économique et sociale. Le poids économique (10% du PIB) de ce secteur et tous les enjeux en termes de création d'emploi, de non délocalisation et d'intérêt social est pris en considération.

Ainsi, plusieurs dispositions sont mises en œuvre à travers ce texte. La première disposition importante est l'agrément « entreprise solidaire d'utilité sociale » (ESUS). Il a pour « *objectif d'ancrer l'économie sociale et solidaire (ESS) comme modèle économique vertueux par la reconnaissance d'acteurs historiques [...] mais aussi d'appréhender les nouvelles formes d'entrepreneuriat social* ». ¹⁹⁸ La mise en œuvre de cet agrément est d'une incidence importante : elle permet l'accès à des aides financements spécifiques et des réductions fiscales. Ainsi une forme de « *lucrativité* » qui se veut méritoire va pouvoir intégrer pleinement le secteur médico-social. Une disposition importante concerne les subventions. La loi stipule qu'elles sont des « *contributions de toute nature (...) destinées à la réalisation d'une action ou*

¹⁹³ TREGOAT JJ, « Coopération, rapprochement et fusions entre associations : quels enjeux et quelles pratiques ? » Conférence-débat organisée le 9 décembre 2013 au Palais du Luxembourg

¹⁹⁴ L'union des employeurs de l'économie sociale et solidaire, regroupe 23 groupements et syndicats d'employeurs (associations, mutuelles, coopératives) et 16 branches et secteurs professionnels. L'UDES est la seule organisation multiprofessionnelle de l'ESS avec plus de 80% des employeurs fédérés de l'ESS, source : <http://www.udes.fr/qui-sommes-nous>

¹⁹⁵ Union de Syndicats et Groupements d'Employeurs Représentatifs dans l'Économie Sociale

¹⁹⁶ <http://www.udes.fr/qui-sommes-nous/lunion-employeurs-de-leconomie-sociale-et-solidaire>

¹⁹⁷ DELGA C, 01/08/2014, Communiqué de presse « Promulgation de la loi sur l'Économie sociale et solidaire : pour une croissance économique créatrice d'emplois non délocalisables »

¹⁹⁸ GRANET R, « l'agrément « entreprise solidaire d'utilité sociale », ASH, n°3060, 11 mai 2018

d'un projet d'investissement, à la contribution au développement d'activités ou au financement global de l'activité de l'organisme de droit privé bénéficiaire. » Justifiées par un « intérêt général », la loi précise qu'elles financent des projets « initiés, définis et mis en œuvre par les organismes de droit privé bénéficiaires »¹⁹⁹. Cette définition permet, dans le cadre de la généralisation des appels d'offres, d'inscrire les subventions dans le respect des textes européens sur les aides d'Etat.

De plus, une disposition importante a été prise pour la pérennisation du dispositif d'accompagnement associatif (DLA). Définie dans la loi à l'article 61, le DLA a « *pour mission d'accompagner les structures de l'économie sociale et solidaire [...] qui sont créatrices d'emploi et engagées dans une démarche de consolidation ou de développement de leur activité* ». ²⁰⁰ L'objectif est de faire bénéficier d'accompagnements dans leurs démarches de création, de consolidation et de développement de l'emploi les petites et moyennes structures de l'ESS.

Enfin, cette loi a introduit des mesures de simplification administrative et des mesures pour faciliter le financement des associations mais aussi sur les regroupements entre associations. La loi clarifie le cadre juridique applicable aux opérations de fusions, scissions, apports partiels d'actifs entre associations en modifiant la loi du 1^{er} juillet 1901²⁰¹. L'objectif est d'avoir ainsi une égalité de traitement avec les personnes morales soumises également à l'impôt sur les sociétés de droit commun. Dans le contexte où de très nombreuses associations se regroupent, cette sécurisation du régime fiscal des regroupements était indispensable.

Section 2 : Mais une concurrence faussée

Cependant la mise en place de l'économie de marché introduit des distorsions de concurrence importantes pour le secteur du handicap. La concurrence n'a pas que des effets vertueux et fait peser un risque pour les acteurs (§1). De plus, les aspects fiscaux accentuent cette situation (§2).

§ 1 : Les effets pervers de la mise en concurrence

Une concurrence faussée a des effets sur les Associations du secteur (A) et sur la mesure des impacts réglementaires de cette mise en concurrence (B).

A. Les impacts sur les organisations du secteur handicap

Lors de la mise en place des premiers CPOM, l'Etat afin d'inciter les organisations à investir ce champ contractuel a débloqué des moyens incitatifs importants. Ainsi, certaines Associations ont pu négocier des apports budgétaires importants. Or avec l'obligation de

¹⁹⁹ Article 59 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire

²⁰⁰ Article 61, op. cit.

²⁰¹ Article 71 et 72, op. cit.

signature, on constate que les nouveaux CPOM sont signés à enveloppe constante. Cela est lié à deux aspects : le premier est l'enveloppe régionale limitative qui ne permet pas à l'ARS de disposer de moyens supplémentaires pour abonder en faveur des Associations. Le deuxième est lié à cette industrialisation des CPOM (cf. supra). Cela conduit indubitablement à une distorsion entre les types d'organisation. En effet, l'absence de rebasage, pourtant vitale pour les associations, ne met pas les associations à égalité. Cela va s'accroître avec la fin de l'opposabilité des conventions collectives introduites par la loi LFSS 2018. Dans son rapport d'orientation budgétaire 2018, l'ARS BRETAGNE, consciente de la nécessité de pouvoir disposer d'un levier financier s'est constitué des CNR pour les années 2018 et 2019. Mais les organisations signataires du CPOM en 2017 n'en ont pas bénéficié ce qui cause une nouvelle inégalité et un renforcement de la distorsion de concurrence. L'URIOPSS BRETAGNE dans sa rencontre avec l'autorité s'en est indignée sans qu'une réelle prise en compte soit formulée par cette dernière²⁰². Si le CPOM apporte une sécurisation du financement pour 5 ans et donc une réponse à l'incertitude économique, il n'en demeure pas moins l'existence d'une épée de Damoclès au-dessus des OG. En effet, l'ACT peut mettre fin de manière unilatérale au CPOM signé. De nombreuses Associations ont déjà eu à subir cela et particulièrement de la part de Conseils Départementaux.

De plus, l'ACT n'est pas tenue par le rebasage : c'est l'enveloppe limitative régionale qui prime (cf. infra). Cela fait peser un risque sur les organisations de voir leur projet de développement remis en cause et va nécessairement, là aussi, accroître la distorsion entre les petites organisations et les grandes. Celles qui auront la capacité de négocier seront à même de survivre. Un autre biais est lié aux appels à projet. Les délais de réponses extrêmement courts impliquent une organisation structurée pour y faire face. Les connaissances nécessaires à leur élaboration supposent des compétences précises tant sur le plan financier que technique. A cela s'ajoutent des exigences de plus en plus importantes de rentabilité, de retour sur investissement, d'efficacité de l'action engagée. Cela inscrit *« l'action dans le jeu de l'immédiat. La réponse ne dispose d'aucun délai et les exigences de performance qui pèsent sur elle ne souffrent pas de « perdre » du temps »*²⁰³. Ainsi, comme l'explique Carole SALERES, conseillère technique à l'UNIOPSS *« il existe un réel risque de voir des opérateurs lucratifs ou non lucratifs répondre de manière systématique aux appels d'offres, condamnant ainsi progressivement de petites structures. Le maillage associatif sur les territoires et les initiatives locales proches des populations seraient ainsi remis en cause. »*²⁰⁴

²⁰² ROB 2018, Note de l'URIOPSS BRETAGNE, mai 2018

²⁰³ <http://www.rolandjanvier.org/economie-sociale-et-solidaire/771-concurrence-pratique-incongrue-action-sociale-entre-centres-de-formation-05-07-2016/>

²⁰⁴ <http://www.decision-achats.fr/Decision-Achats/Article/Le-secteur-social-n-echappe-plus-a-la-concurrence-31893-1.htm>

Enfin cette concurrence conduit à une transformation du rôle des Associations. Elle passe d'une logique de partenaire à celle de prestataire de service. Les Associations oscillant entre acceptation (logique court-termiste de survie) et résistance à l'appel par exemple, de l'UNIOPSS : « *les associations ne sont pas des prestataires de services* »²⁰⁵. En effet, la facilité est de suivre les exigences continues de l'ACT, sans avoir le temps et les moyens d'y réfléchir. Mais cela se fait au détriment de l'innovation et de l'identification des besoins de la population. « *Cette possible perte de proximité et donc de réceptivité et de réactivité est un manque à gagner en terme d'information sociétale tant pour les pouvoirs publics que pour les associations et la population* »²⁰⁶.

B. Les effets juridiques de la mise en concurrence :

Avec le changement de logique budgétaire et la mise en place à la fois de la logique contractuelle et d'appel à projet vient une interrogation sur la question du prix. En effet, avec le versement d'une dotation en recettes, il y a fixation d'un « prix de prestation ». L'article L.420-5 du code de commerce stipule que « *sont prohibées les offres de prix ou pratiques de prix de vente aux consommateurs abusivement bas par rapport aux coûts de production, de transformation et de commercialisation, dès lors que ces offres ou pratiques ont pour objet ou peuvent avoir pour effet d'éliminer d'un marché ou d'empêcher d'accéder à un marché une entreprise ou l'un de ses produits.* »²⁰⁷.

Deux situations peuvent venir interroger en lien avec cette disposition. La première est lors d'un appel à projet. La tentation est forte pour être sélectionné de proposer un prix de prestation inférieur. En tant que pouvoir adjudicateur, l'ACT pourrait considérer l'offre trop basse et la rejeter²⁰⁸, mais la question de la proposition par l'Association demeure. Ne pourrait-on pas y voir une pratique anticoncurrentielle au sens du code de commerce ? Les autres répondants n'auraient-ils pas intérêt à formuler des recours ? La seconde concerne la logique contractuelle. En effet, l'Etat en signant un CPOM avec une association et en ne donnant pas les moyens pour la réalisation des objectifs assignés ne se met-il pas lui-même et l'Association hors-la loi ? En effet, le prix de vente de la prestation fournie aux « clients » peut devenir inférieur au prix de revient. La situation en l'absence de moyens alloués suffisants génère nécessairement un déficit. Un autre aspect du droit de la concurrence doit être considéré par les associations : la question de la prohibition des pratiques paracommerciales. Il s'agit d'activités commerciales effectuées par une association et qui ne supporteraient pas les charges correspondantes à cette activité selon la circulaire du 12 août 1987. En supportant les mêmes contraintes et en relevant des mêmes dispositifs législatifs et

²⁰⁵ Propos recueillis par RICARD M., « le jeu du mistigri », ASH, N°3055, 6 avril 2018

²⁰⁶ GIBERT T, 2012, « La concurrence des associations à vocation sanitaire, sociale et médico-sociale - Analyse des facteurs constitutifs et des conséquences sur les structures et projets. »

²⁰⁷ Article L. 420-5 du code de commerce

²⁰⁸ Article 55 du Code des Marchés Publics

réglementaires que les entreprises commerciales²⁰⁹, les associations ne sauraient être exclues des règles de concurrence. La concurrence déloyale est présumée notamment lorsque l'association exerce une activité commerciale qui n'est pas conforme à son objet statutaire²¹⁰ et n'est pas assujettie à l'ensemble des obligations des commerçants²¹¹. C'est le cas en particulier lorsque l'association concurrence directement des activités commerciales similaires et réalise un chiffre d'affaires avec ses tiers qui n'est pas marginal.²¹²

Enfin une des règles qui risque d'être de plus en plus présente est celle du regroupement des structures (Cf supra). L'exemple de la création du groupe SOS est significatif : son chiffre d'affaires est de plus de 700 millions d'euros en 2015 et il a l'ambition de grossir encore par la reprise d'établissements²¹³. Mais comment vont se positionner les pouvoirs publics face à ce mastodonte ? A cet égard l'article L.420-2 du code de commerce est clair: l'exploitation abusive par une organisation d'une position dominante sur le marché est prohibée²¹⁴. La constitution des grands groupes de cliniques nous éclaire : le 23 juin 2017 l'autorité de la concurrence autorise le rachat de MédiPôle-Partenaires par ELSAN sous conditions de vente de trois établissements dans des départements où il se retrouve en position dominante²¹⁵. Cela pose donc la question de la gouvernance de ces « grosses » structures. En effet, comme le souligne Jean Pierre HARDY²¹⁶, la constitution d'oligopoles dans le secteur du handicap interroge sur la nécessité de créer un statut particulier pour le OG ayant dépassé certains seuils (nombre de salariés, de places, chiffre d'affaires ...). Il considère inévitable l'adoption d'une loi de transparence financière pour ces dernières semblable à la loi belge du 2 mai 2002²¹⁷. Ecrite en 2006, cette idée n'est pas encore à l'ordre du jour mais mérite réflexion.

§ 2 : La fiscalité des organisations à but non lucratif : quel avenir pour le secteur du handicap ?

La mise en concurrence du secteur des personnes handicapées interroge la situation fiscale dont bénéficient les organisations à but non lucratif. En effet, il existe des différences notables entre le secteur lucratif et non lucratif, il convient donc de les examiner (A) pour en comprendre les différences et leurs impacts (B).

²⁰⁹ Voir notamment loi no 2005-845 du 26 juillet 2005 de sauvegarde des entreprises et loi no 2001-420 du 15 mai 2001 relative aux nouvelles régulations économiques.

²¹⁰ Article L. 442-7 du code de commerce

²¹¹ Circ. du 12 août 1987 relative à la lutte contre les pratiques paracommerciales.

²¹² DELPECH X, « C comme concurrence », *Jurisassociations*, N° 563, 15 juillet 2017

²¹³ VILAGINES Y « Jean-Marc BORELLO : Des outils pour fidéliser salariés, clients, actionnaires et marchés », *lesechos.fr*

²¹⁴ Article L. 420-2 du code de commerce

²¹⁵ APPOLIS B., « Coopérations inter-hospitalières et droit de la concurrence, petit panorama jurisprudentiel et décisionnel en droit français », colloque octobre 2017, AFDS

²¹⁶ HARDY J. P., *op. cit.*

²¹⁷ Loi sur les associations sans but lucratif, les associations internationales sans but lucratif et les fondations n° 2002010001 du 2 mai 2002 publié le 11 décembre 2002

A. Le régime fiscal des structures à but non lucratif

Les organisations à but non lucratif occupent une place importante dans notre économie et dans le secteur du handicap particulièrement. La plupart des organismes sans but lucratif a des obligations fiscales²¹⁸ limitées et échappe aux impôts commerciaux. La démarche d'analyse du caractère lucratif ou non lucratif des activités et la coexistence d'activités lucratives et non lucratives est un enjeu financier qui résulte du statut fiscal de l'organisme, et qui a des conséquences sur les réductions d'impôts. Depuis la publication de son instruction du 15 septembre 1998, l'administration fiscale affirme que les Associations ne sont pas, en principe, soumises aux impôts dus par les personnes exerçant une activité commerciale²¹⁹ sauf si elles exercent une activité lucrative²²⁰. Toutefois, leur régime fiscal n'est pas si simple. En effet, aucune mesure de portée générale n'exonère ces organismes en raison de leur seule forme juridique. Plus que le statut juridique, c'est la réalité économique qui va déterminer le régime fiscal applicable²²¹.

Dans leur ensemble les règles fiscales applicables ont été prises afin de garantir le respect du principe d'égalité devant les charges publiques et d'éviter que soit faussé le libre jeu de la concurrence. Pour déterminer si un organisme est qualifié fiscalement « à but non lucratif », et est donc exonéré d'impôts commerciaux, l'administration raisonne en trois temps²²². Premièrement, elle s'interroge sur le caractère désintéressé de sa gestion en l'absence duquel aucune exonération n'est accordée, c'est-à-dire que l'organisme doit, en principe, être géré et administré à titre bénévole, par des personnes n'ayant elles-mêmes, ou par personnes interposées, aucun intérêt direct ou indirect dans les résultats de l'exploitation.²²³ Deuxièmement, elle analyse les activités afin de s'assurer que l'organisme n'est pas en situation concurrentielle. Cette analyse résulte de la volonté de trouver un équilibre entre un principe de non-fiscalisation des activités non marchandes et le principe de la concurrence libre et non faussée par un dispositif fiscal inéquitable. L'analyse de la concurrence doit être effectuée concrètement et de manière fine²²⁴ et non pas à partir d'une appréciation générale²²⁵ et toujours avec cette idée d'utilité sociale qui prédomine et qui justifie les avantages fiscaux auxquels peut prétendre une association. L'analyse du caractère non concurrentiel de l'activité de l'association doit se faire activité par activité. Si une activité est concurrentielle alors, l'administration fiscale effectue dans la dernière étape, la comparaison

²¹⁸ Annexe 4 : les obligations fiscales

²¹⁹ BOFiP : BOI –IS-CHAMP-10-50-10-10 n°20

²²⁰ BOFiP : BOI –IS-CHAMP-10-50-10-10 n°10

²²¹ <http://revuefiduciaire.grouperf.com/guide/ASSOCIATIONS/2017/20101117135222285.html>

²²² Cf. Annexe 8 : schéma de présentation des modalités de détermination du caractère lucratif ou non

²²³ Article 261-7-1er d du Code Général des Impôts (CGI).

²²⁴ Instruction 4 H-5-06 du 18 décembre 2006

²²⁵ Instruction 4 H-5-98 du 15 septembre 1998

avec l'activité de l'entreprise du secteur lucratif grâce à ce qu'elle appelle la règle des « 4P »²²⁶ :

- le Produit : est d'utilité sociale l'activité qui tend à satisfaire un besoin qui n'est pas pris en compte par le marché ou qui l'est de façon peu satisfaisante ;
- le Public : l'activité est réalisée au profit de personnes justifiant l'octroi d'avantages particuliers au vue de leur situation économique et sociale ;
- le Prix : il doit être nettement inférieur pour des services de nature similaire ou modulé en fonction des personnes ;
- la Publicité : elle est interdite, ce qui, bien sûr, n'empêche pas les opérations de communication.

Ainsi, les associations peuvent exercer une activité commerciale qui ne les exempte pas des obligations fiscales. Dans le secteur du handicap sont ainsi particulièrement visés les établissements d'aide par le travail (ESAT). Néanmoins, les associations prétendant à une exonération des impôts commerciaux devaient être en mesure de démontrer notamment que leurs activités palliaient "*les insuffisances de l'économie de marché : soit en fournissant, dans des conditions nécessairement désintéressées, des services qui ne sont pas assurés par le marché faute d'être rentables, soit en pourvoyant aux besoins de ceux que le marché délaisse parce que leurs ressources trop modestes n'en font pas des clients intéressants*"²²⁷. De plus, les organismes exonérés d'impôt sur les sociétés sur leurs activités économiques peuvent être redevables de l'impôt sur les sociétés (IS) à un taux réduit sur les revenus de leur patrimoine qu'ils soient mobiliers ou immobiliers. Mais si l'activité lucrative devient prépondérante, l'IS au taux de droit commun portera sur l'ensemble des ressources de l'association, quelle que soit leur origine, y compris donc sur ses revenus patrimoniaux.

B. L'impact économique du statut fiscal : est-il toujours source d'un avantage ?

Le statut fiscal est-il réellement avantageux pour les organismes à but non lucratif ? Les organisations lucratives arrivant dans le secteur sont-elles avantagées ?

De prime abord on peut considérer un équilibre entre les deux statuts fiscaux, au nom du principe constitutionnel d'égalité devant l'impôt²²⁸. Mais, il convient de procéder à une analyse plus détaillée. Les activités lucratives sont soumises à l'IS au taux de droit commun sur leur résultat d'ensemble²²⁹, tandis que seuls les revenus patrimoniaux des activités non lucratives sont soumis à un IS à taux réduit. Les activités assujetties à l'IS peuvent bénéficier du crédit

²²⁶ Op. cit.

²²⁷ <https://www.associatheque.fr/fr/guides/fiscalite-association/avant-propos/fiscalite-association.html>

²²⁸ Le principe d'égalité devant l'impôt comporte deux branches : d'une part le principe d'égalité devant la loi fiscale (article 6 de la déclaration des droits de 1789), et d'autre part le principe d'égalité devant les charges publiques (article 13 de la même déclaration) in <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/nouveaux-cahiers-du-conseil/cahier-n-33/le-conseil-constitutionnel-et-le-principe-d-egalite-devant-l-impot.100369.html>

²²⁹ Avec application de taux réduit en fonction de tranches de bénéficiaires : 15 % s'applique sur la tranche inférieure à 38 120 € par exemple, source service-public.fr

d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) à un taux de 7% ramenée à 6% depuis le 1^{er} janvier 2018. Ensuite, les revenus des activités lucratives sont assujettis à la Taxe sur la valeur ajoutée (TVA). Cela leur permet de la récupérer sur les factures des fournisseurs et prestataires, par le jeu d'une déduction de TVA collectée. Cette même TVA sur les achats et charges externes constitue une charge complémentaire pour les activités non lucratives. Cependant l'application de la TVA pour certaines activités constituerait une augmentation significative du prix des prestations, facturées à des personnes physiques ou morales n'ayant pas nécessairement de capacité pour la récupérer. De plus, les activités lucratives sont assujetties à la Contribution économique territoriale (CET)²³⁰. Les activités non lucratives quant à elles, se voient assujetties à la taxe sur les salaires (TS). Cette taxe fait partie des impôts importants mis à charge des activités non lucratives d'autant que plus de 80% des charges dans le secteur médico-social sont des salaires. Sur cette taxe, il existe des abattements, franchises et des taux progressifs²³¹. De plus, les organisations non lucratives voient certains de leurs locaux assujettis à la taxe d'habitation. Concernant le crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS)²³² applicable depuis le 1^{er} janvier 2017 et qui sera supprimé au 1^{er} janvier 2019, permet un abattement de 4 % (selon une assiette de calcul et diminué du montant de l'abattement prévu à l'article 1679 A du CGI).

Sur ce point précis, comme le souligne Antoine DUBOUT, président de la FEHAP²³³, « *il a permis de reconnaître qu'il existait bien un différentiel de charges sociales et fiscales au détriment du secteur privé non lucratif (ce que certains n'iaient !), et il a permis de trouver une voie juridique et fiscale pour le compenser, validée par le Conseil constitutionnel* »²³⁴

Pour autant, on peut s'interroger sur les taux différents que présentent le CICE et le CITS. L'égalité devant l'impôt est-elle respectée ? Y a-t-il un risque de recours ? L'UDES dans son document sur la question exprime que « *ces risques existent mais sont minimes. Les parlementaires ont en effet refusé d'étendre le périmètre du CITS au-delà (à quelques exceptions près) des Organismes Sans But Lucratif (OSBL). Ainsi, le risque de requalification en aide d'État par l'Union Européenne devrait être évité, de même qu'un éventuel recours auprès du Conseil constitutionnel pour rupture d'égalité devant l'impôt* »²³⁵. Le gouvernement actuel, conscient de la différence de traitement et dans l'objectif de soutenir l'ensemble des secteurs économiques a fait le choix de supprimer le CITS et le CICE à compter du 1^{er} janvier 2019 au profit d'un allègement de charges sociales.

²³⁰ Elle est constituée de la CFE (contribution foncière des entreprises) et de la CVAE (contribution sur la valeur ajoutée des entreprises).

²³¹ <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F22576>

²³² Article 231 A du CGI

²³³ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs

²³⁴ <http://www.gazette-sante-social.fr/35453/le-credit-dimpot-sur-la-taxe-sur-les-salaires-est-un-remarquable-carburant-a-cpom-antoine-dubout-president-de-la-fehap>

²³⁵ UDES, décembre 2016, « Crédit d'impôt de la taxe sur les salaires (CITS) : mode d'emploi »

Pour compléter l'analyse, il faut ajouter la question des conventions collectives nationales (CCN). En effet, l'absence d'une convention collective unique, le secteur sanitaire social et médico-social se structure autour de 6 conventions collectives²³⁶. Ainsi, l'acteur qui intervient dans le champ médico-social, a le choix de la référence conventionnelle qui lui semble la plus opportune pour son activité. Les impacts salariaux des différentes dispositions conventionnelles ne sont pas neutres. Un même professionnel peut percevoir un salaire différent suivant la CCN appliqué : c'est le cas des orthophonistes ou des directeurs d'établissements par exemple.

De plus, certaines organisations ont fait le choix, dans un objectif d'optimisation d'une application de plusieurs conventions au sein d'une même entité juridique : convention de l'animation pour le siège, convention collective de 1951 pour les établissements pour personnes âgées et convention collective de 1966 pour le secteur du handicap par exemple²³⁷. Et la question de la fin de l'opposabilité des conventions collectives vient questionner ce point : « [...] dans un jeu de plus en plus concurrentiel entre employeurs à but lucratif et employeurs associatifs, l'absence de référence à des conventions collectives ouvre la porte à un dumping social que les marchands de prestations sociales – dont le but est de générer des bénéficiaires – n'hésitent pas à activer en sous-payant leurs salariés. L'absence de prise en compte des dispositions conventionnelles expose le secteur associatif à un discount du social qui menace la qualité du travail. De plus, le risque de voir baisser le niveau de compétence des professionnels comme variable d'ajustement budgétaire comporte en soi les éléments d'une dégradation des réponses apportées aux personnes les plus en difficultés dans la société. »²³⁸.

En définitive, la comparaison des charges sociales et fiscales entre lucratif et non lucratif, montre que pour le secteur de personnes handicapées, l'avantage du non lucratif n'est pas si évident. Dans le cadre d'une stratégie de groupe, un grand opérateur lucratif pourrait y voir un intérêt en se positionnant. La volonté des syndicats de salariés et patronaux de voir se constituer une convention collective unique, qui permettrait sur ce point que l'ensemble des acteurs joue à jeu égal, répond à cette préoccupation.

²³⁶ Cf. annexe 11 schéma de présentation du secteur

²³⁷ C'est le cas de l'association des PEP 56

²³⁸ <https://www.repolitiserlactionsociale.org/billet/la-fin-de-lopposabilite-des-conventions-collectives>

Chapitre 2 : Financiarisation de la relation avec l'autorité de contrôle

Les impacts macro-économique de la généralisation du CPOM ont aussi des répercussions sur les aspects micro-économique. En effet, la réorganisation du secteur et la généralisation du CPOM dans le champ du handicap poussent de plus en plus les gestionnaires à s'interroger sur leur organisation. La gestion devient un élément déterminant sur la survie des Associations (Section 1) : la maîtrise des flux financiers et de leur impact devient une nécessité. Mais en mettant la finance au premier plan, cela interroge. Le choix des mots comme organisme gestionnaire, performance, contrat, objectif, montre une dynamique de généralisation d'une logique issue du monde de l'entreprise. Autant, on ne peut être que d'accord avec une logique de bonne gestion des ESMS autant on peut s'interroger sur l'impact que cela produit d'introduire toujours plus de tableaux, de contrôles et de rendu compte. La conséquence est que les organisations recourent de plus en plus pour se sécuriser à des experts. Ce choix n'est pas sans conséquence (Section 2).

Section 1 : La gestion « au cœur du réacteur »

Se contenter d'un suivi budgétaire des dépenses n'est plus suffisant. Le directeur de l'établissement doit dans ses choix, non seulement prendre en compte les effets internes à son établissement mais aussi les impacts sur l'organisation auxquels il appartient. La signature d'un CPOM les rend solidaire les uns les autres dans leur gestion au sein de l'OG. Aussi, il est nécessaire de mettre en place une comptabilité analyse et financière (§1). Ce nouvel environnement contractuel questionne aussi le lien avec le monde judiciaire : prise en charge multiple et compétence du juge de la tarification (§2).

§ 1 : De la gestion à la financiarisation

Historiquement, le budget présenté par groupe fonctionnel était étudié, négocié et dépensé ligne à ligne. Le contrôle par l'ACT était dans le même esprit. La mise en place de l'EPRD change la logique et cela nécessite à la fois de bien les mettre en place (A) mais d'en mesurer aussi les conséquences (B).

A. La mise en œuvre de directives financières

L'EPRD a deux conséquences importantes : la nécessaire construction d'une analyse financière fine (a) et la question des investissements (b).

a) D'une analyse budgétaire à une analyse financière

Pendant de nombreuses années les gestionnaires ont considéré que, pour pouvoir avoir une reconduction de leur budget, il fallait dépenser chaque ligne attribuée : « *le budget donne 100€ pour l'achat de produits ménagers je dépense 100€ sinon l'année prochaine je n'aurai*

pas ces 100€ ». Avec la mise en place des premiers CPOM, et des assouplissements réglementaires permettant une fongibilité entre le groupe 1 et 3 et aussi interne à chaque groupe, les établissements ont peu à peu modifié leur approche. Pour autant, l'analyse des dépenses par l'ACT se faisait toujours au regard de ces éléments. La mise en place de l'EPRD et dans la suite des décrets du 21 décembre 2016, met fin aux sections tarifaires. La question n'est plus de savoir si l'établissement est autorisé à dépenser 100€ pour l'achat de matériel mais s'il en a les moyens ? Pour ce faire, il faut mettre en place une comptabilité analytique et financière. L'EPRD permettant une fongibilité entre établissement, pour pouvoir suivre comptablement les dépenses imputables à chaque activité, la mise en place de la comptabilité analytique devient une nécessité.

De plus, un des éléments d'analyse de gestion est le bilan comptable des ESMS²³⁹. Il est par sa structure, composé d'une part de l'actif immobilisé et de l'actif circulant et d'autre part, pour le passif, des fonds propres et des dettes. Le changement de logique budgétaire conduit à construire un nouveau document : le bilan financier. Il permet une meilleure interprétation du Fond de Roulement Net Global (FRNG), du Besoin en Fond de Roulement (BFR) et de la Trésorerie. La mise en place de dotation unique versée par l'ACT en 12^{ème} fait que les organisations n'ont plus un BFR mais un Excédent de Financement d'Exploitation (EFE). Cela signifie que les dettes sont supérieures aux créances. En clair, que l'argent nécessaire au cycle d'exploitation est déjà présent avant d'avoir à payer les dettes d'exploitation. Cela dégage donc une ressource. Ainsi au lieu de venir en diminution du FRNG cela l'augmente. Par conséquent, cela améliore la Trésorerie des Associations.

Enfin, le CPOM permet une vision sur 5 ans des ressources que le gestionnaire va percevoir. Il a une visibilité économique qui lui crée une sécurité financière par rapport à une entreprise commerciale. Le levier devient donc la maîtrise des dépenses et la recherche de mode de financement complémentaire : crowdfunding par exemple.

b) Capacité d'autofinancement, résultat et Plan global de financement, élément pour l'analyse des investissements

A travers le calcul de la CAF²⁴⁰ on mesure l'importance de l'affectation du résultat pour les gestionnaires. Jusqu'à présent cet indicateur n'était pas un élément significatif pour les gestionnaires. En effet, l'affectation des résultats se réalisant en N+2 par l'arbitrage de l'ACT, son calcul en était faussé et souvent vide de sens, la reprise du déficit ou de l'excédent étant discutée et négociée lors de la campagne budgétaire dans le cadre prévu par l'article R.314-51 du CASF. Avec le passage à l'EPRD, la CAF devient un élément central pour la réalisation des investissements dans le cadre pluriannuel du CPOM. Ainsi le choix des investissements, de la capacité des structures à dégager des résultats va devenir un enjeu important pour le

²³⁹ Annexe 8 de l'arrête du 22 octobre 2003 mis à jour par l'arrête du 17 juillet 2007

²⁴⁰ Cf. annexe 7 : différents ratios et indicateurs d'analyse financière

secteur. Il convient donc de savoir comment s'affectent les résultats avec le passage en CPOM.

Le principe retenu est la liberté d'affectation des résultats par le gestionnaire²⁴¹. Il s'apprécie non plus établissement par établissement mais au niveau de l'OG : le législateur a autorisé une dérogation en permettant une fongibilité des enveloppes entre secteur et financeur (cette dérogation est prévue à l'article R.314-235 du CASF et uniquement pour les gestionnaires privés). Cependant des nuances doivent être apportées. Le CPOM fixe les modalités d'affectation de celui-ci comme le stipule l'article L.313-12-2 : « [...] Ce contrat prévoit l'affectation des résultats d'exploitation des établissements et services par le gestionnaire dans des conditions précisées par décret en Conseil d'Etat. » et l'affectation des résultats se fait en application du cadre d'affectation prévu l'article R. 314-234 du CASF.

De plus, l'ACT peut au cours de l'exercice budgétaire modifier ou réformer la décision d'affectation du résultat et en particulier lorsque l'affectation du résultat n'est pas conforme aux objectifs du contrat²⁴². En synthèse, l'affectation du résultat est une liberté encadrée puisque contractualisée, liée aux objectifs et limitée aux règles ordinaires d'affectation.

Toutefois, à l'issue du CPOM, la question du résultat interroge. En effet, comme le souligne Mme GREFF dans l'exposé de son projet d'amendement : la « *CAF doit permettre de financer les investissements prévus au plan global de financement (PGF) sur les années à venir. [...]. La menace de la reprise des excédents ne peut entraîner que des comportements antiéconomiques incompatibles avec la démarche de l'EPRD en poussant à « consommer toutes les ressources» pour éviter cette reprise* »²⁴³. Par conséquent, la négociation de l'affectation des résultats lors de la signature du CPOM devient un enjeu pour les gestionnaires. Enjeu de pérennité et de survie pour les années à venir. Face à cela, la question de la taille évoquée précédemment refait surface autour de la problématique de la capacité et des moyens des petites structures à mettre en œuvre les outils nécessaires pour répondre à cette responsabilité.

B. Et qui sont lourds de conséquences

La première conséquence est la nécessaire maîtrise des coûts des structures. Alors que plus de 80% des dépenses concernent la masse salariale, on peut s'interroger sur les marges de manœuvre et les choix qui s'offrent aux dirigeants. En effet, l'évolution mécanique des salaires liées à l'ancienneté fait peser une charge qui va s'alourdir année après année. D'autant que ces éléments liés à des aspects conventionnels ne sont plus opposables aux financeurs²⁴⁴ mais restent par contre opposables aux employeurs. Ainsi le risque est de

²⁴¹ Article R. 314-43 du CASF

²⁴² Article R. 314-230 du CASF

²⁴³ Amendement N°893 (Rect) présenté par Mme Greff, PLFSS 2017

²⁴⁴ Article 70 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

vouloir, à l'image du monde de l'entreprise, pousser les seniors vers la sortie afin de diminuer cette charge mais aussi comme le souligne Yves MATHO, formateur et membre du collectif Repolitiser l'action sociale, de craindre que « *les employeurs en viennent à embaucher des personnels moins qualifiés pour respecter des enveloppes qui ne tiendront plus forcément compte de ces accords* »²⁴⁵. On peut aussi poser l'hypothèse pour les plus petites structures du recours aux licenciements économiques afin de survivre.

Cela pose la question de la cohérence des politiques publiques : entre maîtrise des dépenses publiques, recherche du plein emploi et qualité des prestations, libéralisation et accroissement des contrôles. N'y a-t-il pas une certaine contradiction ?

A cela s'ajoutent les futures évolutions liées à la formation, aux comptes de la prévention du secteur qui sont déficitaires (entre 20 et 25 millions en 2017) mais aussi les éventuelles évolutions conventionnelles (valeur du point, mutuelle, etc).

Les gestionnaires avec le CPOM doivent gagner une plus grande autonomie de gestion, mais qui se trouve limitée par le respect des dispositions conventionnelles sans garantie sur leur financement : « *Ne pas appliquer la convention collective ? Inenvisageable pour un employeur sous peine d'aller droit aux prud'hommes. En même temps, on lui demande de s'engager sur des objectifs alors qu'il n'a pas de visibilité sur les évolutions à mettre en œuvre (les négociations annuelles obligatoires –NAO– par exemple). Sa position est intenable* », alerte l'avocat Stéphane PICARD²⁴⁶. Dans un secteur où il n'existe pas pour l'instant, de convention collective unique les acteurs ne jouent pas avec les mêmes armes. On peut s'interroger sur cette distorsion de financement pour une même activité. Mais aussi entre les organisations sous CPOM et les autres. Sur ce dernier point le Conseil Constitutionnel a tranché en rejetant l'argument de rupture d'égalité entre les structures²⁴⁷. Face à ces contraintes de plus en plus fortes, les plus petits gestionnaires ou ceux en difficultés ne vont-ils pas droit au dépôt de bilan ? C'est une question importante. Car leur disparition, comme tout écosystème, en serait fragilisée comme évoquée précédemment. De plus, la grande liberté de gestion vantée par les pouvoirs publics mais aussi par certains acteurs cache pour d'autres une perte d'autonomie des associations dans la mise en œuvre des politiques publiques de solidarité. « *Le risque est que cela conduise les gestionnaires à appliquer les missions commandées par l'État et les collectivités locales*, détaille Yves MATHO. *Et qu'à terme, ils ne soient plus considérés que comme des prestataires de services* »²⁴⁸.

La deuxième conséquence est que des choix d'investissement soient reportés ou différés afin de pouvoir équilibrer le résultat final du CPOM. Les coûts de structure et leur maîtrise devient

²⁴⁵ <http://www.directions.fr/Piloter/organisation-reglementation-secteur/2018/1/La-fin-des-garanties--2050745W/>

²⁴⁶ Op. cit.

²⁴⁷ Décision n° 2017-756 du 21 décembre 2017

²⁴⁸ http://www.directions.fr/Piloter/organisation-reglementation-secteur/2018/1/La-fin-des-garanties--2050745W

l'autre enjeu. L'utilisation des comptes de liaison, éléments de souplesse, a une contrepartie : celle de devoir faire des arbitrages entre les différents établissements de l'Association, surtout en cas d'investissements lourds autofinancés. Il est à craindre que ce soit les plus petites structures, souvent les moins bien armées qui en subissent les conséquences.

Enfin la dernière conséquence est liée aux indicateurs d'activités à suivre par le gestionnaire. En effet, les ressources étant versées a priori, le contrôle se fait par l'ACT a posteriori sur un niveau d'activité négocié : taux d'occupation, ou de la file active. Si les objectifs ne devaient pas être atteints l'ACT peut réformer la dotation : possibilité « *d'abattements sur la ou les dotations globales ou forfaits globaux* » dans les cas où « *l'activité réalisée est inférieure aux objectifs définis dans le contrat* »²⁴⁹. Cela crée une pression accrue sur les Associations. D'autant que ces taux sont fixés de manière arbitraire et sans réelle concertation. Les enjeux pour les pouvoirs publics, on le comprend bien, sont l'optimisation des moyens et des places mais les spécificités liées au public, à la géographie de l'établissement (rurale ou urbain), à sa taille, sont-elles toujours bien prises en compte ? On peut en douter face à l'industrialisation des CPOM.

§ 2 : *Incidence judiciaire du CPOM*

Avec la contractualisation de la relation, le secteur des personnes handicapées entre dans une nouvelle ère. Les Associations voyant leur marge de négociation réduite pourront-elles encore ester en justice ? (A) Le recours de plus en plus important à la justice par les « usagers-client » contre l'Etat ou les Associations pose aussi question (B)

A. La justice, vrai élément bouclier du secteur vis-à-vis des autorités ?

Le processus de contractualisation vient poser des questions sur les garanties de tarification dont disposaient jusqu'alors les ESMS. Aussi, il convient de s'interroger sur les incidences juridiques sur le tarif par la contractualisation. Rappelons qu'en application de l'article L.313-6 du CASF, lorsqu'un ESMS a reçu la une autorisation ou son renouvellement, il a droit au versement d'une rétribution pour ce service par l'Etat. « *Le Conseil d'État a jeté les bases d'une qualification juridique des produits de la tarification comme rétribution, en reconnaissant que le droit à tarification constitue un droit à caractère civil pour l'organisme gestionnaire et qu'il est le corollaire de la réalisation de prestations rendues aux personnes accueillies* »²⁵⁰. Par ailleurs, même si par l'application de l'article L.313-11 qui prévoit que « *les tarifs ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L.314-7* », il n'en demeure pas moins que chaque année, un arrêté de tarification doit être produit par l'ACT en

²⁴⁹ Article 1 du Décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats

²⁵⁰ POINSOT O ; *et al.*, « Chapitre 2. Financement et tarification des établissements sociaux et médico-sociaux », in VIALLA F, 2012, « Jurisprudences du secteur social et médico-social », Dunod « Guides Santé Social », p. 151-218

application des articles R.314-43-1 du CASF et de l'article R.314-220 du CASF. Qui dit arrêter de tarification dit potentiellement contentieux devant le juge du tarif. Le CPOM étant le nouveau support administratif, il devient d'une certaine manière comme le souligne Olivier POINSOT la « *motivation de l'acte administratif de tarification. Une telle hypothèse ferait du juge de la tarification, par voie d'exception, le juge de l'interprétation du CPOM. L'avenir dira si le juge du tarif recevra cette interprétation, étant précisé que ce serait sans doute pour lui la seule opportunité de conserver une activité juridictionnelle réelle* »²⁵¹.

Cependant, l'ACT a la possibilité de revenir sur ces engagements contractuels par deux actions différentes et lourdes de conséquences.

La première, est qu'il peut résilier de manière unilatérale le contrat, en tout ou partie, notamment si les conditions de ses moyens budgétaires ne lui permettent plus de concilier les engagements contractuels avec le respect du caractère limitatif de son enveloppe régionale. Le juge des tarifications a confirmé en 2012 la non-opposabilité du tarif contractuel au financeur dans le cadre du CPOM²⁵². Dans cette jurisprudence, le juge s'appuyant sur la circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2015 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* »²⁵³ vis-à-vis de la mise en œuvre des CPOM. La circulaire préconise toutefois d'éviter une telle résiliation pour ne pas décrédibiliser la démarche de contractualisation et de préférer l'avenant, autrement dit la révision des moyens en cours (ce qui devrait impliquer une révision des objectifs, notamment si leur non-réalisation est « sanctionnée » par une clause du CPOM).

La deuxième possibilité, est la capacité de l'autorité de tarification de modifier unilatéralement le montant des financements en cours d'exercice. Cela est expressément prévue à l'article R. 314-47 du CASF aux termes duquel : « *l'autorité de tarification peut, en cours d'exercice budgétaire et par décision motivée, modifier d'office le montant approuvé des groupes fonctionnels ou des sections tarifaires [...]* »²⁵⁴. De plus, en vertu du fait que le CPOM peut être considéré comme un contrat de droit public²⁵⁵, la motivation doit s'appuyer sur un motif d'intérêt général. Aussi une modification unilatérale du CPOM, relève-t-elle des mêmes obligations qu'un contrat de droit public au sens strict, c'est-à-dire en cas de modification

²⁵¹ https://blogavocat.fr/space/olivier.poinsot/content/cpom---regime-juridique_ed91a972-1b05-46f2-a026-b3e446ee9883

²⁵² TITSS de Lyon, 12 mars 2012, n° 11-73-6, Association APEI de Chambéry contre ARS de Rhône-Alpes

²⁵³ POINSOT O, « CPOM: le tarif contractuel n'est pas opposable au financeur », Direction(s) n°98, juillet-août 2012, p.12

²⁵⁴ Article R. 314-7 du CASF

²⁵⁵ COCQUEBERTJ, « le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen est-il un contrat ? », RDSS n°1 janvier-février 2012, Dalloz

unilatérale l'obligation, par l'administration, de préservation de l'équilibre financier en indemnisant le co-contractant ?²⁵⁶ La question, en l'absence de jurisprudence, reste ouverte. De plus, on assiste à la fragmentation du contentieux tarifaire. En effet, les arrêtés d'attribution de moyen sur les fonds d'intervention régionale (FIR) relève du tribunal administratif. A priori il en est de même pour les avenants tarifaires au CPOM alors que les autres clauses du contrat relèvent du Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS)²⁵⁷. Que reste-il alors au juge du tarif ? Le processus de contractualisation doit produire un effet important au niveau juridique : « *faire disparaître progressivement les juridictions de la tarification sanitaire et sociale par un tarissement du contentieux* »²⁵⁸. En effet, de « *l'aveu même de la Direction générale de l'action sociale (DGAS), [Le CPOM a] été conçu pour faire disparaître purement et simplement la tarification réglementaire et, par voie de conséquence, les déficits publics creusés par l'exécution non budgétée des décisions de réformation des tarifs. Les instructions données aux services déconcentrés pour la négociation des CPOM font d'ailleurs de l'abandon des contentieux de la tarification en cours un préalable essentiel* »²⁵⁹. Enfin, quelle conséquence d'un contentieux pour l'ESMS dans sa relation avec l'ACT ? Cette question est d'importance car elle conditionne la volonté d'ester en justice de la part de l'organisme gestionnaire. En effet, les conflits devant le tribunal administratif sont à double tranchant : ils permettent de porter devant le juge une décision qui serait défavorable à l'OG. C'est le rôle même d'une autorité juridictionnelle indépendante. Pour autant, les relations avec l'ACT pourraient en être altérées. Elle aura certainement un avis orienté lors de l'attribution de moyen supplémentaire. De même, son contrôle en risque d'être plus précis et pointilleux. Aussi l'engagement dans un contentieux avec son ACT relève souvent d'une opération de survie. La mort étant toujours une issue, elle peut aussi être donnée par l'ACT.

B. Vers un contentieux avec les usagers-consommateurs ?

La notion de parcours est au cœur des préoccupations des autorités de tarifications. Le rapport PIVETEAU a pointé le risque juridique qui pèse sur l'Etat (cf supra). La contractualisation ne permet-elle pas de transférer ce risque de l'Etat aux gestionnaires ? En effet, en rendant obligatoire le CPOM pour l'ensemble des établissements pour personnes handicapées, et en transformant la notion de place en file active, il revient donc aux établissements de prendre en charge les personnes orientées par la CDAPH²⁶⁰, les dispositifs issus de la réponse accompagnée pour tous (les plans d'accompagnement globaux, PAG)

²⁵⁶ COCQUEBERTJ, « Conclure un CPOM aujourd'hui », Hors série n°18, Direction(s), juillet 2017

²⁵⁷ APOLLIS B, cours « Contentieux de la tarification », Master 2 Droit, Santé, Ethique, Rennes

²⁵⁸ https://blogavocat.fr/space/olivier.poinsot/content/cpom---regime-juridique_ed91a972-1b05-46f2-a026-b3e446ee9883

²⁵⁹ Op. cit.

²⁶⁰ Les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ont été créées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations pour les personnes handicapées.

devant venir donner une place à chaque personne. Il revient donc à l'établissement par son organisation et ces modalités de répondre le plus rapidement possible à ces orientations. Aussi, si le délai devenait trop lourd, au vu des objectifs assignés, le contentieux pourrait se déplacer de l'Etat au gestionnaire. Ainsi, si l'hypothèse se révélait fondée lors d'un prochain contentieux, le risque juridique en serait augmenté. Mais les personnes concernées voudront-elles porter la charge contre des institutions qui souvent sont gérées par des associations de parents ? Les divers contentieux en la matière avaient plutôt pour but de faire condamner l'Etat pour que soit prise en compte la réalité des situations afin qu'une réelle politique publique en la matière soit initiée.

De plus, le droit des usagers peut aussi être vu comme une « *judiciarisation des rapports entre les usagers et les professionnels du travail social* »²⁶¹. Jean-Marc LHUILLIER affirme dans son analyse que la question de « *reconnaître dans la loi des droits aux usagers, c'est reconnaître que les droits des usagers peuvent être divergents des intérêts des établissements, qu'il est même nécessaire de protéger les usagers contre le fonctionnement de certains établissements et services. Il est même possible d'affirmer que la naissance de ce droit ne peut s'expliquer que par l'échec des établissements sociaux à répondre aux besoins des usagers.* »²⁶² Ainsi, il est intéressant de comparer le droit des usagers à celui du droit des malades introduit par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi « KOUCHNER ». Pour Jean-François BAUDURET²⁶³, les deux droits comportent des points de similitude. Pour autant, de par leur application à des champs distincts, ils n'ouvrent pas les mêmes possibilités de recours : « *Le droit des malades ouvre à un droit de recours et dédommagement d'un éventuel préjudice, alors que le droit des usagers reste flou sur l'opposabilité des droits acquis en justice* »²⁶⁴.

Mais du fait de l'attribution par la loi nouvelle d'une compétence de contrôle à l'Administration de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), la personne accueillie doit être maintenant considérée comme un « consommateur » qui doit bénéficier des règles protectrices du droit de la consommation²⁶⁵. Aussi il y a une relation contractuelle de droit civil entre l'usager et l'ESMS. Dans ce cas comment déterminer le régime juridique du paiement du prix du contrat ? La solution que propose Olivier POINSOT

²⁶¹ LHUILLIER J.M., op. cit.

²⁶² Ibid.

²⁶³ BAUDURET JF, 2017, « De l'esprit des lois à la transformation des pratiques », 2^{ème} édition, DUNOD

²⁶⁴ JANVIER R, MATHO Y, 2011, « comprendre la participation des usagers », 4^e édition, DUNOD,

²⁶⁵ Cette reconnaissance expresse de la compétence de contrôle de la DGCCRF (article L. 313-21 CASF) n'est pas la seule justification de l'entrée du contrat de séjour dans le champ d'application du droit de la consommation. En effet, l'application des critères légaux et jurisprudentiels aboutit aussi à cette conclusion : Y. Picod et H. Davo, Droit de la consommation, Armand-Colin 2005, n° 31 à 38. Ainsi le consommateur est-il généralement défini comme « une personne physique ou morale qui se procure ou qui utilise un bien ou un service pour son usage non professionnel ». In Olivier Poinsot. « Le paravent des paradoxes : Quelques libres propos sur le recours au contrat dans l'action sociale et médico-sociale institutionnelle », Cahiers de l'Actif, mai-juin 2009

est la suivante : « elle consiste dans le fait de recourir à la subrogation légale (article 1251, 3° du Code civil): la sécurité sociale, l'Etat ou le Conseil général –selon les financements mobilisés – interviennent pour le compte de la personne accueillie, au titre de l'obligation au paiement à laquelle ils sont tiers subrogés par l'effet de dispositions légales spécifiques qui relèvent, selon les cas, du droit de la sécurité sociale ou du droit de l'aide sociale »²⁶⁶.

Section 2 : Une structuration des organisations autour d'expertises

La mise en place d'un CPOM pour un gestionnaire interroge nécessairement l'organisation. Même si un mouvement important de structuration est à l'œuvre depuis des années. Le CPOM est un facteur d'introduction d'une plus grande expertise (§1) et d'un changement culturel : la performance (§2).

§ 1 : Des experts aux commandes pour sécuriser la gestion

Le changement de logique d'un flux de dépense à celui de recette pousse les organisations à se doter d'une expertise interne à l'image du monde de l'entreprise (A) ce qui a des impacts sur les schémas organisationnels (B).

A. Une expertise nécessaire au nouveau paradigme :

Les différents éléments présentés conduisent les Associations à se professionnaliser. Ainsi s'accroît la transformation du paysage de l'Association militante à l'entreprise sociale. Avec la complexification de l'environnement, des experts professionnels sont alors nécessaires. La mise en place de l'EPRD contribue à l'accélération de ce changement. Les comptables voient leur rôle modifié : « C'est que l'EPRD redéfinit de fond en comble les documents budgétaires, le calendrier, les procédures d'élaboration et d'approbation, les modalités de suivi et de contrôle des réalisations. Alors, partout et plusieurs semaines à l'avance, les sessions font le plein... avec liste d'attente. »²⁶⁷. Les Associations se dotent d'experts sur les fonctions financières. Il faut à la fois maîtriser les flux de trésorerie, réaliser des optimisations afin de générer par le placement de la trésorerie des ressources, mais aussi suivre au plus près les évolutions réglementaires comme l'arrivée prochaine de SERAFIN-PH qui va affecter les éléments de calcul des dotations. La construction des plans pluriannuels d'investissement au niveau de l'Association, nécessite d'avoir une vision d'ensemble de l'organisation dans le temps (au moins sur 10 ans) et l'espace (sur l'ensemble des structures composant l'Association).

A cela se rajoute le besoin de maîtrise des coûts et de la recherche d'économie. Ainsi se développe le recours de plus en plus important aux outils issus du contrôle de gestion soit par

²⁶⁶ POINSOT O. « Le paravent des paradoxes : Quelques libres propos sur le recours au contrat dans l'action sociale et médico-sociale institutionnelle ». Cahiers de l'Actif, mai-juin 2009

²⁶⁷ <http://www.gazette-sante-social.fr/38304/eprd-et-cpom%E2%80%85imposent-une-mise-a-jour-des-competences-professionnelles>

un professionnel dédié soit par le responsable financier. Son intérêt est de pouvoir « *réduire l'incertitude en définissant les mécanismes permettant d'identifier, d'évaluer et de gérer les risques induits par les activités présentes et projetées de l'entreprise afin qu'ils soient intégrés dans les processus de définition; de concevoir des normes de contrôle, des règles et des procédures qui garantissent l'efficacité des actions décidées par la direction de l'entreprise pour atteindre les objectifs dans les conditions de risques acceptées; de mettre à disposition des organes de direction des instruments permettant de suivre les programmes d'action et de les ajuster en fonction de l'évolution du contexte; d'assurer un langage commun entre les diverses parties prenantes de l'entreprise: actionnaires, salariés et public* »²⁶⁸. Pour cela les organisations recrutent de plus en plus de personnes issues du monde de l'entreprise : ancien comptable voire expert-comptable ou autres spécialistes.

En tant qu'employeurs, les Associations sont soumises aux mêmes règles que l'ensemble des entreprises. La fonction ressource humaine (RH) devient stratégique. L'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la maîtrise de la masse salariale, la formation, les relations sociales, la gestion des risques psychosociaux (RPS) sont autant de sujet dont les employeurs doivent se saisir et les maîtriser. Ainsi, les ordonnances travail du 23 septembre 2017 modifient la hiérarchie des normes en rendant les accords d'entreprise prépondérants dans plusieurs domaines dont le temps de travail. Le dialogue social devient, pour le législateur, un élément important dans la structuration des relations entre employeurs et salariés. Même si le secteur n'est pas défaillant en la matière, ces dispositions s'imposent. Les Associations vont devoir réfléchir à ces éléments car avec des demandes croissantes de la part des ACT sans moyen supplémentaire, le temps de travail devient une variable que l'employeur peut utiliser. Mais à quel prix ? Au prix d'une usure professionnelle accrue, du développement des RPS, d'une détérioration du dialogue social ?

Dans la même idée, la réforme de la formation envisagée pour la fin de l'année 2018, va provoquer une révolution. En effet, elle prévoit entre autres choses, la suppression du financement des plans de formation dans les Associations de 50 à 299 salariés (cette suppression a déjà été effectuée pour les Associations de +300 salariés). Un des objectifs de la réforme est que le salarié devienne acteur de son avenir grâce à la formation et à l'utilisation de son compte personnel de formation (CPF). A cela s'ajoute une modification de la composition de l'obligation de cotisation. Aussi à moyens constants, et avec des obligations qui sont maintenues pour l'employeur, il devra développer des modalités de co-construction financière avec le salarié. Il faudra donc trouver un équilibre entre besoin de formation au service de l'institution et besoin personnel du salarié.

²⁶⁸ BERLAND N, 2014, «Que sais-je? Le contrôle de gestion», PUF, Paris

On peut rajouter les contentieux croissants sur les différents aspects du droit du travail et l'inflation législative importante (qui s'accompagne d'une complexification et malgré la volonté du législateur de simplification, le code de travail continue de grossir). L'ensemble de ces points amène les organisations à se doter d'experts en droit du travail et des ressources humaines et à ne plus déléguer la tâche uniquement au directeur de structure. La fonction ressource humaine devient stratégique et vitale.

L'introduction de ces experts n'est pas sans conséquence. Cela provoque une reconfiguration des organisations afin d'intégrer ces nouvelles compétences. Le rôle traditionnel des directeurs de structures se trouve modifié. D'une certaine manière, on assiste à ce que Jean René LOUBAT qualifie d'une forme d'« empowerment » du secteur²⁶⁹. C'est-à-dire à un management des compétences et à un repositionnement des directeurs d'établissement davantage dans des fonctions de gestionnaire et de lien avec l'externe et moins dans le management laissé à des chefs de service.

B. Une structure organisationnelle remodelée

L'introduction des nouveaux professionnels dans les Associations conduit à s'interroger sur leur organisation. On peut définir ce concept comme un « *ensemble de moyens structurés constituant une unité de coordination ayant des frontières identifiables, fonctionnant en continu en vue d'atteindre un ensemble d'objectifs partagés par les membres participants* »²⁷⁰. Ainsi, il ressort qu'il est nécessaire d'opérer une division du travail et de le coordonner. Cela se traduit par la mise en forme de règles et de procédures de fonctionnement, d'une rationalisation des moyens, d'une hiérarchie et de contrôles réguliers et formalisés. Aussi les Associations ont peu à peu adopté une organisation par pôle où les directeurs sont délestés des fonctions RH et financières. Celles-ci sont centralisées au niveau du siège et effectuées par ses cadres spécialisés. On assiste à la consécration et à la pérennisation d'un nouvel encadrement complètement détaché du terrain. Le niveau de réflexion stratégique et de discussion ne se fait plus au niveau de l'établissement mais au niveau de l'association. Avec la mise en place d'un fonctionnement polaire, on observe un recul des chaînes hiérarchiques : guidés par la réalisation d'économies d'échelle, les directeurs d'établissement sont appelés à prendre la direction de plusieurs établissements. Ils deviennent ainsi « directeurs de pôle », tandis que les chefs de service prennent une nouvelle dimension dans l'encadrement de proximité. Le développement des cadres de siège et le renouvellement de la proximité se combinent à un renforcement de la verticalité entre les fonctions de gestion et le terrain. Ce que Jean-René LOUBAT décrit comme un phénomène d'aspiration : « *en effet, le dirigeant qui se trouve happé par tout un ensemble de nouvelles tâches, de nouvelles postures, ne peut*

²⁶⁹ LOUBAT JR, 2014, « Penser le management en action sociale et médico-sociale », 2^{ème} édition, Dunod

²⁷⁰ ROBBINS S.P., « Théorie des organisations », Prentice Hall, 1987

plus occuper le terrain quotidien de l'activité comme du temps où il était un chef d'équipe. Un tel phénomène suscite un appel d'air derrière lui et par conséquent la montée au créneau d'autres acteurs, notamment des cadres de proximité, qui remplissaient auparavant un rôle de contremaître. Le dirigeant actuel doit pouvoir s'appuyer sur de véritables adjoints, assurant le management courant, la gestion de proximité, voire davantage si affinité »²⁷¹. Ce système organisationnel par pôle implique une centralisation au niveau des services centraux un nombre important de fonctions et de compétences : « du fait de ce nombre important de salariés, des procédures nombreuses et contraignantes ne tardent pas à s'installer, dans le plus pur style bureaucratique »²⁷². Ce qu'Henry MINTZBERG qualifie de « bureaucratie mécaniste »²⁷³, c'est-à-dire une organisation qui se caractérise par une formalisation de procédures, une division du travail poussé, un regroupement des activités en unités, une ligne hiérarchique importante, et une division du travail accentué. Dans ce système, la technostructure est la clef de voûte du système car « elle est chargée de standardiser les procédés de travail. Elle est clairement séparée de la ligne hiérarchique et est composée de spécialistes chargés de concevoir, pour l'essentiel des procédures de travail »²⁷⁴.

Sans prétendre à la généralité, cette analyse permet de faire ressortir les problèmes et dysfonctionnements à ce type d'organisation : peu propice à l'innovation, à s'adapter aux changements et avec une obsession du contrôle²⁷⁵. Ces considérations conduisent à formuler à la suite d'Alain LEBEAU que « TAYLOR n'est pas mort »²⁷⁶.

Outre le déplacement du rôle des directeurs, ce mouvement s'accompagne d'une modification du profil de ces cadres. Même si le Certificat d'aptitude à la fonction de direction d'établissement social et médico-social (CAFDES) reste un sésame, le recrutement se fait de plus en plus par la recherche de personnes ayant des compétences importantes en gestion et en management, comme le note Sylvie AMZALEG, Directrice des relations du travail au sein de la FEHAP. « Il y a, depuis quelques années, une diversification des origines professionnelles des directeurs d'ESMS [...], Ces derniers sont issus de formations et de secteurs différents, aussi variés que l'industrie, le commerce, l'agro-alimentaire, la finance... »²⁷⁷. Le paysage organisationnel des Associations s'en trouve nécessairement modifié et l'influence des outils du management issus de l'entreprise accentuée. Ainsi le modèle de l'association gestionnaire²⁷⁸ va devenir prépondérant.

²⁷¹ LOUBAT JR., op. cit.

²⁷² MIRAMON JM, COUET D, PATURET JB, 2009, « Le métier de directeur, techniques et fictions », Rennes, Presses de l'EHESP,

²⁷³ MINTZBERG H, 2003, « Structure et dynamique des organisations », 17^{ème} éditions, Paris, Editions d'organisations, 435 p

²⁷⁴ PLANE JM, 2003, « Théorie des organisations », 2^{ème} éditions, Paris, Dunod, 126 p

²⁷⁵ PLANE JM, op. cit.

²⁷⁶ LEBEAU A, « Taylor n'est toujours pas mort », *le Monde*, le mercredi 4 décembre 1991

²⁷⁷ <https://ehpad-magazine.com/qui-sont-les-directeurs-dehpad-daujourd'hui/>

²⁷⁸ MIRAMON JM, COUET D, PATURET JB, op. cit.

Ces changements deviennent « *le combat de tous les instants pour les directeurs qui doivent permettre la modification des représentations traditionnelles du travail social et médico-social auprès des salariés, l'intégration, dans les pratiques des salariés, des contraintes de résultats, d'évaluation, de reporting, ainsi que le nécessaire réaménagement des ressources humaines au regard des logiques de performance* »²⁷⁹.

Enfin, cela n'est pas sans poser des questions sur l'articulation entre le projet créateur de l'Association et cette recherche constante de rationalisation et d'efficacité budgétaire.

§ 2 : *Le management de la performance*

Doit-on considérer comme Vincent DE GAULEJAC que la société est malade de la gestion ?²⁸⁰ Ou comme l'affirme Michel CHAUVIERE que trop de gestion tue le social ?²⁸¹ Quel est l'impact de l'introduction dans le secteur associatif ce qui produit tant de ravages dans les entreprises privées ?²⁸² (A) et quelle est la conséquence sur le management ? (B)

A. Les impacts des outils de l'entreprise dans le secteur médico-social

L'entrée dans l'ère de l'expertise s'accompagne de la recherche d'efficience, de maîtrise absolue des coûts. « *Le savoir fait le pouvoir, la culture financière avec sa rationalité et ses algorithmes abstraits définit le champ des possibles dans lequel doivent s'inscrire les décisions des autres managers [...]. Elle met sous contrôle les dépassements et les dangers de déficit.* »²⁸³. Autant l'idée d'éviter le gaspillage financier et de contrôler les deniers publics alloués aux structures médico-sociales est légitime autant la recherche des moindres coûts, de la performance interroge. « *La performance est souvent définie par le triptyque économie-efficience-efficacité, renvoyant à la Sainte Trinité des Evangiles du management et rappelle que définir la performance relève peut-être d'un acte de foi.* »²⁸⁴. Le rôle de plus en plus important de l'ANAP renforce ce sentiment. Cette recherche de performance est guidée par la maîtrise des dépenses par le législateur. Aussi, pour les professionnels de terrain, cela vient en contradiction avec leur mission d'accompagnement des populations les plus fragiles. Cette recherche de maîtrise des coûts devient un leitmotiv de plus en plus inacceptable et incompatible avec leur mission. Ce recours continuels aux chiffres qui « *transforme le travail réel en données normalisées* »²⁸⁵ est vecteur de vérité et mène à une sorte de scientisme

²⁷⁹ CAMBON L, MAUDUIT L, 2015, « Maîtriser le contrôle de gestion en institution sociale et médico-sociale », 2^{ème} édition, ESF

²⁸⁰ GAULEJAC, V. (de). 2005. « La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social », Paris, Le Seuil.

²⁸¹ CHAUVIERE M., 2007, « Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation », Paris, La Découverte

²⁸² AVARE, P. & SPONEM, S., 2008, « Le managérialisme et les associations. » Dans « La gouvernance des associations: Économie, sociologie, gestion » (pp. 111-129) ERES.

²⁸³ GOMEZ P Y, 2013, « le travail invisible, enquête sur une disparition », François BOURIN Edition

²⁸⁴ BERLAND N, op. cit.

²⁸⁵ GOMEZ P Y, op. cit.

voire de maladie. Ce que René Guénon désigne comme le « *règne de la quantité comme signe des temps* »²⁸⁶. Le sociologue Pitirim SOROKIN avait inventé le terme de « quantophrénie », cette maladie qui consiste à aborder les phénomènes sociaux à partir de leur numération²⁸⁷. Les tableaux de bord construits par l'ANAP et que les Associations sont appelées à remplir afin de favoriser le dialogue de gestion²⁸⁸, sont symptomatiques de ce phénomène. Co-construits à la demande de la DGCS et de la CNSA, par ANAP, avec l'ensemble des acteurs du secteur médico-social, ils regroupent un ensemble d'indicateurs de moyens, de ressources et d'activités des ESMS. Ils sont recueillis grâce à une plate-forme web sécurisée²⁸⁹. Ils doivent remplacer à terme les indicateurs médico-sociaux prévus par le CASF et que les autorités n'ont jamais pu exploiter correctement. Ces derniers prévus par les textes depuis 2003, sont remplis chaque année par l'ensemble des établissements médico-sociaux. Mais aucune exploitation n'a pu être effectuée que ce soit par les ACT ou par les institutions qui les remplissent. Les documents sont venus grossir les rayonnages des administrations.

Pour autant, l'ANAP, a pour mission d'aider les acteurs du secteur médico-social à « *améliorer le service rendu aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils [...] leur permettant de moderniser leur gestion, et de suivre et d'accroître leur performance afin de maîtriser leurs dépenses* »²⁹⁰. L'ensemble des réformes incite donc les établissements à répondre à un double objectif de performance portant sur l'amélioration continue de la qualité des services rendus aux usagers et la réduction des coûts de fonctionnement. Cette collecte d'informations étant principalement quantitative et dématérialisée, laisse peu de place à la discussion, l'échange et permet des interprétions ou comparaisons hasardeuses. L'idée sous-jacente, à travers cet outil, est de conduire une normalisation financière par l'application de ratio des établissements médico-sociaux et de considérer que les établissements de chaque type doivent être identiques entre eux. « *C'est sans doute là qu'apparaît de la manière la plus criante ce vice majeur du raisonnement car enfin, tous les professionnels savent bien qu'il n'y a pas deux projets institutionnels identiques ni, pour une population donnée, une seule option technique de prise en charge ou d'accompagnement* »²⁹¹. Et c'est là tout le paradoxe de la situation.

Pour autant, des outils développés initialement pour le monde de l'entreprise peuvent apporter aussi leur utilité et ne doivent pas être rejetés. La recherche des coûts cachés comme l'a démontré Henri SAVALL peut amener à générer des économies sans faire perdre le sens de

²⁸⁶ GUENON R, 2013, « Le règne de la quantité et les signes des temps » NRF, Gallimard

²⁸⁷ SOROKIN P, 1959 « Tendances et déboires de la sociologie américaine » Éditions Montaigne, Collection Sciences de l'homme, 401 p

²⁸⁸ Le décret rendant obligatoire leur remplissage n'est toujours pas paru.

²⁸⁹ https://www.cnsa.fr/documentation/fiche_dgcs_bd.pdf

²⁹⁰ Article L. 6113-10 du Code de la Santé Publique

²⁹¹ POINSOT O., « Le paravent des paradoxes : Quelques libres propos sur le recours au contrat dans l'action sociale et médico-sociale institutionnelle ». Cahiers de l'Actif, mai-juin 2009 (396/397), pp.9-18

l'action. Un coût caché est la conséquence d'un ou de plusieurs dysfonctionnements au sein de l'organisation. Il est la traduction monétaire des perturbations subies et des mécanismes de régulation que celle-ci met en place pour atténuer leurs effets²⁹². Les principales causes de ces dysfonctionnements proviennent « à la fois des structures inappropriées et des comportements inadaptés au sein de l'entreprise »²⁹³. Par exemple, le temps non utilisé auprès de l'utilisateur peut engendrer une mauvaise qualité des services : « L'absentéisme, le turn-over des équipes, le temps pour procéder à une admission, les retards des sorties des usagers vers le droit commun, les accidents de travail, les surconsommations de matières premières, les défauts dans la qualité de la prise en charge, etc »²⁹⁴.

C'est pourquoi la difficulté est de les révéler sans que des remises en question qui en découlent heurtent les professionnels concernés. Lorsque des coûts cachés sont décelés (l'estimation des économies réalisables dans les établissements médico-sociaux est de 39000 € par an et par personne²⁹⁵), la réflexion sur une autre gestion ne peut faire l'objet d'une impasse. Il n'est pas seulement question de « gaspillages » financiers mais également des RH. Un bon exemple se situe au niveau des réunions. La question qui peut se poser est sur le temps passé et l'efficacité des réunions. Elles sont extrêmement fréquentes dans le secteur médico-social. Parfois même au détriment du temps passé auprès de personnes accompagnées. Une réunion inefficace devient un coût pour la structure : le nombre de personnes présentes à la réunion (en salaire) multiplié par le temps.

A l'instar de Bertrand DUBREUIL et Roland JANVIER, on ne peut que militer pour une recherche d'efficacité plutôt que de performance. C'est-à-dire la mesure de l'effort consenti pour un résultat donné. « Cela ne signifie pas que les résultats qu'on en attend doivent être présumés mais que leurs effets doivent être évalués pour justifier leur financement. Celui-ci se justifie, en effet, à la hauteur de son utilité pour les personnes accompagnées »²⁹⁶.

B. Un management déconnecté du terrain

C'est donc un système qui se construit autour de la fonction financière. Avec l'introduction des outils nécessaires au suivi du CPOM, cela doit permettre de prendre la « bonne décision » et qui va donc orienter le travail. On assiste donc à une financiarisation du secteur c'est-à-dire « lorsque la finance n'est plus une ressource pour réaliser les objectifs économiques mais

²⁹² Cf. Annexe 6 : théorie des coûts cachés d'Henry SAVALL

²⁹³ SAVALL H, ZARDET V et BONNET M, 2008, « Libérer les performances cachées des entreprises par un management socio-économique » BIT ISEOR, 180 p

²⁹⁴ CAMBON L, MAUDUIT L, op. cit.

²⁹⁵ SAVALL H, ZARDET V, « Le management au service de l'humain » Présentation lors du First Rezonance du 14 décembre 2016 @ FER Genève. <https://fr.slideshare.net>

²⁹⁶ DUBREUIL B, ROLAND J, 2015, « Conduire le changement en action sociale. Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations », ESF éditeurs

devient l'objectif lui-même. »²⁹⁷ Face à cette « quantophrénie », il convient de s'interroger sur les conséquences sur le management.

La première conséquence est que cela fini par rendre le « *travail invisible* »²⁹⁸. Le travail d'un manager consiste à organiser, superviser contrôler le travail des autres. La mise en place d'un système de gestion financiarisé, c'est-à-dire orienté pour extraire du résultat provoque la mise en place de reportings, des systèmes d'information et de contrôle, des résultats : le travail auprès des usagers devient une donnée, un chiffre, un risque, qu'il faut maîtriser. D'une certaine manière un « *culte de la norme et du chiffre s'est imposé [au manager], il en est devenu le dévot.* »²⁹⁹. Les outils propres au contrôle de gestion, au management par objectifs, sont autant de nouveaux instruments qui, en tant que dispositifs de contrôle et de normalisation, contribuent à renforcer la primauté des gestionnaires sur les acteurs de terrain. Ainsi on assiste à la séparation des cadres souvent situés au siège et dédiés aux fonctions de pilotage avec les cadres de proximité, cantonnés aux tâches d'exécution. Cette séparation « *contribue au déclasserement des savoirs issus de la pratique et nuit au modèle historique de promotion sociale des travailleurs sociaux. Elle renvoie au passé les modèles d'organisation classiques du travail social (présence du directeur sur place, construction pluridisciplinaire des savoirs, etc.). En lieu et place, elle en appelle à la standardisation à tous les niveaux, sous prétexte de « performance » et de « résultats », dans un secteur où ces notions trouvent pourtant toutes leurs limites face à la complexité de la question sociale* »³⁰⁰.

La deuxième conséquence est un oubli du travail réel. L'orientation de l'Association sur le résultat, financier en particulier, et de moins en moins sur le projet tel qu'il se réalise concrètement, avec des « vrais gens », dans leur « vrai travail » a des effets sur la question du sens du travail. Concrètement, on voit apparaître deux phénomènes : le premier est un mal être au travail, le développement des RPS voire même des « Burn Out ». Le deuxième est, le « Bore Out », c'est-à-dire l'ennui au travail : les tâches effectuées sont vide de sens, sans intérêt ; on refait ce qu'on a fait hier et on recommence sans arrêt. Ce que David GRAEBER, anthropologue américain, appelle les métiers « à la con »³⁰¹. On assiste à l'édification de ce que Pierre Yves GOMEZ qualifie de « Bureaucratie de verre »³⁰². Ce terme décrit une organisation principalement tournée vers la production de données économiques et financières pour un usage extérieur à celle-ci³⁰³. De verre car transparente : il y a un besoin continu de produire des données transmissibles pour l'extérieur (comme les tableaux de

²⁹⁷ GOMEZ P Y, op. cit.

²⁹⁸ Ibid.

²⁹⁹ GOMEZ P Y, op. cit.

³⁰⁰ HEICHETTE S, « L'encadrement du secteur social et médico-social à l'épreuve du management et de la gestion », Cadres n°475, mars 2018, CFDT

³⁰¹ David GRAEBER a publié en 2018 un ouvrage intitulé « Bullshit Jobs : a Theory »

³⁰² GOMEZ P. Y., op. cit.

³⁰³ GOMEZ P Y., BOUCHARD V., « Le défi de la « bureaucratie de verre », L'expansion Entrepreneuriat, N° 7, septembre 2010, in Dossier : Les intrapreneurs, rebelles improbables

Bord ANAP, les indicateurs médico-sociaux, les rapports d'activités, les suivis budgétaires) dans un cadre stricte et normalisé comme tout travail de bureaucratie. Un chiffre à lui seul permet de comprendre l'ampleur du phénomène : « *Les salariés passent 40% de leur temps à remplir des reportings improductifs, alors que 90% ne seront même pas lus* »³⁰⁴.

Les effets de la financiarisation sur le management sont donc délétères. Il faut replacer la valeur travail au centre de la préoccupation des managers. C'est-à-dire que l'organisation ne soit pas centrée sur les chiffres mais sur la valorisation du travail réel³⁰⁵. Ainsi le rôle du dirigeant reprendrait la place que Thomas D'AQUIN lui attribuait : « *corriger, s'il se trouve quelque chose en désordre ; suppléer si quelque chose manque ; parfaire si quelque chose de meilleur peut être fait* »³⁰⁶.

³⁰⁴ <https://www.capital.fr/votre-carriere/comment-nous-devenons-tous-des-travailleurs-invisibles-862139>

³⁰⁵ GOMEZ P. Y., op. cit.

³⁰⁶ D'AQUIN T, « De Regno, I, chapitre XV » in GOMEZ P. Y., op. cit.

Conclusion

Le contexte Européen de maîtrise des dépenses a amené l'Etat à de nombreuses réformes. La généralisation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en est le point d'orgue. Il permet d'initier une nouvelle ère de relation avec l'autorité de tarification. Il est censé répondre ainsi aux objectifs des pouvoirs publics : planification, modernisation, qualité, parcours des personnes et maîtrise des dépenses.

En effet, le CPOM doit être la déclinaison en objectif pour le gestionnaire du plan régional de santé de l'agence régionale de santé. Il doit permettre une meilleure visibilité pour l'ensemble des parties prenantes au contrat sur les objectifs et les moyens alloués pour les atteindre. Outil de simplification administrative, l'EPRD n'est que la transposition financière de ces éléments. Il procède à un véritable changement économique par le passage d'une logique budgétaire à une logique de résultat. L'idée étant de responsabiliser le gestionnaire. La logique du chiffre devient donc le nouveau dogme dans le secteur : la qualité n'étant qu'une transposition de cette logique de rationalisation et de normalisation.

La mise en place de cette réforme a des impacts importants sur les structures gestionnaires. Au niveau macro-économique, elle fait entrer pleinement le secteur des personnes handicapées dans le champ de la concurrence. Cette situation oblige les Associations à revoir leur stratégie. A la fois à l'externe en procédant à des rapprochements ou des fusions et à l'interne en se spécialisant sur les fonctions supports. Un nouveau management déconnecté du terrain voit le jour.

Aussi, ce « *managérialisme* »³⁰⁷ a pour conséquence de nuire à la réalisation des missions militantes des structures³⁰⁸. En effet, elles sont des lieux de réalisation d'une utilité sociale autour de mise en œuvre d'un projet Associatif. Pour Michel CHAUVIERE, c'est la notion même « *de service qui se vide progressivement de son contenu relationnel et solidaire pour devenir un simple objet de transaction* »³⁰⁹. Les OG tendent à devenir de simple prestataire de service.

Cette situation pose de nombreuses questions : quel sens a le projet de l'Association avec cette contractualisation ? La logique de prestataire de service va-t-elle devenir le modèle dominant ? L'expertise financière, juridique prend le dessus afin de limiter les risques qui pèsent sur les organismes gestionnaires. Dans ce cas, on peut s'interroger sur la pertinence du modèle associatif, dirigé souvent par des bénévoles dont ce n'est pas le métier, pour gérer des établissements médico-sociaux.

³⁰⁷ CHANLAT JF., 1998, « Sciences sociales et management » Eska

³⁰⁸ AVARE P., SPONEM S., 2008, « Le managérialisme et les associations ». In HOARAU C., LAVILLE J. L. « La gouvernance des associations », Hérés.

³⁰⁹ CHAUVIERE M., 2007, « Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation. » Paris, La Découverte

Bibliographie

Ouvrages :

- BAUDURET J.F, 2017, « Institutions sociales et médico-sociales, de l'esprit des lois à la transformation des pratiques », 2^{ème} édition, Paris, Dunod, 335 p
- BERLAND N, 2014 «Que sais je? Le contrôle de gestion», Paris, Presses Universitaires de France, 128 p
- BERNOUX P, 2004, « Sociologie du Changement dans les entreprises et les organisations », Paris, Editions du Seuil, 382 p
- BLOCH MA, HENAUT L, 2014 « coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » Paris, DUNOD, 315 p
- BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., « Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale », Paris, Dunod, 2007, 304 p
- CAMBON L, MAUDUIT L, 2015, « Maîtriser le contrôle de gestion en institution sociale et médico-sociale », 2^{ème} édition, ESF, 192 p
- CHAUVIERE M. 2007. « Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation ». Paris, La Découverte, 224 p
- CHANLAT, J.-F., 1998, « Sciences sociales et management », Presses Université Laval, éditions Eska, 114 p
- DE MAREL J F, 2015, « Réglementation administrative et financière des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Dunod, Paris, 274 p
- DUBREUIL B, ROLAND J, 2015, « Conduire le changement en action sociale. Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations », ESF éditeurs, 239 p
- FIESCHI-BAZIN E., 2017, « Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale, outils juridiques et stratégies de régulation », LEH édition, 263p
- GAULEJAC, V. (de). 2005. « La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social », Paris, Le Seuil, 368 p
- GOMEZ P Y, 2013, « le travail invisible, enquête sur une disparition », François BOURIN Edition, 253 p
- GUENON R, 2013, « Le règne de la quantité et les signes des temps » NRF, Gallimard 280 p
- HARDY J.P, 2015, « Financement et tarification des ESMS » 4^{ème} éditions, Dunod, Paris, 512 p
- HOARAU, C., LAVILLE, J. L. « La gouvernance des associations », Hérès
- JANVIER R, 2009, « Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale », Dunod, Paris, 2009, 200 p

- JANVIER R, 2012, « La fonction de direction en institution sociale et médico-sociale », L'Harmattan, Paris, 200 p
- JANVIER R, MATHO Y, 2011, « comprendre la participation des usagers », 4^e édition, DUNOD
- JAEGER M, 2012, « L'articulation du sanitaire et du social », Paris, Edition Dunod, 202 p
- JAEGER M, 2014, « Guide du secteur social et médico-social », Paris, Edition Dunod,
- JOHNSON G, WHITTINGTON R, SCHOLES K, ANGWIN D et REGNER P, 2014 « Stratégique », 10^{ème} édition, Montreuil, Pearson France, 672 p
- KELLER C, MOQUET-ANGER M.L, VILLENEUVE P, 2017 « L'épreuve de droit hospitalier », Rennes, Presses de l'EHESP, 188 p,
- KOTLER P, KELLER K L, DUBOIS B, MANCEAU D, 2006 « marketing management », 12^{ème} édition, Pearson, 886 p
- LAVILLE J-L. et SALMON A., 2015 « Associations et action publique », Desclée De Brouwer, collection Solidarité et société, 628 p
- LOUBAT JR, 2014, « Penser le management en action sociale et médico-sociale », 2^{ème} édition, Dunod, 432 p
- LEFEVRE P, 2011, « Guide de la fonction directeur d'établissements dans les organisations sociales et médico-sociales », 3^{ème} éditions, Paris, Dunod, 416 p.
- LHUILLIER J.M. 2005, Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico- sociaux, 2^e édition, Editions ENSP, Rennes, 147 p
- LOCHEN V, « Comprendre les politiques sociales », 4^{ème} édition, DUNOD, 2013,
- MIRAMON JM, COUET D, PATURET JB, 2009, « Le métier de directeur, techniques et fictions », Rennes, Presses de l'EHESP, 270 p
- MINTZBERG H, 2003, « Structure et dynamique des organisations », 17^{ème} éditions, Paris, Editions d'organisations, 435 p
- MINTZBERG H, 2004, « Le management: Voyage au centre des organisations » 2^{ème} Édition, Editions d'Organisation, 704 p
- PAUCHER P, 2013, « Guide de la gestion financière des établissements sociaux et médico-sociaux, 2^{ème} édition, DUNOD, 528 p
- PLANE JM, 2003, « Théorie des organisations », 2^{ème} éditions, Paris, Dunod, 126 p
- ROBBINS S.P., « Théorie des organisations », Prentice Hall, 1987
- SAVALL H, ZARDET V et BONNET M, 2008 « Libérer les performances cachés des entreprises par un management socio-économique » BIT ISEOR, 180 p
- SAVIGNAT P., 2009 « Evaluer les établissements et les services sociaux et médico-sociaux », Paris, Dunod, «Action sociale», 370 p.
- SOROKIN P, 1959 « Tendances et déboires de la sociologie américaine » Éditions Montaigne, Collection Sciences de l'homme, 401 p
- TRUCHET D, 2017, « Droit de la santé publique », 9^{ème} édition, Dalloz, Paris, 320 p

- VIALLA F, 2012, « Jurisprudences du secteur social et médico-social », Dunod « Guides Santé Social », 528 p

Dictionnaire, encyclopédie

- CORNU G, 2016, Vocabulaire juridique, 11^e édition mise à jour, Puf
- Dictionnaire de l'Académie Française en ligne, <https://academie.atilf.fr>.
- Encyclopédie de la gestion, 3 volumes, édition Economica, 1997, 3622 pages

Etudes :

- ARS Bretagne, Projet régional de santé Bretagne 2012-2016,
- ARS Rhône-Alpes, « L'activité des CMPP en région Rhône-Alpes en 2010 » Rapport d'étude juillet 2012
- CLAVERANNE JP, ROBELET M, PIOVESAN D, CRET B, « La construction sociale du marché du handicap : entre concurrence associative et régulation politique (1943-2009) », Octobre 2012, IFROSS, HAL
- CREA1 Pays de la Loire, décembre 2017, « Autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux: Nouvelle nomenclature, nouveaux délais...pour adapter l'offre dans une logique de réponse individualisée », thème le régime des autorisations, décryptage : le mensuel du CREA1,
- IGAS, mai 2017 « Le dispositif d'évaluation interne et externe des ESSMS: Bilan »,
- KPMG, « Les CPOM à l'épreuve de la réalité », septembre 2017
- ROB 2018, Note de l'URIOPSS BRETAGNE, mai 2018
- UNIOPSS, Les associations de solidarité et mise en concurrence, fiches pratiques du CNAR, juillet 2010

Guides, rapports et communiqués :

- ANAP, « Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation », janvier 2017
- ANESM, « Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du CASF », mars 2008, document électronique
- ANESM, Evaluation interne, Guide pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, septembre 2006
- APPOLIS B., « Coopérations inter-hospitalières et droit de la concurrence, petit panorama jurisprudentiel et décisionnel en droit français », colloque octobre 2017, AFDS
- CNSA, « Comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation », 25 septembre 2017
- CNSA, DGCS, « Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), Guide pratique de remplissage des cadres normalisés à destination des organismes gestionnaires, des

- établissements et services sociaux et médico-sociaux et des autorités de tarification, »
Version 1.0 du 2 juin 2017,
- CNSA, « Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale », mai 2011,
 - CNSA, « Rapport de capitalisation Déployer la démarche «Une réponse accompagnée pour tous», premiers enseignements et retours d'expérience », Juillet 2017
 - CONSEIL D'ETAT, « Rapport d'étude sur les établissements publics », 2009
 - COUR DES COMPTES, « La Sécurité sociale : rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », Septembre 2012, Documentation Française
 - COUR DES COMPTES, « La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale », 2014
 - CREA Centre, 2014 « Etat des lieux des listes d'attente concernant les enfants, les adolescents et les adultes en situation de handicap en région Centre », Rapport
 - DELGA C, 01/08/2014, Communiqué de presse « Promulgation de la loi sur l'Economie sociale et solidaire : pour une croissance économique créatrice d'emplois non délocalisables »
 - FRANCE ACTIVE, « guide Association & Fusion : mariage d'amour ou de raison ? », Janvier 2013
 - IDAF, « Coopération, rapprochement et fusions entre associations : quels enjeux et quelles pratiques? », conférence débat organisée le 9 décembre 2013 au Palais du Luxembourg
 - OBSERVATOIRE UNIFAF, 2017, « Enquête Emploi, un regard en commun pour un avenir en commun »
 - PIVETEAU D, 2014, « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », Rapport.
 - SAVALL H, ZARDET V: "Le management au service de l'humain" Présentation lors du First Rezonance du 14 décembre 2016 @ FER Genève. <https://fr.slideshare.net>
 - SOUBIE R, Commissariat général du Plan. Santé 2010, rapport du groupe « prospective du système de santé ». Paris, la Documentation française, 1993
 - TRICARD D, VOISIN J., Novembre 2014, « Contrôle des structures sociales et médico-sociales Guide méthodologique pour la construction d'un contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale », IGAS, RM2013-171P
 - UNIOPSS-URIOPSS, septembre 2017, « rentrée sociale 2017-2018, enjeux politiques, budget prévisionnels 2018 », UNION SOCIALE, Hors série n°310

Articles :

- BORGETTO M, « introduction, Dossier les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale », RDSS, mai –juin 2016, DALLOZ

- CALVETTI L, 2017, dossier « Accompagner le changement d'échelle » Jurisassociations n° 570, DALLOZ
- CHAUVET C, *la nature juridique des ARS, Dossier les ARS dans l'organisation sociale et médico-sociale*, RDSS, mai- juin 2016, DALLOZ
- CGT action sociale, Projet SERAFIN-PH, tract
- CLOUVEL M, cité par Direction(s) le 4 janvier 2017, « le champ médico-social passe à l'heure de l'EPRD »
- COCQUEBERT J, « le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen est-il un contrat ? », RDSS n°1 janvier-février 2012, Dalloz
- COCQUEBERT J, « Conclure un CPOM aujourd'hui », Hors série n°18, Direction(s), juillet 2017
- DELPECH X, « C comme concurrence », Jurisassociations, N° 563, 15 juillet 2017
- GENEREUX J., « réhabiliter et démocratiser l'Etat », rev. IASS LA REVUE, n° 43, juin 2004
- GIBERT T, 2012, « La concurrence des associations à vocation sanitaire, sociale et médico-sociale - Analyse des facteurs constitutifs et des conséquences sur les structures et projets. »
- GOMEZ P Y., BOUCHARD V., « Le défi de la « bureaucratie de verre », L'expansion Entrepreneuriat, N° 7, septembre 2010, in Dossier : « Les intrapreneurs, rebelles improbables »
- GRANET R, « l'agrément « entreprise solidaire d'utilité sociale », ASH, n°3060, 11 mai 2018
- HEICHETTE S, « L'encadrement du secteur social et médico-social à l'épreuve du management et de la gestion », Cadres n°475, mars 2018, CFTD
- Intervention dans le cadre d'une rencontre-débat au salon Santé Social Expo du 17 septembre 2009 « Enjeux et modalités de la concentration dans le secteur sanitaire et social »
- NIZET J, « La théorie des conventions, Facultés Universitaires de Namur »,
- NOGUES H, économiste, professeur émérite de l'Université de Nantes et membre du Conseil de prospective de l'UNIOPSS « Agir et penser l'action sociale et médico-sociale dans un contexte concurrentiel », Commission "vie associative" de l'UNIOPSS, le 6 mai 2011
- VILAGINES Y « Jean-Marc BORELLO : Des outils pour fidéliser salariés, clients, actionnaires et marchés », *lesechos.fr*
- LEBAUBE A, « Taylor n'est toujours pas mort », *le Monde*, le mercredi 4 décembre 1991
- PASCAL C, *dossier réforme des ESMS, Opérations en cours*, jurisassociations n°562, juillet 2017
- POINSOT O, "CPOM: le tarif contractuel n'est pas opposable au financeur", Direction(s) n°98, juillet-août 2012, p.12

- POINSOT O. « Le paravent des paradoxes : Quelques libres propos sur le recours au contrat dans l'action sociale et médico-sociale institutionnelle. Cahiers de l'Actif, 2009, mai-juin 2009 (396/397).
- RICARD M., « le jeu du mistigri », ASH, N°3055, 6 avril 2018
- SABOUNE K, MONTARGOT N, « Clarification et évaluation des termes du contrat psychologique : le cas d'un établissement médico-social en mutation », @GRH 2017/4 (n° 25), 9-34
- TREGOAT JJ, « Coopération, rapprochement et fusions entre associations : quels enjeux et quelles pratiques ? » Conférence-débat organisée le 9 décembre 2013 au Palais du Luxembourg
- UDES, décembre 2016, « Crédit d'impôt de la taxe sur les salaires (CITS) : mode d'emploi »
- UNIOPPS « La planification du secteur social et médico-social », fiche février 2008
- VIALLA F, « Regard décalé sur la démarche qualité », in, *Mélanges en l'honneur de Jean-Marie Clément. Enseignement, Hôpital, Médecine*, Bordeaux, LEH Édition, 2014 (v. numérique 2016), p. 721-736.
- VATAN S, « Faut-il rompre avec les quasi-marchés pour penser la marchandisation ? », *Économie et institutions* [En ligne], 24 | 2016, mis en ligne le 30 juin 2016, consulté le 11 mai 2017. URL : <http://ei.revues.org/5703>

Mémoires :

- AVALLE A, 2015, « La démarche d'analyse des évaluations externes à l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur », Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
- BOUCHARD M, 2017, « Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la réforme de la tarification et de la contractualisation », mémoire Master 2 professionnel Droit de la Santé, LEH
- BELAUD H, 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 ? », Mémoire Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, EHESP
- D'OLIVEIRA L, 2013, « Face à la réglementation européenne et au défi de la dépendance, quel avenir pour le secteur non lucratif ? » Mémoire, Master Economie et gestion des organisations médico-sociales, Paris Dauphine
- TOURNIER R, 2014, « Projet de vie et projet de soins une coordination nécessaire pour les personnes handicapées psychiques accueille en SAVS », CAFDES

Site internet

- www.performance-publique.budget.gouv.fr/
- solidarites-sante.gouv.fr/

- www.fr-deming.org/
- www.has-sante.fr
- www.directions.fr/
- www.faire-face.fr/
- dupuiselise.canalblog.com/
- www.compta-facile.com/
- www.gazette-sante-social.fr/
- www.rolandjanvier.org/
- www.udes.fr
- thibault.gibert1.free.fr/
- revuefiduciaire.grouperf.com
- www.associatheque.fr
- www.service-public.fr
- www.repolitiserlactionsociale.org
- www.cnsa.fr
- academie.atilf.fr

Liste des annexes

ANNEXE N°1 : L'ARTICLE DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES
DEFINISSANT LE CHAMP D'ACTION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

ANNEXE N°2 : LISTE DES DECRET ET CIRCULAIRE RELATIVE AU CPOM

ANNEXE N°3 : MODÈLE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS DE
L'ARRÊTÉ DU 3 MARS 2017 FIXANT LE CONTENU DU CAHIER DES CHARGES DU
CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS PRÉVU AU IV TER DE
L'ARTICLE L. 313-12 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

ANNEXE N°4 :L'EPRD

ANNEXE N°5 : LES CONTROLES DE POLICE ADMINISTRATIVE DES STRUCTURES
SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES AU TITRE DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES
FAMILLES Un bref rappel historique

ANNEXE N°6 : TABLEAU RECAPITULATIF DES OBLIGATIONS FISCALES

ANNEXE N°7 : DIFFERENTS RATIOS ET INDICATEURS D'ANALYSE FINANCIERE

ANNEXE N°8 : SCHEMA DE PRESENTATION DES MODALITES DE DETERMINATION
DU CARACTERE LUCRATIF OU NON DES ACTIVITES D'UN ORGANISME SANS BUT
LUCRATIF (OSBL)

ANNEXE N°9 : THEORIE SOCIO-ECONOMIQUE DES COUTS CACHES DE HENRY.
SAVALL, SOURCE ISEOR

ANNEXE N°10 : CALENDRIER DES DIFFERENTES EVALUATIONS

ANNEXE N°11 : SCHEMA DE PRESENTATION DU SECTEUR

ANNEXE N°12 : LES ARS

ANNEXE N°1

L'ARTICLE DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES DEFINISSANT LE CHAMP D'ACTION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Article L 116-1 :

« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »

Article L116-2

L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

Article L311-1

L'action sociale et médico-sociale, au sens du présent code, s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale suivantes :

- 1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;
- 2° Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;
- 3° Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;
- 4° Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;
- 5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;
- 6° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

Ces missions sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales.

Sont des institutions sociales et médico-sociales au sens du présent code les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1.

Sont qualifiés d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif les établissements et services privés qui :

- exercent leurs missions sociales et médico-sociales dans un cadre non lucratif et dont la gestion est désintéressée ou exercent leurs missions dans un cadre lucratif mais en ayant conclu une convention d'aide sociale prévue au présent code pour une capacité autorisée déterminée par décret ;
- inscrivent leur action dans le cadre d'un projet institutionnel validé par l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, qui décrit les modalités selon lesquelles les établissements et services qu'elle administre organisent leur action en vue de répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux émergents ou non satisfaits, d'une part, et de limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées, dès lors qu'une participation financière est prévue par les textes en vigueur, d'autre part ;
- publient leurs comptes annuels certifiés ;
- établissent, le cas échéant, des coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées.

Les personnes morales de droit privé gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés adoptent le statut d'intérêt collectif par une délibération de leur organe délibérant transmise à l'autorité ayant compétence pour délivrer l'autorisation. La qualité d'établissement et service social et médico-social privé d'intérêt collectif se perd soit par une nouvelle délibération de l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, transmise à l'autorité ayant enregistré l'engagement initial dans l'intérêt collectif social et médico-social, soit du fait d'une appréciation de l'autorité ayant délivré l'autorisation, dans des conditions de procédure définies par décret.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret en Conseil d'Etat.

L'article L. 313-11

Sans préjudice des dispositions de l'article L.313-12 (relatif à l'obligation de signer une convention pluriannuelle tripartite), des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les

autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales. Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans.

ANNEXE N°2

LISTE DES DECRET ET CIRCULAIRE RELATIVE AU CPOM

Décret du 22 octobre 2003 relatif à la tarification pluriannuelle sur une durée maximale de 5 années, l'exonération de la procédure budgétaire contradictoire et les modalités d'affectation des résultats³¹⁰

L'ordonnance du 1er décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux³¹¹

Le décret du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil et modifiant le code de l'action sociale et des familles³¹²

La circulaire du 18 mai 2006 relative à la pluri annualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements³¹³

La circulaire 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluri annualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens³¹⁴.

L'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF (CPOM EHPAD).

L'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF (CPOM EHPAD) et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L.313-12-2 du même code (CPOM ESSMS-PH).

³¹⁰ Décret 2003-1010 du 22 Octobre 2003, www.legifrance.gouv.fr

³¹¹ Ordonnance n°2005-1477 du 1er décembre 2005, www.legifrance.gouv.fr

³¹² Décret n°2006-422 du 7 avril 2006, www.legifrance.gouv.fr

³¹³ Circulaire de la DGAS/SD 5B n°2006-216 du 18 mai 2006, www.legifrance.gouv.fr

³¹⁴ Circulaire de la DGAS/SD 5B n° 2007-111 du 26 mars 2007, www.legifrance.gouv.fr

La circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées (PH) dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ».

Cette instruction précise les orientations en matière de transformation de l'offre médico-sociale pour les PH. Le CPOM ressort comme l'un des outils de structuration de l'offre. L'annexe 10 précise comment prendre en compte les évaluations interne et externe dans le cadre de la négociation des CPOM.

La circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/ CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des ESMS accueillant des PH et des PA. L'annexe 12 de cette circulaire précise les impacts du CPOM ESMS-PH en termes de périmètre de l'EPRD, de détermination de la dotation globale initiale et de son évolution et de détermination des modalités d'affectation du résultat. –

La circulaire N° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médicosociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

ANNEXE N°3

MODÈLE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS DE L'ARRÊTÉ DU 3 MARS 2017 FIXANT LE CONTENU DU CAHIER DES CHARGES DU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS PRÉVU AU IV TER DE L'ARTICLE L.313-12 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Entre,

D'une part, les autorités suivantes ayant délivré le (s) autorisation (s) d'activités couvertes par le CPOM :

Le conseil départemental, représenté par, président (e) ou le cas échéant la métropole représenté par le (la) président (e) ;

L'agence régionale de santé, représentée par, directeur (trice) général (e) ; Et d'autre part,

Le cas échéant, les autres autorités publiques signataires du CPOM (autres administrations ...) Et enfin,

La personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV ter A de l'article L. 313- 12 du code de l'action sociale et des familles.

Visas et références juridiques :

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L. 313-11, L. 313-12 et L.313-12- 2 ;

[Vu le code général des collectivités territoriales et notamment le IV de l'article L. 5217-2, le cas échéant] ;

Vu le ou les schémas de référence en fonction du périmètre du CPOM [mentionner ici le projet régional de santé ainsi que le ou les schéma (s) régional de planification sociale ou médico-sociale mais aussi le (s) schéma (s) des conseils départementaux] arrêté (s) en date du XX/XX/XXXX, (selon le périmètre du CPOM et les publics couverts : schéma régional d'organisation médico-sociale, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps, schémas départementaux...) ;

Vu l'arrêté du XX/XX/XXXX de programmation de l'ARS de et du conseil départemental du ; Le cas échéant : Vu la délibération du conseil d'administration de l'organisme gestionnaire ou du conseil de surveillance de l'établissement public XXX en date du XX/XX/XXXX ;

Il a été conclu ce qui suit :

Préambule : [rédaction facultative par les autorités chargées de l'autorisation signataires du contrat pour rappeler le contexte et les enjeux territoriaux, et la méthode de contractualisation retenue au plan local.]

TITRE 1 : L'OBJET DU CONTRAT

Article 1^{er} : L'identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Le présent contrat couvre le périmètre suivant :

Présentation du gestionnaire

Doivent être obligatoirement indiqués :

- Le numéro de l'entité juridique (organisme gestionnaire) dans le répertoire FINESS ;
- Le statut juridique de l'entité gestionnaire ;
- Les modalités d'organisation de l'entité juridique gestionnaire ;
- Les différentes activités de l'entité juridique gestionnaire ;
- Un organigramme de l'entité gestionnaire ;
- Le cas échéant, l'organisation du siège ;
- Désignation le cas échéant de l'établissement ou du service ou de la personne morale signataire dudit contrat pour percevoir la dotation globalisée commune ;
- Liste des établissements et services entrant dans le périmètre du contrat.

Périmètre du CPOM et présentation des établissements et services couverts par le CPOM

Doivent être obligatoirement indiqués :

- Les autorisation (s) d'activité liée (s) au contrat ;
- Les projet (s) de restructuration ou de transformation de l'offre prévu (s) susceptibles d'entraîner en cours de contrat des modifications dans la nature et le nombre des autorisations concernées par le CPOM, en particulier s'il s'agit d'opérations de transformation exonérées d'appel à projet sous couvert de la signature d'un CPOM ;
- Le référencement dans le répertoire FINESS des établissements et services couverts par le contrat et la présentation des différentes activités et publics accueillis dans chacun de ces établissements et services.

Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (le cas échéant) (articles L. 342-3-1 et L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles)Le CPOM vaut convention d'habilitation à recevoir des bénéficiaires à l'aide sociale départementale. La capacité d'accueil concernée par cette habilitation doit être précisée dans cet article pour chacun des établissements. Le cas échéant, une annexe dédiée précise les conditions de cette habilitation et en particulier les modalités de versement de la participation financière départementale aux établissements pour la couverture des frais des bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Un renvoi au règlement départemental d'aide sociale peut également être prévu à cet article. Partenariat (s) existant (s) et formalisé (s) du gestionnaire avec d'autres gestionnaires d'établissements ou services.

Y indiquer, par exemple, l'adhésion à un groupement de coopération sociale et médico-sociale, la convention conclue avec un groupement hospitalier de territoire, etc.

Article 2 : L'articulation avec les autres CPOM signés par le gestionnaire

Dans le cas où le gestionnaire est signataire de plusieurs CPOM, deux options alternatives sont ouvertes aux parties signataires, qui indiquent celle retenue à cet article.

- Solution 1 : Il est décidé de conserver les CPOM distincts. Chaque CPOM poursuit ses

effets juridiques indépendamment des autres CPOM de l'organisme gestionnaire. Une articulation entre les différents CPOM doit toutefois être opérée afin de permettre à l'autorité de tarification d'avoir une vision globale sur les ESSMS gérés par l'organisme gestionnaire.

- Solution 2 : Il est décidé de fusionner les CPOM. Le présent contrat permet au gestionnaire de regrouper en un document unique tout ou partie des obligations contractuelles auxquelles il est soumis. Le CPOM unique se substitue aux CPOM préexistants, qu'il intègre sous forme de socle commun et de volets additionnels. Dans ce cas, l'ensemble des établissements et services du CPOM relève d'un même état des prévisions de recettes et de dépenses. Les clauses du CPOM s'appliquent de manière concomitante à l'intégralité des établissements et services et prennent fin dans les mêmes conditions.

De plus, lorsqu'un ou plusieurs établissements ou services couverts par le présent contrat sont rattachés à un établissement de santé signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique (« CPOM sanitaire »), ceci est mentionné dans le présent contrat et les parties signataires veillent à l'articulation et à la cohérence des engagements pris dans chacun des contrats. Il est ajouté en annexe du présent contrat les éléments du CPOM sanitaire susceptibles d'éclairer la situation des établissements ou services signataires du présent contrat.

Article 3 : Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé

Le CPOM établit les objectifs concertés entre les différentes parties au contrat. Ces objectifs doivent être en nombre limité afin de permettre aux gestionnaires d'y répondre pleinement. De même, le suivi de ces objectifs s'appuie sur des indicateurs dont le nombre est restreint. Il est proposé ici, la liste minimale des thématiques devant être traitées dans le cadre du diagnostic partagé à partir desquelles sont définis les objectifs du CPOM :

- L'expression et la participation individuelle et collective des résidents. La capacité de l'établissement à prendre en compte dans son projet d'établissement d'une part et dans chaque projet personnalisé d'autre part, les besoins et attentes des résidents ainsi que leur environnement social et familial.
- Déclinaison des plans et schémas d'organisation en santé sur les territoires et appréciation de l'activité des structures du CPOM ; transformation des établissements ; regroupement d'établissements ; renforcement de l'efficacité de la gestion ; opérations de mutualisation de certaines fonctions, démarche de coopérations ; développement de la performance en matière de gestion de l'immobilier ou des achats. Lorsqu'un ou plusieurs établissements couverts par le contrat présentent de graves difficultés financières, le CPOM prévoit un plan de rééquilibrage des recettes et des charges permettant un retour à une situation financière satisfaisante dans un calendrier concerté, conformément aux dispositions de l'article L. 313-14-1 du code de l'action sociale et des familles.
- Participation à des démarches relatives à la structuration des parcours de prise en charge des personnes ; développement de nouvelles prestations ; partenariats avec des établissements et centres de santé, y compris ceux proposant des prestations d'hospitalisation à domicile, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de santé et de l'accompagnement social... afin de favoriser l'accès aux droits et à la santé des personnes, et éviter les ruptures de prise en charge.
- Développement de la qualité de la prise en charge des résidents ; accompagnement de l'évolution des compétences professionnelles des personnels et appropriation des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; amélioration des conditions d'emploi et de travail ; démarches favorisant la bientraitance et déploiement de dispositifs de signalements précoces en cas de situation de maltraitance ; accompagnement de la fin de vie dans le respect de la dignité et des

droits des personnes et accès aux soins palliatifs des personnes.

Le nombre et la nature des objectifs doivent être conformes à une évaluation réaliste de la capacité du gestionnaire à mettre en œuvre l'ensemble des actions nécessaires à leur atteinte, et en rapport avec les moyens dédiés à la réalisation du CPOM. Les objectifs doivent être formulés avec précision en fonction d'une situation initiale décrite avec exactitude dans le diagnostic partagé. Dans la mesure du possible, les objectifs finaux doivent être assortis d'objectifs intermédiaires examinés à l'occasion du dialogue de gestion se tenant à mi-parcours du CPOM. Les objectifs peuvent être accompagnés d'indicateurs permettant de vérifier la réalisation des objectifs. La méthode de calcul des indicateurs retenue doit être expliquée dans le contrat ; la valeur de départ et la valeur-cible doivent être précisées dans le contrat. Il convient de limiter le nombre d'indicateurs à suivre et de s'appuyer sur les indicateurs existants, comme ceux du tableau de bord de la performance des établissements médico- sociaux (qui seront généralisés à compter de 2018), les indicateurs produits par l'ANESM dans le cadre de son enquête bientraitance et tout indicateur construit localement. Les objectifs sont énoncés de façon synthétique au présent article du contrat et détaillés dans des fiches dédiées annexées au CPOM.

Article 4 : Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

Le CPOM comprend des données précises sur les moyens dont dispose le gestionnaire pendant cinq ans. Les moyens déterminés doivent être proportionnés aux objectifs fixés. Dans le cadre de la remise de l'ERRD, au 30 avril de l'année N+1 pour l'ensemble des établissements et services sauf pour les établissements publics de santé où elle est fixée au 31 juillet n+1, il est demandé que soit jointe une revue des objectifs du CPOM. Ce document doit comprendre pour chaque objectif, son niveau de réalisation retracé par l'indicateur comparé à la cible, ainsi que tout élément permettant d'apprécier son atteinte.

4.1. Les modalités de détermination des dotations des établissements et services du CPOM Pour les EHPAD :

Le forfait global de soins :

- La coupe PATHOS de référence de chaque établissement couvert par le contrat en début de contrat (PMP). Le GIR moyen pondéré ;
- Les options tarifaires de chaque établissement couvert par le contrat (tarif global ou partiel en particulier). ;
- Les financements complémentaires prévisionnels (objet, année d'attribution ...).
- Les modalités de tarification des petites unités de vie (PUV) sont précisées conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du code de l'action sociale et des familles.

Le forfait global relatif à la dépendance :

- Le niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées, calculé conformément au 1° de l'article R. 314-172 du code de l'action sociale et des familles ;
- Les financements complémentaires. La tarification de l'hébergement :

Le taux directeur fait l'objet d'une délibération par le Conseil départemental ou la métropole. Les modalités de versement de l'aide sociale départementale peuvent être précisées dans ce paragraphe si des compléments sont à apporter par rapport au règlement départemental d'aide sociale. Le cas échéant, pour les autres établissements et services médico-sociaux du CPOM : Indiquer ici notamment le montant des dotations globalisées communes et les autres financements éventuels.

4.2. Les modalités d'affectation des résultats pour les établissements et services du

CPOM

Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. La libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD.

4.3. Les frais de siège

Dans la mesure du possible, l'entrée en vigueur et la durée de l'autorisation de frais de siège sont identiques à celles du présent contrat. L'arrêté portant autorisation des frais de siège est joint en annexe au présent contrat.

TITRE 2 : LA MISE EN OEUVRE DU CONTRAT

Article 5 : Le suivi et l'évaluation du contrat

Cet article doit comprendre une description précise des modalités retenues par les parties pour le suivi de l'exécution du contrat : composition du comité de suivi, documents transmis en cours de contrat, modalités de réunion du comité.

La composition du comité de suivi : Un comité de suivi du contrat est instauré dès la conclusion du contrat. Sa composition figure dans le contrat et précise la qualité des représentants de chaque entité:

- conseil départemental / métropole ;
- agence régionale de santé ;
- organisme gestionnaire ;
- Le cas échéant, autres partenaires.

Le comité de suivi est chargé de s'assurer de la bonne exécution du contrat. Documents à produire : Le comité de suivi s'appuie sur les documents et comptes rendus produits par le gestionnaire dans le cadre de ses obligations légales et réglementaires : évaluations externes, documents budgétaires et comptables, revue des objectifs (le cas échéant), données du tableau de bord de la performance, etc. A ces documents peuvent être ajoutés les bilans produits dans le cadre des réunions du comité de suivi décrites ci-après. Les dialogues de gestion

Le comité de suivi se réunit à deux reprises au cours du contrat :

- au cours de la troisième année, pour un point à mi-parcours : le comité examine la trajectoire de réalisation des objectifs fixés, sur la base du bilan d'étape proposé par le gestionnaire qui intègre des éléments permettant d'apprécier la qualité de l'accompagnement ; il valorise les résultats obtenus et les efforts engagés ; il signale les difficultés ou les retards pris et arrête des mesures correctrices. Il peut convenir de réajuster les objectifs et moyens initiaux lorsque les circonstances le justifient ; dans ce cas, un avenant au CPOM est conclu entre les parties signataires ; Un compte rendu partagé doit être rédigé pour permettre d'apprécier ce point d'étape.
- au cours de la cinquième année du contrat, pour un bilan final et la préparation du nouveau contrat : le comité examine les résultats obtenus par le gestionnaire sur la base d'un bilan proposé par celui-ci. Compte tenu de ce bilan final, le comité de suivi établit des propositions de priorités et d'objectifs pour le CPOM prenant la suite du contrat arrivant à échéance. Ce bilan alimentera le diagnostic pour le renouvellement du CPOM.

Option : un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat :

En cas de difficultés lors du dialogue de gestion se tenant la troisième année ou afin d'anticiper la prorogation ou le renouvellement du contrat, le conseil départemental ou l'agence régionale de santé peuvent ajouter un dialogue de gestion supplémentaire au cours de la quatrième année d'exécution du contrat.

La prise en compte des circonstances imprévisibles ou exceptionnelles :

En dehors des dialogues de gestion, il est de la responsabilité de chaque partie signataire de saisir le comité de suivi lorsque des circonstances (notamment des difficultés financières) ou faits nouveaux font peser un risque fort sur les conditions d'exécution du contrat, tant du point de vue des objectifs que des moyens. La partie signataire concernée saisit les autres parties de manière circonstanciée, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou tout autre moyen permettant d'attester que la saisine a bien été portée à la connaissance des destinataires. A compter de la dernière date de réception attestée, les membres du comité de suivi disposent de deux mois pour convenir, par tout moyen approprié (réunion, échange de courriers, etc.) des suites à donner à la saisine.

Article 6 : Le traitement des litiges

Les parties s'engagent à chercher toute solution amiable en cas de désaccord sur l'exécution ou l'interprétation du présent contrat. A défaut d'accord amiable, le différend pourra être porté devant la juridiction compétente.

Article 7 : La révision du contrat

Les parties signataires peuvent convenir d'une révision du CPOM, compte tenu des conclusions du comité de suivi à l'issue des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Cette révision prend la forme d'un avenant au CPOM. Cet avenant ne peut avoir pour effet de modifier la durée initialement prévue du CPOM.

Article 8 : La révision du terme de la (des) convention(s) tripartite(s) pluriannuelle(s) préexistante(s) au CPOM

Il est mis fin à compter de la date d'entrée en vigueur du CPOM, à (aux) la convention (s) tripartite (s) pluriannuelle (s) de (des) EHPAD suivants signataires.

Article 9 : La date d'entrée en vigueur du CPOM et la durée du CPOM de 5 ans

Cet article indique la date d'entrée en vigueur et la durée du CPOM et, le cas échéant met fin au (x) conventions ou contrats précédents.

TITRE 3 : LA LISTE DES ANNEXES AU CPOM

Des annexes sont jointes au contrat et sont opposables aux parties signataires comme le corps du contrat. 1. Les annexes suivantes sont obligatoires et communes à tous les CPOM. Elles sont produites spécifiquement pour le CPOM.

La synthèse du diagnostic partagé : Cette annexe explique les modalités de réalisation du diagnostic partagé (documents consultés, participation des personnels...) et ses principaux enseignements. Elle permet d'apprécier la situation du gestionnaire et des établissements et services parties du contrat avant la conclusion du CPOM. Elle sert de base à la définition de l'ensemble des objectifs du CPOM. Cette synthèse doit aussi permettre d'apprécier la conformité des établissements et services du CPOM aux normes en vigueur et notamment celles relatifs aux établissements recevant du public (type U ou J). Elle s'appuie notamment sur le dernier procès-verbal de la commission de sécurité et d'accessibilité, obligatoirement

transmis.

La réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire : Cette annexe décrit la façon dont les établissements et services couverts par le CPOM répondent aux besoins identifiés par les différents schémas locaux et développent les logiques de parcours permettant de mieux répondre aux besoins de prise en charge des personnes. Elle détaille les projets de transformation d'activité entraînant, dans la durée du CPOM, une modification des arrêtés d'autorisation d'activité.

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe devra être actualisée annuellement pour permettre le suivi des objectifs. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD). Cette annexe précise les différents objectifs du CPOM et les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Elle sera actualisée chaque année eu égard à l'atteinte des objectifs.

Le plan global de financement pluriannuel (PGEFP)

2. L'annexe suivante est obligatoire pour ceux des établissements concernés. Elle est produite spécifiquement pour le CPOM.

L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale 3. Sont obligatoirement annexés au contrat des documents permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et services. Elles ne sont pas produites spécifiquement pour le CPOM. L'abrégé et la synthèse du dernier rapport d'évaluation externe, si elle a été conduite avant la conclusion du CPOM

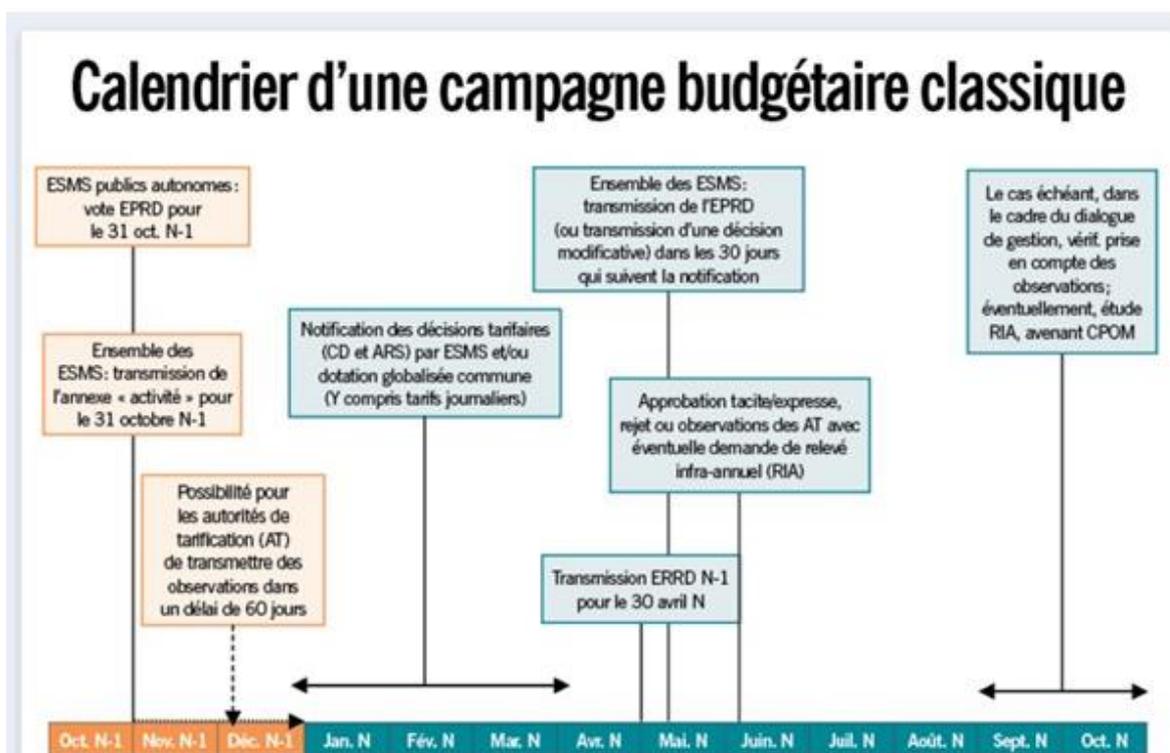
Le cas échéant, une annexe traitant du siège social ainsi que l'arrêté fixant les frais de siège. Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat.

ANNEXE N°4

L'EPRD

Quatre instructions ont été publiées :

1. le 14 octobre 2016 : calendrier de campagne budgétaire « EPRD ». Et notamment ses annexes illustratives :
 - Annexe 1 : tableau de synthèse des cadre normalisés prévus par le décret budgétaire et comptable –Classement thématique et chronologique ;
 - Annexe 2 : périmètre du CPOM, Articulation EPRD/ERRD et annexes financières/comptes d'emploi ;
 - Annexe 3 : schéma-type du déroulement des campagnes budgétaires des établissements et services soumis à la présentation d'un état des prévisions de recettes et de dépenses
2. le 1^{er} février 2017 : cadre budgétaire transitoire pour les ESMS publics.
3. le 28 avril 2017 : mise en œuvre du CPOM, lien EPRD,
4. le 3 mai 2017 : forfaits soins et dépendance



ANNEXE N°5

LES CONTROLES DE POLICE ADMINISTRATIVE DES STRUCTURES SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES AU TITRE DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

Un bref rappel historique (source IGAS³¹⁵)

Quelques temps forts ont jalonné cette histoire qui s'est accélérée depuis 2000 :

Lors de la création du code de la famille et de l'aide sociale par le **décret 56-149 du 24 janvier 1956**, à partir des dispositions juridiques existantes, l'article 208 stipulait : « *La surveillance des établissements est exercée, sous l'autorité du ministre chargé de la santé publique et des préfets de département, par les agents de l'inspection générale des affaires sociales et des directions de l'action sanitaire et sociale, sans préjudice des contrôles prévus et organisés par les lois et règlements en vigueur* ». Lors de la transformation de ce code en code de l'action sociale et des familles, en 2000, cet article a été codifié sous le numéro L. 331-1 et adapté à l'organisation administrative en vigueur³¹⁶.

- La **loi du 30 juin 1975** relative aux institutions sociales et médico-sociales évoquait à l'article 11 un contrôle de conformité avant la mise en service d'un établissement et, à l'article 14, indiquait les sanctions que pouvait prendre le préfet en cas d'absence d'autorisation ou, dans les conditions prévues aux articles 96 et 210 du code de la famille et de l'aide sociale, en cas de non-respect des normes réglementaires ou lorsque la santé, la sécurité, le bien-être physique ou moral des usagers se trouvaient menacés ou compromis par les conditions d'installations, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement.
- Ces dispositions sont apparues insuffisantes notamment pour pallier différentes malversations financières ou maltraitements. Un durcissement des contrôles s'est imposé et la **loi du 2 janvier 2002** a complété le livre III du code de l'action sociale et des familles en créant au chapitre Ier du titre Ier une section 1 intitulée « missions » et une section 2 intitulée « droit des usagers ». Elle a également créé au chapitre

³¹⁵ TRICARD D, VOISIN J., Novembre 2014, « Contrôle des structures sociales et médico-sociales Guide méthodologique pour la construction d'un contrôle d'une structure sociale ou médico-sociale », IGAS, RM2013-171P

³¹⁶ « *La surveillance des établissements est exercée sous l'autorité du ministre chargé de l'action sociale et du représentant de l'Etat dans le département par les agents de l'inspection générale des affaires sociales et des directions des affaires sanitaires et sociales sans préjudice des contrôles prévus et organisés par les lois et règlements en vigueur* ».

III une section 4 intitulée « contrôle » comprenant notamment l'**article L.313-13** rédigé alors de la manière suivante :

« Le contrôle de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux est exercé, notamment dans l'intérêt des usagers, par l'autorité qui a délivré l'autorisation. Lorsque le contrôle a pour objet d'apprécier l'état de santé, de sécurité, d'intégrité ou de bien-être physique ou moral des bénéficiaires, il est procédé, dans le respect de l'article L. 331-3, à des visites d'inspection conduites conjointement par un médecin inspecteur de santé publique et un inspecteur des affaires sanitaires et sociales. Le médecin inspecteur veille à entendre les usagers et leurs familles et à recueillir leurs témoignages. L'inspecteur ou le médecin inspecteur recueille également les témoignages des personnels de l'établissement ou du service. »

Les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales dûment assermentés à cet effet dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat constatent les infractions par des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire.

Au titre des contrôles mentionnés aux articles L. 313-16, L. 331-3, L. 331-5 et L. 331-7, les personnels mentionnés à l'alinéa précédent peuvent effectuer des saisies dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

- **L'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 a modifié certaines dispositions relatives au contrôle.
- **La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007** portant réforme de la protection juridique des majeurs « a modifié l'**article L.331-1** ; elle a substitué le mot de « contrôle » à celui de « surveillance » et précisé qu'étaient concernés par ce contrôle « les établissements, les services, les lieux de vie ou d'accueil autorisés, agréés ou déclarés » visant ainsi la totalité des structures sociales et médico-sociales.
- **La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a créé une nouvelle autorité de contrôle, l'agence régionale de santé. Elle a modifié l'article L. 313-13 en précisant, selon la ou les autorités d'autorisation, quelles étaient la ou les autorités chargées du contrôle.
- **L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010** a modifié la rédaction de l'**article L. 331-1** qui devient « *Le contrôle des établissements, services, lieux de vie ou d'accueil, autorisés, agréés ou déclarés dans les conditions du présent code est exercé notamment par les membres de l'inspection générale des affaires sociales. Ce contrôle tend, notamment, à s'assurer de la sécurité des personnes accueillies* ».

A côté de ces deux articles de base, d'autres articles (notamment L. 331-3) précisent les prérogatives de contrôles ainsi que les pouvoirs des autorités en matière de suites à apporter aux constats opérés lors du contrôle (notamment L. 313-14, L. 313-15, L. 313-16,

L.313-17, L. 331-5 et L.331-6). L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 a apporté une modification très importante à l'article L. 313-16 du code de l'action sociale et des familles en lui ajoutant un 6^{ème} alinéa qui confère un pouvoir de fermeture au directeur général de l'ARS pour les établissements et services relevant de sa compétence exclusive lorsque les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement menacent ou compromettent la santé, la sécurité ou le bien être physique ou moral des personnes accueillies

ANNEXE N°6

TABLEAU RECAPITULATIF DES OBLIGATIONS FISCALES

Source : <https://www.associatheque.fr>

Associations concernées	Obligations	Numéro de l'imprimé	Service destinataire
1. Associations employant du personnel salarié			
Toutes les associations souhaitant employer du personnel salarié	Déclaration préalable à l'embauche	DPAE sur site dédié	URSSAF
Toutes associations employant au moins 50 salariés et versant les paies au cours du mois correspondant à la période de travail	Déclaration sociale nominative au plus tard le 5 du mois suivant la période d'emploi rémunéré	DSN sur site dédié	Organismes sociaux autres que les Urssaf
Toutes les autres associations employant du personnel salarié	Déclaration sociale nominative au plus tard le 15 du mois suivant la période rémunérée		
Toutes associations versant des honoraires	Déclaration des commissions, courtages, honoraires...	DSN si l'association est employeur, jusqu'au mois d'avril suivant l'année de versement des sommes	Services fiscaux et organismes sociaux
		DAS-2_T en ligne via l'Echange de Formulaires Informatisés (mode EFI), ou via l'EDI jusqu'au 31 janvier de l'année suivant celle des versements.	Services fiscaux
Associations non soumises à la TVA ou assujetties à la TVA sur moins de 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé l'année avant le versement des rémunérations	Taxe sur les salaires	Imprimé 2502 sauf si bénéfice de la franchise ou abattement + mention à porter dans la dernière DSN mensuelle exigible avant la date légale fixée par la réglementation fiscale (l'absence d'accomplissement de cette dernière formalité n'est pas sanctionnée)	télédéclaration et télépaiement
Associations soumises à l'impôt sur les sociétés	Taxe d'apprentissage	Mention dans la DSN	Services fiscaux et organismes sociaux

Association soumises à l'impôt sur les sociétés employant au moins 250 salariés et qui emploient au moins 5 % d'alternants de VIE ou de jeunes bénéficiant d'une CIFRE	Contribution supplémentaire à l'apprentissage	Mention dans la DSN de la totalité de la base imposable de cette taxe	Organismes collecteurs de taxe d'apprentissage (OCTA)
Associations employant jusqu'à 10 salariés	Participation à la formation professionnelle continue (0,55 %)	Mention dans la dernière DSN mensuelle exigible avant la date légale fixée par la réglementation fiscale.	Services fiscaux et organismes sociaux
Associations employant 11 salariés et plus	Participation à la formation professionnelle continue (1 %)	Mention dans la dernière DSN mensuelle exigible avant la date légale fixée par la réglementation fiscale	Services fiscaux et organismes sociaux
Associations employant au moins 20 salariés	Participation à l'effort de construction	Mention dans la dernière DSN mensuelle exigible avant la date légale fixée par la réglementation fiscale ou imprimé 2460	Services fiscaux
2. Associations exerçant une activité économique			
Associations soumises à l'impôt sur les sociétés	Production de la déclaration annuelle des résultats et documents annexes	<u>Imprimé 2065-SD</u>	Télédéclaration et télépaiement obligatoires
Exercices ouverts à compter du 1er janvier 2018 : imposition au taux de 28 % pour la fraction des bénéfices n'excédant pas 500 000 €, le taux de 33,1/3 % s'applique au-delà.	Paiement des 4 acomptes	<ul style="list-style-type: none"> • Relevé d'acompte : formulaire n° 2571-SD • Solde : formulaire n° 2572-SD 	
	Contribution sociale due par les associations dont l'IS est supérieur à 763 000 €		
Exercices ouverts à compter du 1er janvier 2019 : 28 % pour la fraction des bénéfices n'excédant pas 500 000 €, 31 % au-delà	Imposition forfaitaire annuelle, paiement		
Exercices ouverts à compter du 1er janvier 2020 : imposition au taux de 28 % pour la totalité des bénéfices			
Exercices ouverts à compter du 1er janvier 2021 : taux de 26,5 % sur l'ensemble des			

bénéfices			
Exercices ouverts à compter du 1er janvier 2022 : taux d'IS à 25 % sur l'ensemble des bénéfices.			
Toute association ayant au moins un secteur lucratif assujetti à l'IS et employant du personnel salarié : <u>crédit d'impôt compétitivité Emploi (CICE)</u> Le CICE sera supprimé à compter du 1er janvier 2019.	Déclaration spéciale des rémunérations éligibles, dans la limite de 2,5 fois le SMIC.	Imprimé 2079-CICE-FC-SD et mention sur la DSN	Service des Impôts des Entreprises
Associations assujetties à la CFE	<u>CFE</u>	Imprimés 1447-C-SD en cas de création d'établissement ou 1447-M-SD, en cas de modifications et mention sur la DSN	Recette des impôts
Associations assujetties à la CVAE	<u>CVAE</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration : Imprimé n° 1330-CVAE si chiffre d'affaires hors taxe supérieur à 152 500 € • Liquidation : imprimé n° 1329-DEF et mention, sur la DSN même en cas de non assujettissement 	télédéclaration et télépaiement obligatoire
Associations assujetties à la TVA	<u>TVA</u>	CA3	Télédéclaration
Remboursement de crédit de TVA	Demande	Imprimé 3519	
3. Revenus provenant de la gestion patrimoniale de l'association			
Associations percevant des revenus tirés de la location d'immeubles, de valeurs financières ou de produits financiers et de l'exploitation de propriétés agricoles et forestières	Déclaration	<u>Imprimé 2070</u>	Recette des impôts

ANNEXE N°7

DIFFERENTS RATIOS ET INDICATEURS D'ANALYSE FINANCIERE

Les ratios financiers calculés depuis un bilan

Ratio d'indépendance financière = $\text{Capitaux propres} / \text{Capitaux permanents}$

(Les capitaux permanents correspondent aux capitaux propres, aux provisions à long terme et aux dettes financières)

Un ratio trop faible risque de compliquer les possibilités de trouver des financements externes car il indique que l'entreprise est dépendante des entités qui la financent et ne dispose que de très peu de marge de manœuvre générée par ses fonds propres.

Ratio de liquidité générale = $\text{Actif circulant} / \text{Passif circulant}$

(L'actif circulant correspond aux stocks et aux créances clients. Le passif circulant comprend les dettes fournisseurs, les dettes fiscales ainsi que les dettes sociales)

Lorsqu'il est supérieur à 1, l'actif circulant permet de financer au moins le passif circulant.

Ratio de couverture des emplois stables = $\text{Capitaux permanents} / \text{Actif immobilisé}$

(L'actif immobilisé correspond aux immobilisations brutes, déduction faite des amortissements et des dépréciations)

Le ratio de couverture des emplois stables doit être au moins égal à 1 (100%). Il est même préférable qu'il soit supérieur à ce montant car cela signifie que les ressources stables de l'organisation lui permettent de dégager un excédent de liquidité qui pourra servir à financer le besoin en fonds de roulement.

Ratio de vétusté = $\text{solde créditeur des comptes 28} / \text{solde débiteur des c/21 et 23}$
correspondant

Endettement à moyen terme :

Indépendance financière = $\text{dettes financières à moyen et long terme (emprunts)} * 100 /$

$(\text{capitaux propres} + \text{emprunts})$

Doit être inférieur à 50%

Apurement de la dette : $\text{immobilisations nettes amortissables} / \text{dettes financières à moyen et long terme}$

Doit être supérieur à 2

Calcul de la capacité d'autofinancement =

CAF = $\text{Résultat comptable de l'exercice} - \text{Produits non encaissables et produit de cession}$

(Produits des cessions (compte 775) + Quote part des subventions virées au résultat de l'exercice (compte 777) + Reprises sur amortissements et provisions (compte 78) +

production immobilisés (compte 72) au quel on ajoute les charges non décaissables (Valeurs

comptables des éléments d'actifs cédés (compte 675) + Amortissements et provisions (compte 68)

Taux de caf = CAF/total des produits d'exploitation (hors c/72, c/775, 777 et 78)

Le taux de couverture du remboursement annuel en capital par la CAF=

CAF / Remboursement annuel du capital des emprunts à plus d'un an

Les ratios financiers calculés depuis un compte de résultat :

Ratio d'activité = Chiffre d'affaires hors taxes de l'année N – Chiffre d'affaires hors taxes de l'année N-1) / Chiffre d'affaires hors taxes de l'année N-1

Négatif, il exprime une baisse du chiffre d'affaires qui devra être justifiée. Positif, il indique une progression de l'activité. La progression des résultats effectivement réalisés en conséquence devra également être étudiée.

Taux de résultat= Résultat net (total général des produits – total général des charges) / total des produits (groupe I + groupe II + groupe III)

La marge Brute : Chiffre d'affaires – Coûts totaux.

Taux de marge : marge / coût totaux] x 100

Le ratio de délai crédit clients ou fournisseurs :

Délai de paiement des clients = (Créances clients * 360) / ventes TTC

Doit être inférieur à 30 jours

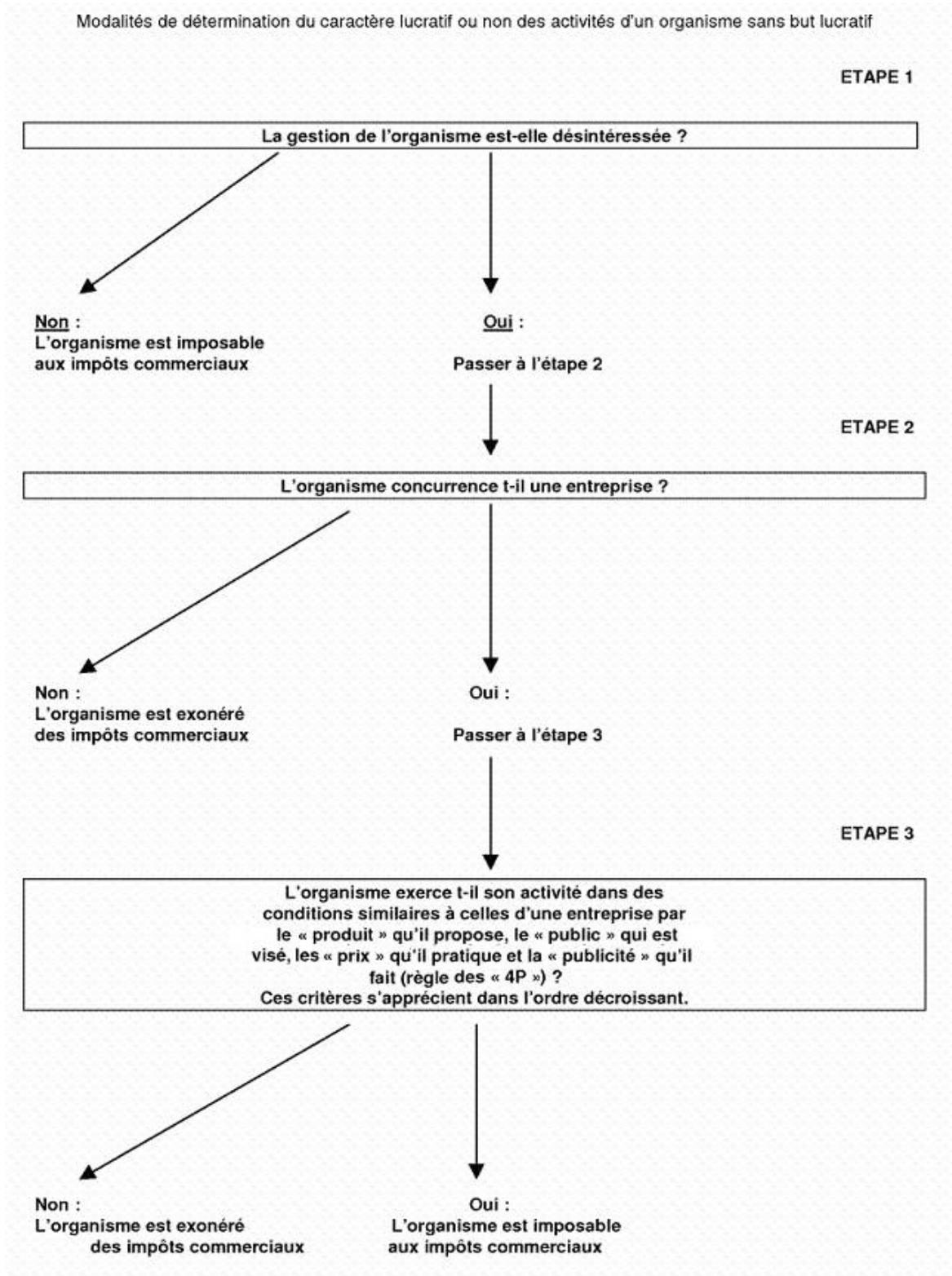
Délai de paiement des fournisseurs = (Dettes fournisseurs * 360) / achats TTC

Soit être inférieur à 45 jours

ANNEXE N°8

SCHEMA DE PRESENTATION DES MODALITES DE DETERMINATION DU CARACTERE LUCRATIF OU NON DES ACTIVITES D'UN ORGANISME SANS BUT LUCRATIF (OSBL)

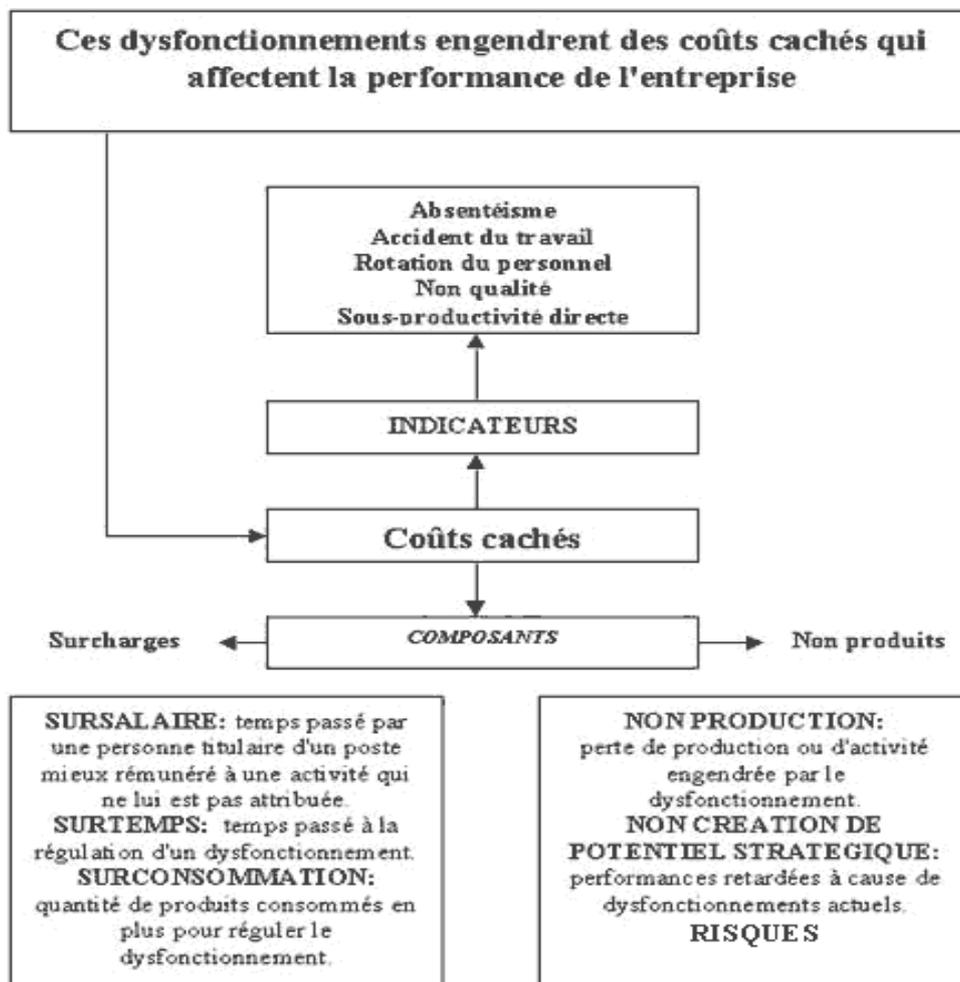
SOURCE : BOI-IS-CHAMP-10-50-10-10-20180404



ANNEXE N°9

THEORIE SOCIO-ECONOMIQUE DES COÛTS CACHES DE HENRY. SAVALL, SOURCE ISEOR

Un coût caché désigne le coût dû à des phénomènes habituellement non pris en compte par les systèmes comptables officiels. Selon la méthode d'analyse mise au point par H. Savall à l'ISEOR (université Lyon), les coûts cachés désignent à la fois des coûts qui sont pris en compte mais dilués dans différents postes et des coûts qui ne sont pas pris en compte et qui correspondent à des manques à gagner (coûts d'opportunité). Les coûts cachés trouvent leur origine dans des dysfonctionnements organisationnels résultant souvent de comportements humains. Absentéisme, rotation excessive du personnel, produits de mauvaise qualité, délais non respectés... sont des indicateurs de dysfonctionnements qui engendrent des coûts pour leur régulation. La diminution des dysfonctionnements réduit donc le montant des coûts cachés. Par opposition aux coûts cachés, les coûts visibles possèdent une dénomination comptable tels que charges de personnel ou achats de matières premières. Les coûts cachés ne sont donc ni quantifiés, ni surveillés. Ils ont pourtant une incidence sur le résultat de l'entreprise mais, comme ils sont cachés, ils ne sont pas pris en considération lors de la prise de décision de management.



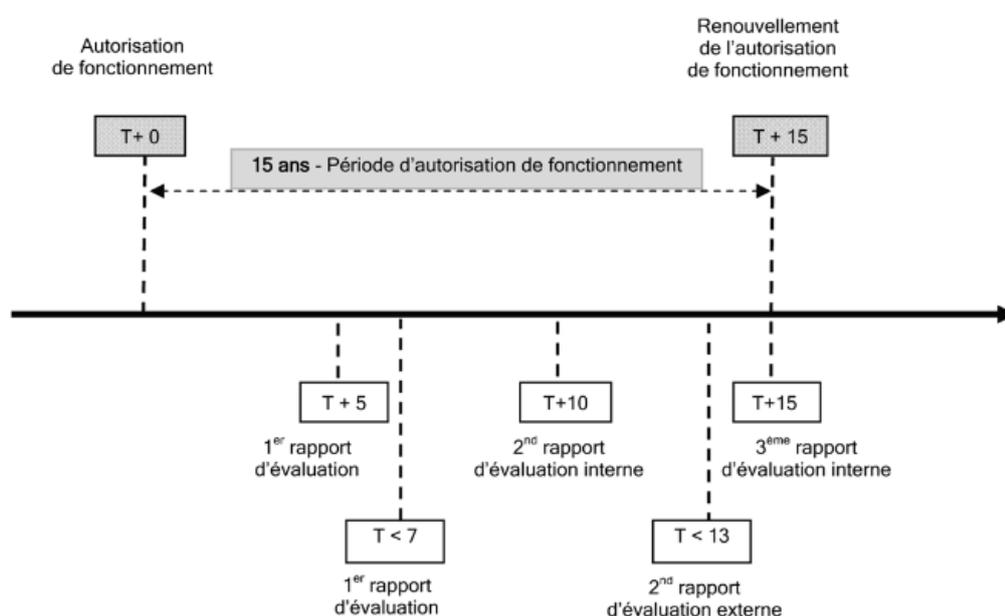
ANNEXE N°10

CALENDRIER DES DIFFERENTES EVALUATIONS

SUIVANT CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/2011/398 DU 21 OCTOBRE 2011 RELATIVE A
L'ÉVALUATION DES ACTIVITES ET
DE LA QUALITE DES PRESTATIONS DELIVREES DANS LES ETABLISSEMENTS ET
SERVICES SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

LE RYTHME DES ÉVALUATIONS

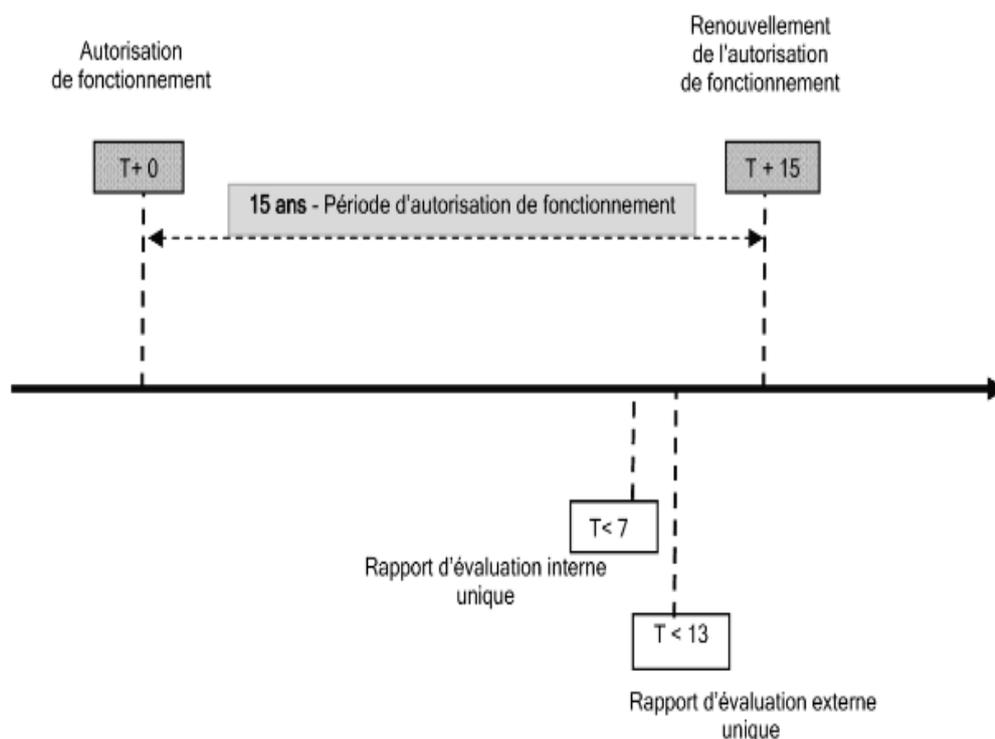
Régime de droit commun des évaluations de la qualité pour les ESSMS



Période d'autorisation de 15 ans	Pour un ESSMS autorisé et ouvert à compter du 21 juillet 2009, jusqu'au 21 juillet 2024		
	Date d'autorisation	T+0	21/07/2009
3 évaluations internes <i>résultats communiqués tous les 5 ans</i>	1 ^{ère} évaluation interne – EI1	T+5	< 21 juillet 2014
	2 nd e évaluation interne – EI2	T+10	< 21 juillet 2019
	3 ^{ème} évaluation interne – EI3	T+15	< 21 juillet 2024
2 évaluations externes <i>réalisées au + tard 7 ans après la date de l'autorisation et au + tard 2 ans avant la date de son renouvellement</i>	1 ^{ère} évaluation externe – EE1	T < 7	< 21 juillet 2016
	2 nd e évaluation externe – EE2	T < 13	< 21 juillet 2022
Renouvellement de l'autorisation		T+15	21/07/2024

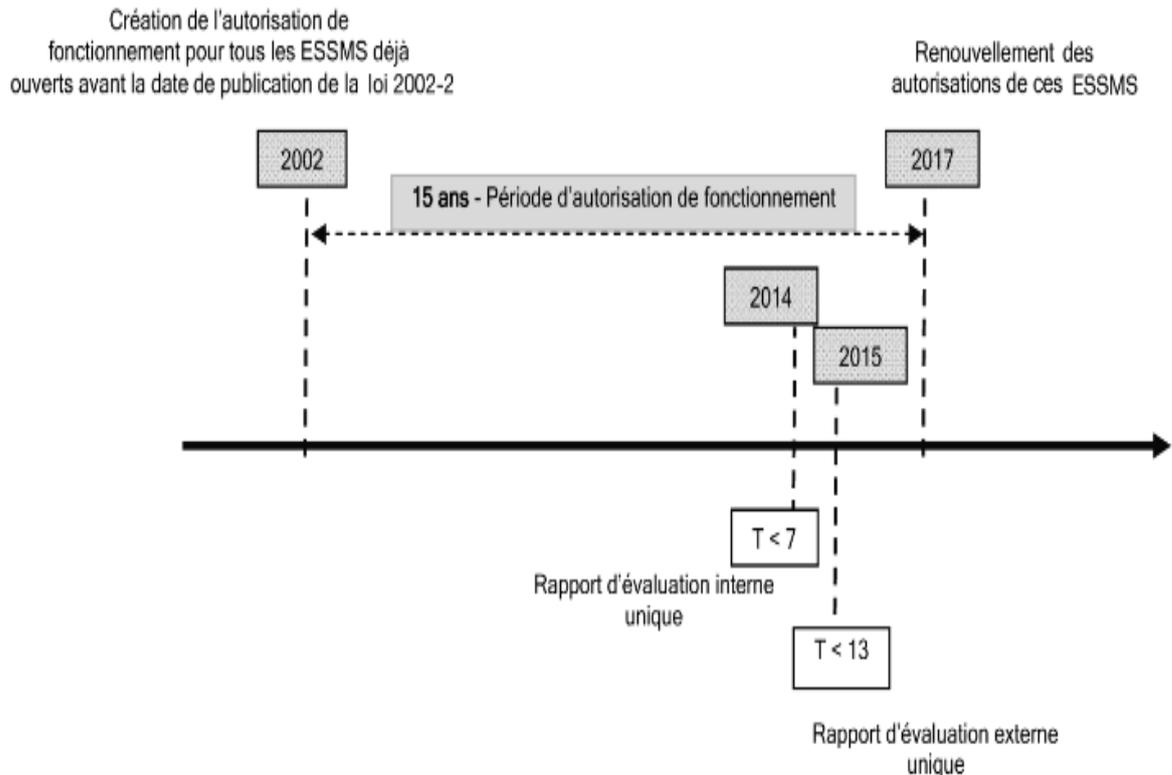
RÉGIME DÉROGATOIRE DES ÉVALUATIONS DE LA QUALITÉ POUR LES ESSMS AUTORISÉS ET OUVERTS AVANT LA DATE DE PROMULGATION DE LA LOI HPST

1. Le cas particulier des ESSMS autorisés et ouverts entre la date de publication de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires



Période d'autorisation de 15 ans	Pour un ESSMS autorisé et ouvert le 20 juillet 2009, jusqu'au 20 juillet 2024		
	Date d'autorisation	T+0	20/07/2009
1 évaluation interne résultats communiqués au + tard 3 ans avant la date de renouvellement	évaluation interne unique – EIU	T < 12	< 20 juillet 2021
1 évaluation externe réalisée au + tard 2 ans avant la date de renouvellement	évaluation externe unique – EEU	T < 13	< 20 juillet 2022
Renouvellement de l'autorisation		T+15	20/07/2024

2. Le cas particulier des ESSMS autorisés et ouverts avant la date de publication de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

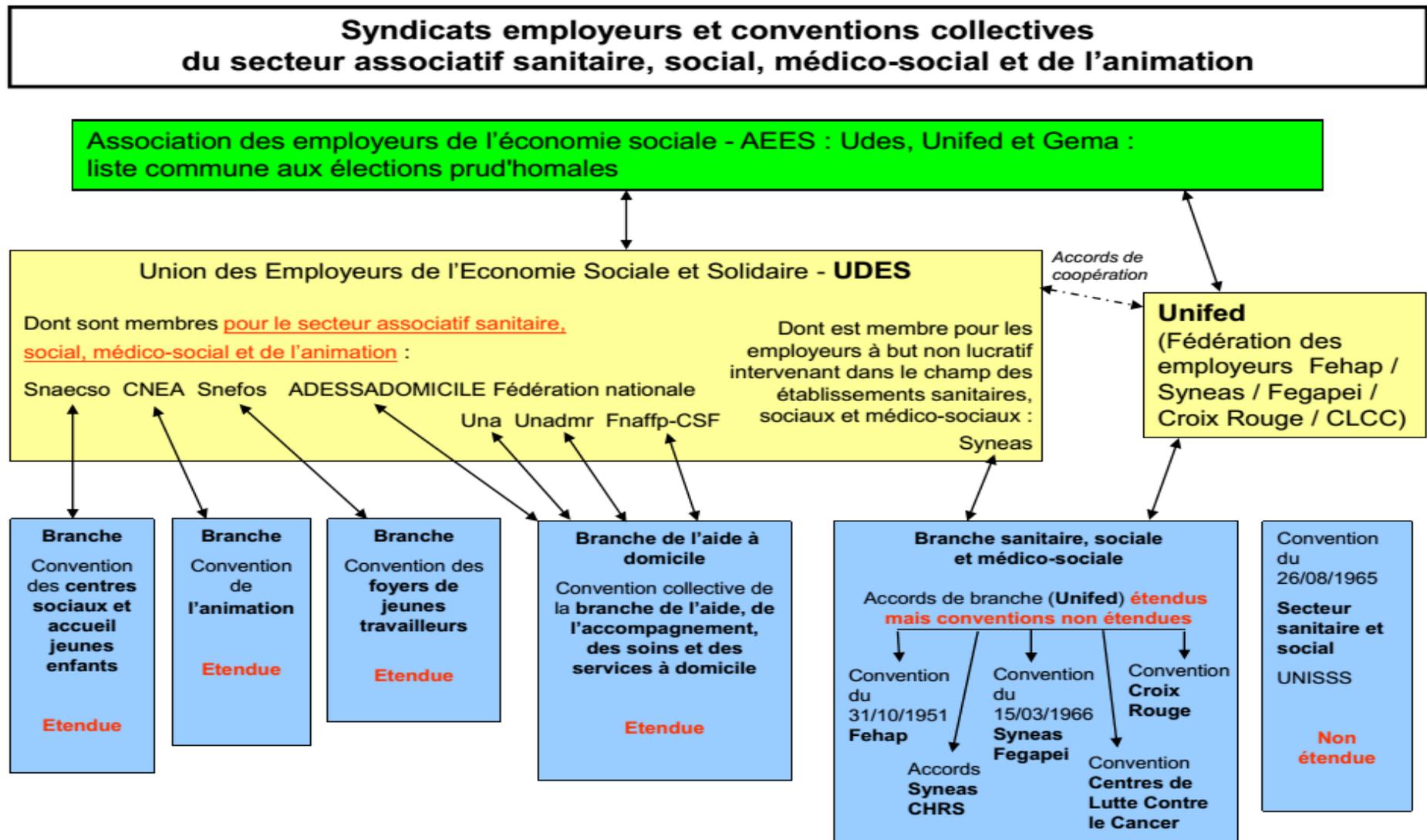


Période d'autorisation de 15 ans	Pour un ESSMS autorisé et ouvert avant le 3 janvier 2002		
	Date de référence de départ	T+0	03/01/2002
1 évaluation interne <i>résultats communiqués au + tard 3 ans avant la date de renouvellement</i>	évaluation interne unique – EIU	T < 12	< 3 janvier 2014
1 évaluation externe <i>réalisée au + tard 2 ans avant la date de renouvellement.</i>	évaluation externe unique – EEU	T < 13	< 3 janvier 2015
Date de référence de fin		T+15	03/01/2017

ANNEXE N°11

SCHEMA DE PRESENTATION DU SECTEUR

SOURCE : UNIOPSS, FICHES PRATIQUES STRUCTURATION & DROIT SOCIAL, DECEMBRE 2008-MISE A JOUR DECEMBRE 2013



ANNEXE N°12

LES ARS

Elles unifient le service public de la santé en regroupant tous les organismes publics actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements :

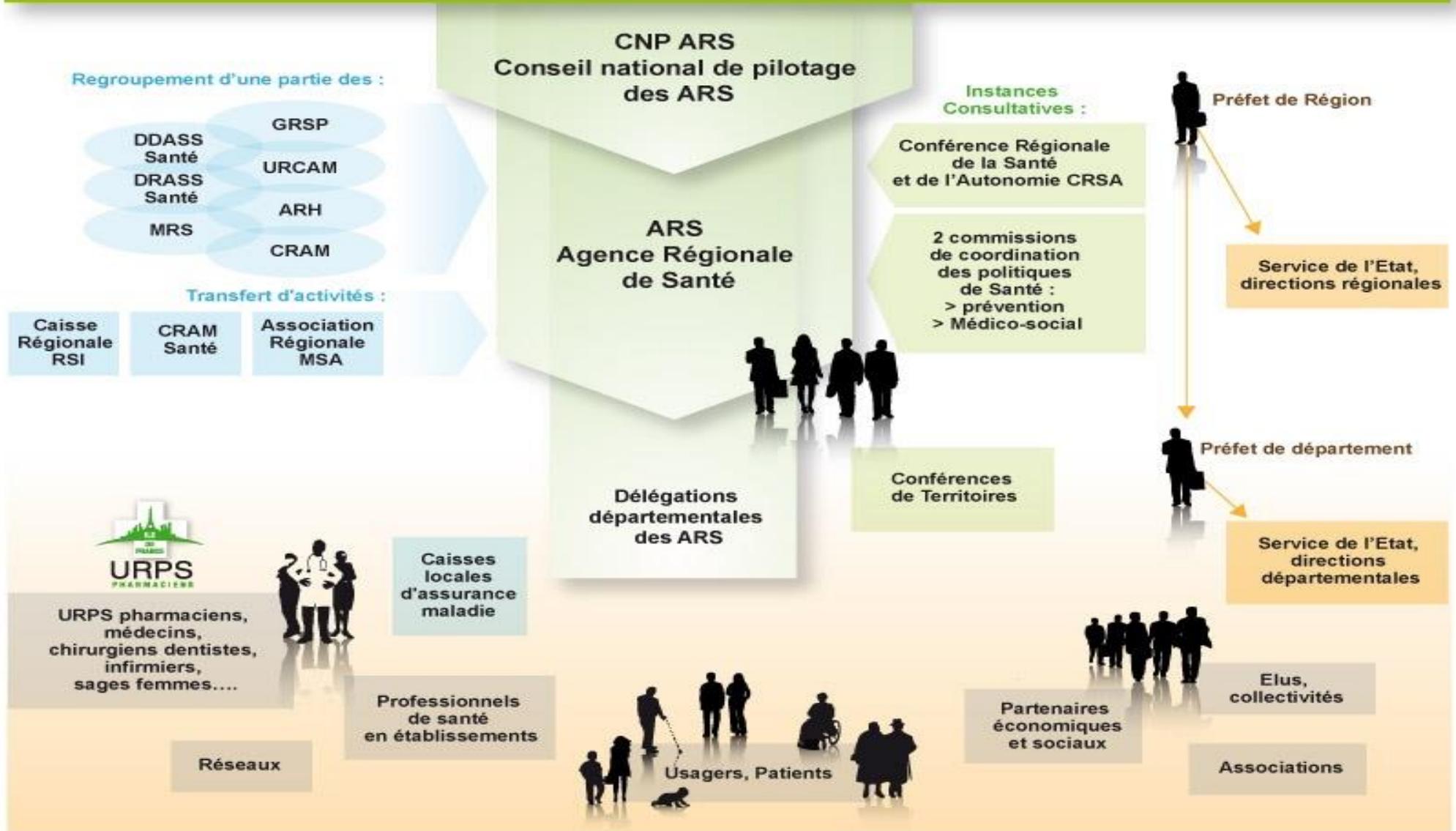
- Agences régionales de l'hospitalisation (ARH)
- Groupements régionaux de santé publique (GRSP)
- Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam)
- Missions régionales de santé (MRS)

Ainsi qu'une partie des :

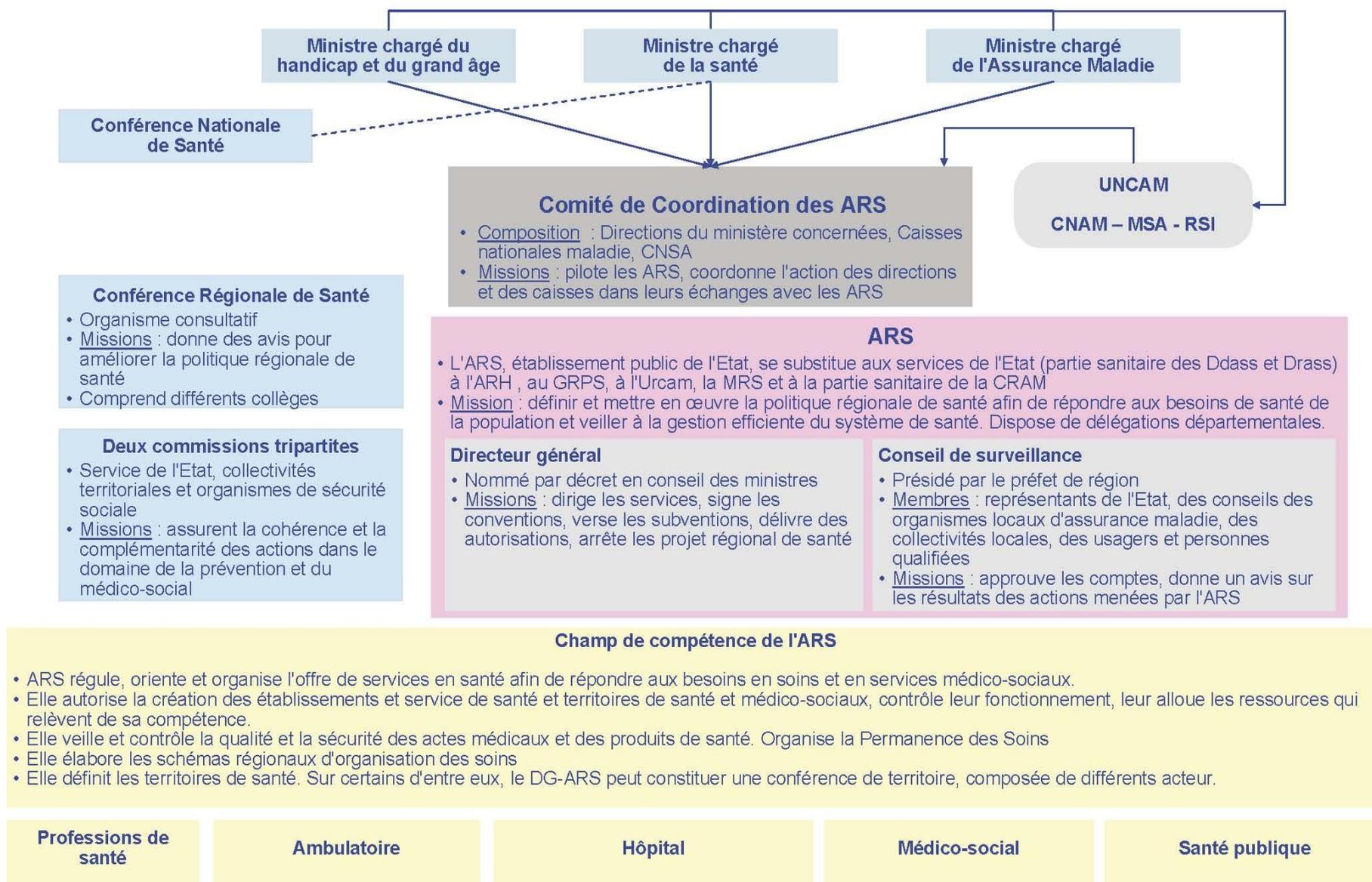
- Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass)
- Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass)
- Caisses régionales d'assurance maladie (Cram)
- Directions régionales du service médical (DRSM)
- Régime social des indépendants (RSI)
- Mutualité sociale agricole (MSA).³¹⁷

³¹⁷ <http://www.isere.gouv.fr/Services-de-l-Etat/Sante-et-cohesion-sociale/Agence-Regionale-de-la-Sante/Presentation-de-l-Agence-Regionale-de-la-Sante>

L'ARS DANS SON ENVIRONNEMENT



Les ARS : gouvernance, organisation et domaines d'interventions



Tables des matières

Introduction	1
1er partie : Le CPOM, manifestation de l'action publique.....	5
Chapitre 1 : Les évolutions législatives au service d'une volonté de maîtrise budgétaire et de planification.....	6
Section 1 : La recherche d'une meilleure planification du secteur médico-social	6
§ 1 : Une nouvelle gouvernance du secteur : les ARS	7
A. Des missions et des compétences larges	7
B. Le territoire comme élément de mise en œuvre.....	9
§ 2 : Les plans régionaux de santé déclinaison de la stratégie nationale de santé .	10
A. Le plan régional de santé, outil stratégique de planification régionale.....	10
B. Le PRIAC outil de priorisation du secteur médico-social.....	12
Section 2 : Contrôle des activités et de la qualité des prestations dans l'objectif d'amélioration du service rendu	13
§ 1 : Le nouveau régime des autorisations et de contrôle.....	13
A. Le renouvellement des autorisations : nouveauté de la loi du 2 janvier 2002..	13
B. Un contrôle accru des ESMS.....	15
§ 2 : La question de la qualité dans le secteur médico-social	15
A. A la recherche de la qualité dans un cadre contraint	15
B. Faire « avec » pour ne plus faire « pour » : le droit des usagers.....	18
Chapitre 2 : L'instrument de la régulation médico-sociale.....	20
Section 1 : Le CPOM, outil de mise en œuvre du plan régional de santé	20
§ 1 : Le CPOM comme outil stratégique de convergence des objectifs	20
A. Le lien fort entre CPOM et PRS.....	20
B. L'industrialisation du modèle.....	21
§ 2 : La recomposition de l'offre aux profits des « usagers »	23
A. D'une logique de manque de places	23
B. ...A une logique de parcours	25
Section 2 : L'outil de la tarification attaché au CPOM : l'EPRD.....	26
§ 1 : L'EPRD élément structurant de la stratégie du gestionnaire et de l'ACT	26
A. D'une logique ascendante à une logique descendante.....	26
a) L'imparable nécessité de nouvelles règles budgétaires et comptables.....	26
b) Un cadre budgétaire unique pour l'organisme gestionnaire.....	29
B. Une souplesse de gestion pour l'organisme gestionnaire	29
§ 2 : Financiarisation de la relation avec les pouvoirs publics	30

A. Une analyse financière à construire.....	30
B. Une organisation à repenser pour y faire face	32
2e partie : Le CPOM, vrai changement de paradigme pour les ESMS.....	34
Chapitre 1 : L'application du dogme de la concurrence au secteur médico-social	35
Section 1 : La concurrence comme nouvelle règle du jeu ?.....	35
§ 1 : Les effets de la création d'un marché dans le secteur du handicap	36
A. Le CPOM comme moyen de régler l'incertitude économique pour les acteurs ?	36
B. La mise en concurrence du secteur	37
§ 2 : Un secteur en pleine mutation	40
A. Des regroupements d'associations	41
a) Des OG qui grossissent : recherche de la taille critique	41
b) La coopération comme vertu ?.....	42
B. La reconnaissance de l'économie sociale et solidaire.....	44
Section 2 : Mais une concurrence faussée	45
§ 1 : Les effets pervers de la mise en concurrence.....	45
A. Les impacts sur les organisations du secteur handicap	45
B. Les effets juridiques de la mise en concurrence :	47
§ 2 : La fiscalité des organisations à but non lucratif : quel avenir pour le secteur du handicap ?	48
A. Le régime fiscal des structures à but non lucratif	49
B. L'impact économique du statut fiscal : est-il toujours source d'un avantage ?....	50
Chapitre 2 : Financiarisation de la relation avec l'autorité de contrôle.....	53
Section 1 : La gestion « au cœur du réacteur ».....	53
§ 1 : De la gestion à la financiarisation	53
A. La mise en œuvre de directives financières.....	53
a) D'une analyse budgétaire à une analyse financière	53
b) Capacité d'autofinancement, résultat et Plan global de financement, élément pour l'analyse des investissements	54
B. Et qui sont lourds de conséquences	55
§ 2 : Incidence judiciaire du CPOM	57
A. La justice, vrai élément bouclier du secteur vis-à-vis des autorités ?	57
B. Vers un contentieux avec les usagers-consommateurs ?	59
Section 2 : Une structuration des organisations autour d'expertises.....	61
§ 1 : Des experts aux commandes pour sécuriser la gestion.....	61
A. Une expertise nécessaire au nouveau paradigme :	61
B. Une structure organisationnelle remodelée.....	63
§ 2 : Le management de la performance	65
A. Les impacts des outils de l'entreprise dans le secteur médico-social.....	65

B. Un management déconnecté du terrain.....	67
Conclusion.....	70
Bibliographie	71
Liste des annexes	I
ANNEXE N°1.....	II
ANNEXE N°2.....	V
ANNEXE N°3.....	VII
ANNEXE N°4	XIV
ANNEXE N°5	XV
ANNEXE N°6	XVIII
ANNEXE N°7	XXI
ANNEXE N°8	XXIII
ANNEXE N°9	XXIV
ANNEXE N°10.....	XXV
ANNEXE N°11	XXIX
ANNEXE N°12	XXX
Tables des matières	I

AUNIS	François	2018
MASTER 2 Droit, santé, éthique Parcours droit éthique des établissements sociaux et socio-médicaux		
IMPACT DES CPOM OBLIGATOIRES DANS LE CHAMP DES PERSONNES HANDICAPEES ETUDE SUR LA FINANCIARISATION DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL		
<p><u>Résumé :</u></p> <p>L'introduction de l'obligation de signer un CPOM pour l'ensemble des acteurs du secteur du handicap par la loi de financement de la sécurité sociale de 2016, vient modifier en profondeur les relations avec les autorités de tarification. C'est l'aboutissement des réformes voulues par le législateur afin de maîtriser les dépenses publiques.</p> <p>Depuis la loi du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale, le secteur des personnes handicapées a connu de nombreuses évolutions législatives. Ces réformes ont modifié en profondeur l'action des acteurs vis-à-vis de personnes accueillies. Mais avec la généralisation de la contractualisation, le secteur du handicap franchit une nouvelle étape : la construction d'un marché avec ses effets : concurrence, fusion, financiarisation.</p>		
<p><u>Mots clés :</u></p> <p>Analyse financière, ARS, concurrence, CPOM, EPRD, financiarisation, fiscalité, gestion, handicap, loi LFSS 2016, médico-social, organisation, planification, plan régional de santé, qualité, stratégie</p>		