



## **Master 2 Droit de la santé**

Parcours Droit et éthique des établissements sociaux et médico-sociaux

**Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sociaux et médico-sociaux, outils stratégiques entre les mains des autorités de régulation et des institutions gestionnaires d'établissements et de services.**

Par MONTANGON Aurélien

Sous la direction de Madame BOHIC Nicole professeure de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique et Médecin de santé publique.

Septembre 2018

### Membres du jury :

- Monsieur APOLLIS Benoit, Maître de conférences à l'Université de Rennes 1
- Madame BOHIC Nicole, professeure à l'EHESP (directrice de mémoire)





## **Master 2 Droit de la santé**

Parcours Droit et éthique des établissements sociaux et médico-sociaux

**Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sociaux et médico-sociaux, outils stratégiques entre les mains des autorités de régulation et des institutions gestionnaires d'établissements et de services.**

Par MONTANGON Aurélien

Sous la direction de Madame BOHIC Nicole professeure de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique et Médecin de santé publique.

Septembre 2018

### Membres du jury :

- Monsieur APOLLIS Benoit, Maître de conférences à l'Université de Rennes 1
- Madame BOHIC Nicole, professeure à l'EHESP (directrice de mémoire)

# Sommaire

---

## **Introduction.**

### **Partie 1 - Les CPOM, outils stratégiques de mise en concordance des politiques des acteurs sociaux et médico-sociaux.**

Chapitre 1 : Le CPOM, outil de déclinaison opérationnel des politiques publiques sociales et médico-sociales.

Chapitre 2 : Le CPOM, un outil de mise en œuvre de la politique de service et d'établissement.

### **Partie 2 - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens obligatoires, outil support d'une réforme globale.**

Chapitre 1 : Les réformes de la contractualisation et de la tarification, deux réformes interdépendantes.

Chapitre 2 : Conséquences et esprit de cette réforme.

## **Conclusion.**

## Liste des abréviations.

---

<b>AGGIR</b>	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ART</b>	Article
<b>ASV (loi)</b>	Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement
<b>CAF</b>	Capacité d'autofinancement
<b>CASF</b>	Code de l'action sociale et des familles
<b>CE</b>	Conseil d'Etat
<b>CHRS</b>	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>DGARS</b>	Directeur général de l'agence régionale de santé
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EPRD</b>	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
<b>ESSMS</b>	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>FHF</b>	Fédération hospitalière de France
<b>GCSMS</b>	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>GIR</b>	Groupe Iso-Ressources
<b>GMP</b>	Gir moyen pondéré

<b>GMPS</b>	Gir moyen pondéré soins
<b>HPST (Loi)</b>	Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la sécurité sociale
<b>LOLF</b>	Loi organique relative aux lois de finances
<b>NPM</b>	New public management
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut
<b>PMP</b>	Pathos moyen pondéré
<b>PRS</b>	Projet régional de santé
<b>PUV</b>	Petite unité de vie
<b>SERAFIN-PH</b>	Services et Etablissement : Réforme pour une Adéquation des FINancements au parcours des Personnes Handicapées
<b>UNIOPSS</b>	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

## Introduction.

---

« Pour beaucoup de juristes, le secteur médico-social est atypique et ne mérite pas véritablement que l'on s'en préoccupe. De même, bien des acteurs du secteur médico-social considèrent que la connaissance approfondie du droit ne saurait véritablement leur être utile, que le droit est davantage constitué d'obstacles et d'interdits destinés à brider les initiatives<sup>1</sup> ».

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sociaux et médico-sociaux (CPOM) font les frais de ce désintérêt des juristes pour ce secteur. Pour illustrer cela, les commentaires de doctrine sont assez parlants. Ainsi, le code de la santé publique (CSP) propose sept commentaires relatifs aux CPOM sanitaires alors que le code de l'action sociale et des familles (CASF) n'en propose que trois. Pour autant, un intérêt un peu plus marqué des juristes pour ces CPOM ne serait pas inutile dans la pratique des professionnels. Ces derniers ont tendance à voir les CPOM comme un obstacle dans leur pratique quotidienne alors que, bien appréhendés, les CPOM médico-sociaux peuvent devenir de véritables outils stratégiques pour l'ensemble des acteurs du secteur. Une analyse juridique de cet aspect du CPOM pourra ainsi éclairer leur pratique.

Le CPOM peut être défini comme « un outil de contractualisation externe entre, d'une part, les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et, d'autre part, les autorités de régulation<sup>2</sup> ». Ce contrat « détermine, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs et les ressources des structures dans le cadre de la déclinaison des orientations du projet régional de santé (PRS)<sup>3</sup> ».

Les CPOM ont été introduits pour la première fois dans le secteur sanitaire par une ordonnance de 1996<sup>4</sup>. Il faudra attendre la loi du 2 janvier 2002<sup>5</sup> pour que ce dispositif soit étendu au secteur social et médico-social. Dans un premier temps ce dispositif facultatif était conçu comme un outil de développement pour « 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<sup>6</sup> ».

---

<sup>1</sup> Violla François, Introduction, *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, Edition Dunod, 2012.

<sup>2</sup> Callu Marie-France, Girer Marion, Rousset Guillaume, *Dictionnaire de droit de la santé*, LexisNexis.

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>5</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>6</sup> Article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

Son aspect d'outil budgétaire n'est introduit dans le code de l'action sociale et des familles qu'en 2005 par l'ordonnance n° 2005-1477 du 1 décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ce dispositif législatif va ensuite être complété par l'introduction d'un nouvel article L. 313-12-2 par la loi Hôpital-patient-santé-territoire (HPST)<sup>7</sup>. Cet article impose aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la compétence exclusive du directeur général de l'ARS (DGARS) de conclure un CPOM dès lors qu'ils atteignent un seuil fixé annuellement par arrêté du ministre chargé des affaires sociales. Ce seuil devait être fixé en fonction de leur taille et de l'importance des produits de leur tarification. Cependant, le décret d'application de ce texte n'a jamais été publié. De ce fait, les CPOM sont restés facultatifs et la pratique a démontré que le nombre de contractualisations volontaires est resté assez modeste. Face à ce constat d'échec, les pouvoirs publics ont voulu relancer cette démarche de contractualisation. Le volontariat s'étant avéré ne pas fonctionner, ils ont décidé de relancer le conventionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en rendant les CPOM obligatoires.

La réforme du conventionnement obligatoire s'est faite en deux étapes. Le législateur a, d'abord, relancé la dynamique de la contractualisation par le biais de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>8</sup> (ASV) qui a mis en place les CPOM obligatoires dans le secteur des personnes âgées en modifiant l'article L. 313-12 du CASF. L'article 58 de cette loi a substitué le CPOM à l'ancienne convention tripartite pluriannuelle. Ainsi, depuis cette loi, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les petites unités de vie (PUV) sont tenus de signer un CPOM avec leurs autorités de contrôle et de tarification. La seconde étape a été mise en place par le législateur avec les lois 2015-1702 du 21 décembre 2015 et 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 et 2017. L'article 75 de la LFSS pour 2016 a supprimé la référence à un seuil à partir duquel le CPOM doit être signé. De fait, les établissements et services du secteur handicap sous compétence exclusive du directeur général de l'ARS devront signer un CPOM avec leurs autorités de contrôle et de tarification. Il en sera de même pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). La LFSS pour 2017 est venue compléter la liste des établissements et services soumis à cette obligation de signature d'un CPOM. D'abord, elle a allongé la liste des

---

<sup>7</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>8</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

établissements relevant de la compétence exclusive du directeur général de l'ARS et tenus de signer un CPOM. La liste de ces établissements est énoncée par l'instruction<sup>9</sup> du 21 mars 2017. Ensuite, elle a également étendu le périmètre des établissements soumis à contractualisation obligatoire car désormais cette obligation pèse également pour les établissements en compétence partagée entre l'ARS et les conseils départementaux. Cette réforme de la contractualisation érige également ces CPOM obligatoires en outils budgétaires imposés car ces CPOM auront nécessairement un volet financier.

Il apparaît donc que le CPOM est un outil de développement du secteur et un outil budgétaire déjà ancien. Mais cet outil, d'abord pensé comme facultatif, n'a pas eu le succès escompté par les autorités. C'est la raison pour laquelle une réforme récente les a rendus obligatoires.

Néanmoins, le CPOM a une spécificité de taille. C'est un outil contractuel. Le code civil énonce que le contrat est « *un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations*<sup>10</sup> ». Ainsi, en se référant aux dispositions du code civil, le CPOM apparaît être un accord de volontés entre les autorités de contrôle et les institutions gestionnaires d'établissements et de services. Un premier questionnement éthique peut donc apparaître ici. Comment cet outil peut-il être véritablement le fruit d'un accord de volontés lorsque sa conclusion est imposée par la législation et que le cocontractant des gestionnaires est dans une telle position de force comme peuvent l'être les autorités de contrôle et de tarification. Pour autant, une négociation est belle et bien mise en œuvre avant la signature d'un CPOM. Le CPOM est donc bien un outil contractuel.

---

<sup>9</sup> 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) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code : « *Aussi, sont concernés par cette contractualisation obligatoire les ESMS suivants : les instituts médicoéducatifs (IME), les instituts thérapeutiques éducatifs pédagogiques (ITEP), les établissements et services pour enfants déficients moteurs (IEM), les établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP), les établissements et services pour enfants atteints de déficience sensorielle, les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres d'accueil familiaux spécialisés (CAFS) créés et gérés par ces établissements, les services types services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les jardins d'accueil spécialisés, les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation (CPO), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisé (FAM), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Les établissements d'hébergement temporaire du secteur des personnes en situation de handicap sont également concernés, ainsi que les SSIAD, qu'ils interviennent auprès de personnes âgées ou de personnes handicapées. A noter que les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont également inclus dans le périmètre de la contractualisation obligatoire. Enfin, dans le cadre de l'instruction du 10/10/2016, les établissements d'accueil de jour autonomes (AJA) ont été intégrés à ce périmètre »*

<sup>10</sup> Article 1101 du code civil.

Mais ce contrat est un contrat particulier car l'un au moins de ses cocontractants sera une administration (ARS, conseil départemental...). Or, les administrations agissent toujours dans un but d'intérêt général. Il s'agit donc de s'interroger sur sa qualification juridique de ce contrat : est-ce un contrat de droit privé ou peut-on le qualifier de contrat administratif<sup>11</sup>.

Il existe deux formes de qualification du contrat en contrat administratif. La première trouve son fondement dans la loi. Un contrat est donc administratif par la volonté du législateur. La seconde qualification découle de la jurisprudence. Ainsi, dès lors que les critères jurisprudentiels sont remplis alors le contrat sera qualifié d'administratif.

Le juge administratif se fonde sur deux critères. D'abord, un critère organique devra être rempli ce qui signifie qu'un contrat ne peut être qualifié d'administratif que si une personne publique est partie au contrat (Tribunal des conflits, 3 mars 1969, *Société Interlait*, n°01923, *Leb.* p. 682). Ensuite, le critère matériel devra être rempli. Ainsi, « *le contrat passé par une personne publique présente un caractère administratif s'il relève d'un régime exorbitant du droit commun ou s'il assure l'exécution d'un service public*<sup>12</sup> ».

Il ne fait aucun doute que le critère organique est rempli car, dans chaque CPOM, une partie, au moins, a la qualité de personne publique. Le critère matériel est quant à lui plus complexe à appréhender. En effet, un contrat signé par une personne publique est administratif s'il concerne l'exécution d'un service public. Or, le législateur a expressément refusé de qualifier l'action sociale et médico-sociale de service public et a préféré la qualifier de « *mission d'intérêt général et d'utilité sociale*<sup>13</sup> ». Le juge a fait une application stricte de la volonté du législateur dans la jurisprudence APREI<sup>14</sup>. Ainsi, un établissement ou service associatif ou privé à but lucratif n'est donc pas en charge d'un service public. Il est tout de même à noter que récemment, le juge administratif a considéré dans une jurisprudence du 5 juillet 2017<sup>15</sup> qu'un établissement public social ou médico-social était en charge d'un service public administratif. Ainsi, le critère

---

<sup>11</sup> Sur la qualification juridique du CPOM : *Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, UNIOPSS, 2008, 220p. ; Laurent COCQUEBERT, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *RDSS*, 2012, p. 34 ; Elisabeth Fieschi-Bazin, « la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le champ médico-social », *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale : Outils juridiques et stratégies de régulation*, LEH Edition, 2017, p. 52-101

<sup>12</sup> Untermaier-Kerléo Elise, *Mes TD de droit, Droit administratif*, Ellipses

<sup>13</sup> Article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>14</sup> CE 22 févr. 2007, APREI, *RDSS* 2007. 499, concl. C. Verot ; *ibid.* 517, note G. Koubi et G. J. Guglielmi ; *Lebon* ; *AJDA* 2007. 793, chron. F. Lenica et J. Boucher ; *RFDA* 2007. 803, note C. Boiteau

<sup>15</sup> CE, 5 juillet 2017, Mme A, n° 399977

de participation au service public n'est donc pas satisfaisant car il empêche de qualifier les CPOM de contrat administratif dès que le gestionnaire est privé.

Ainsi, il s'agira de vérifier si les CPOM contiennent des clauses exorbitantes du droit commun. Ce critère a été posé par une jurisprudence de 1912<sup>16</sup>. Il est à noter que depuis une jurisprudence du Tribunal des conflits<sup>17</sup> l'expression « *clause impliquant que, dans l'intérêt général, le contrat soit soumis au régime exorbitant des contrats administratifs* » est préférée à l'expression « *clause exorbitante du droit commun* ». Ainsi, il semble donc que chaque CPOM doive être analysé au cas par cas pour déterminer si une telle clause est présente et, ainsi, pouvoir qualifier le CPOM de contrat administratif. Pour autant, « *les CPOM contiennent toujours des stipulations manifestement exorbitantes du droit commun*<sup>18</sup> ». Ses stipulations exorbitantes sont le plus souvent des prérogatives de contrôle des personnes publiques sur les gestionnaires ou des clauses offrant à l'administration la faculté de modifier unilatéralement le contrat. Les CPOM sont donc des contrats administratifs.

Pourtant, même si les CPOM ont une qualification juridique unique, il s'avère que cette catégorie juridique est très hétérogène et de nombreux CPOM différents existent. En effet, il existe sept types de CPOM. On trouve d'abord les « CPOM de droit commun » de l'article L. 313-11 du CASF. Ils ont été introduits par la loi 2002-2 et sont facultatifs. Récemment mis en place par la loi ASV, il existe également les CPOM EHPAD et PUV. Ils relèvent de l'article L. 313-12, IV du CASF. Ils sont obligatoires et l'article prévoit une sanction pécuniaire en cas de refus. La loi ASV a également introduit un CPOM résidence autonomie relevant de l'article L. 313-12 III du CASF. Cette même loi a également introduit les CPOM service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) énoncés à l'article L. 313-11-1 du CASF. La loi ASV a également instauré un CPOM expérimentation SPASAD. Il existe également les CPOM « personnes handicapées » et service de soins infirmiers à domicile de l'article L. 313-12-2 du CASF qui sont eux aussi obligatoires. Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a créé les CPOM restructuration de l'offre de l'article L. 313-9 du CASF.

---

<sup>16</sup> CE 31 juill. 1912, Sté des granits porphyroïdes des Vosges, Lebon 909 ; GAJA, 18e éd. 2011, n° 25 et CE 20 avr. 1956, Epoux Bertin, Lebon 167 ; GAJA, 18e éd. 2011, n° 71

<sup>17</sup> Tribunal des conflits, 13 octobre 2014, Société Axa France IARD c/ MAIF, n° C3963

<sup>18</sup> Laurent COCQUEBERT, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *RDSS*, 2012, p. 34

Le CPOM est donc une catégorie juridique variée et hétérogène ce qui laisse à penser qu'il serait adapté à toutes les situations. Il semblerait donc que le CPOM puisse être qualifié d'outil stratégique.

Le mot outil découle du mot latin *usitalia* qui signifie « objet nécessaire ». Le Larousse définit un objet comme l'élément d'une activité qui n'est qu'un moyen, un instrument. Or, si le CPOM a été conçu comme un instrument par le législateur c'est qu'il a souhaité faire du CPOM un outil au service de la stratégie des acteurs du secteur social et médico-social. Or la stratégie est définie comme « *l'art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but* » dans le Larousse. Ainsi, le CPOM doit être vu comme un instrument au service des acteurs du secteur pour atteindre leurs buts.

Concernant les acteurs, il s'agira évidemment de penser aux autorités de contrôle et de tarification (Etat, ARS, Département...). En effet, elles disposent d'un poids particulièrement important dans la négociation des CPOM ce qui ne laisse que peu de doute quant à l'importance stratégique que revêt le CPOM dans leur gouvernance. Pour autant, les institutions gestionnaires d'établissements et de services doivent, elles-aussi, voir le CPOM comme un instrument pouvant servir leur gestion. Et cela même si les autorités de contrôle sont en position de force. Une définition de ces institutions gestionnaires est donnée à l'article L. 311-1 du CASF. Ce sont « *les personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux* ». Ces établissements et services n'ont pas de définition générale mais relèvent d'une liste énoncée à l'article L. 312-1 du CASF. Enfin, concernant les acteurs, il ne faut pas oublier les usagers car le CPOM devra être un levier en faveur de la qualité des services qui leurs seront dispensés. Cette qualité d'acteur social et médico-social des usagers est mise en avant par l'ANAP dans son guide d'aide à la contractualisation car elle qualifie les usagers de « *partenaires*<sup>19</sup> » aux CPOM. C'est sur cette polyvalence du CPOM que cet exercice va s'attarder. Il s'agira de démontrer que les CPOM sont des outils au service de l'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social.

En quoi le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens social et médico-social est un outil polyvalent au service de la gouvernance des institutions gestionnaires de structures sociales et médico-sociales et des autorités de contrôle et de tarification ?

---

<sup>19</sup> Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social, guide méthodologique d'appui à la contractualisation, Chapitre 1 : les enjeux de la contractualisation, janvier 2017.

Alors que le CPOM existe dans le secteur social et médico-social depuis, maintenant, seize ans, il reste pourtant un outil assez méconnu des acteurs du secteur social et médico-social car le dispositif législatif antérieur était facultatif. Ces contrats n'ont donc pas connu le succès escompté par les pouvoirs publics. Le législateur, quant à lui, y voit un levier stratégique depuis son introduction dans le secteur en 2002. C'est la raison pour laquelle il a décidé de relancer la démarche par la force en rendant certains CPOM obligatoires. Une telle façon d'agir n'est pas de nature à ce que les institutions gestionnaires de structures voient le CPOM d'un bon-œil. Ils ont même plutôt tendance à accueillir ce contrat comme un outil unilatéral déguisé. Or, la direction donnée par législateur est claire : l'avenir se trouve dans les CPOM. Cette direction est d'ailleurs confirmée par le projet de loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique dont l'article 43 souhaite insérer un article L. 313-11-2 au CASF instaurant un CPOM obligatoire pour les établissements et services énoncés à l'article L.312-1, 8° du même code. Les gestionnaires vont donc devoir composer avec cet ancien outil remis au goût du jour. L'intérêt pratique de ce travail est donc de démontrer que le CPOM n'est pas qu'un outil créé pour servir les intérêts des autorités de contrôle et de tarification mais que, finalement, chaque acteur peut y trouver un véritable intérêt. De plus, le législateur ne s'est pas contenté d'imposer le CPOM dans sa forme initiale telle que connue depuis 2002. Il a profité de cette réforme pour « améliorer » le CPOM. Ainsi, d'un point de vue législatif, l'intérêt de ce travail est de démontrer que le CPOM est également vecteur d'une volonté de transformation et de modernisation du secteur social et médico-social.

Nous verrons dans une première partie que le CPOM a été conçu comme un outil de mise en concordance des politiques des autorités de contrôle et de tarification et des gestionnaires de structures sociales et médico-sociales (Partie 1). Puis dans une deuxième partie sera abordé le fait que la réforme de la contractualisation obligatoire a été le support d'une réforme plus vaste du secteur social et médico-social (Partie 2).

# **Partie 1 – Les CPOM, outils stratégiques de mise en concordance des politiques des acteurs sociaux et médico-sociaux.**

---

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a comme article de droit commun l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles. D'abord, cet article dispose que ces CPOM peuvent être utilisés pour réaliser les objectifs retenus par les schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Ensuite, il énonce que ces contrats doivent également permettre la mise en œuvre du projet d'établissement.

Cet article permet immédiatement de saisir que le CPOM a été créé dans une finalité de servir à la fois les autorités de contrôle et de tarification et les institutions gestionnaires d'établissements et services.

Dans la pratique, cet outil contractuel peut sembler n'être, finalement, qu'un outil entre les mains des autorités. Il est évident que ces autorités de contrôle et de tarification se trouvent dans une position de supériorité par rapport aux établissements et que leur finalité première est de mettre en œuvre leurs politiques sociales et médico-sociales. Pour autant, les institutions gestionnaires doivent, elles-aussi, considérer le CPOM comme un outil de mise en œuvre de leur politique d'établissement ou de service.

L'intérêt de cette première partie sera donc de démontrer qu'en réalité le CPOM va jouer le rôle « d'intermédiaire » entre les autorités de contrôle et de tarification et les institutions gestionnaires pour que leurs politiques respectives se répondent. Le CPOM va permettre une mise en concordance des politiques publiques sociales et médico-sociales et les politiques d'institutions gestionnaires.

Pour cela, nous verrons dans un premier temps que le CPOM va être, pour les autorités, un outil de déclinaison opérationnelle de leur politique sociale et médico-sociale au niveau de chaque établissement et service (Chapitre 1). Puis nous verrons que, pour les institutions gestionnaires,

le CPOM permettra de réaliser leur politique d'établissement énoncée dans leur projet d'établissement ou de service (Chapitre 2).

## Chapitre 1 : Le CPOM, outil de déclinaison opérationnelle des politiques publiques sociales et médico-sociales.

---

La maîtrise de l'offre sociale et médico-sociale est un objectif des pouvoirs publics au même titre que l'est la maîtrise de l'offre de soin. Les pouvoirs publics sont principalement l'Etat (pour la partie médicale) et les collectivités locales (pour la partie sociale). Ils poursuivent cet objectif pour répondre à deux finalités principales. Ce sont ces deux idées qu'exprime Flore CAPELIER lorsqu'elle affirme que « *l'individualisation de l'action publique n'est possible que dans l'hypothèse où une réflexion a eu lieu en amont sur le contenu global de l'action publique*<sup>20</sup> ». Puis elle ajoute que le « *contexte de crise économique*<sup>21</sup> » exige « *une rationalisation de l'offre sociale et médico-sociale, en coordonnant l'action des différents acteurs compétents, en mutualisant certains moyens*<sup>22</sup> ». Ainsi, la première finalité de la maîtrise de l'offre sociale et médico-sociale est l'exigence d'une offre de qualité sans disparités trop importantes entre les différentes parties du territoire. La seconde finalité découle, quant à elle, d'une autre exigence qui est celle de la maîtrise des dépenses publiques car les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux reposent très largement sur les deniers publics. Cet objectif de maîtrise des dépenses publiques s'inscrit donc dans un cadre plus large. D'abord, il s'inscrit dans un cadre constitutionnel puisque le Conseil Constitutionnel a érigé le principe d'équilibre budgétaire en principe fondamental<sup>23</sup>. Ensuite, il s'inscrit dans un cadre européen puisque le Traité de Maastricht impose aux Etats membres de l'Union Européenne d'assurer l'équilibre de leurs budgets publics.

La bonne mise en œuvre de ces politiques publiques sociales et médico-sociales revêt donc une importance stratégique pour les autorités publiques. Or, mener à bien des objectifs si importants exige une réflexion en amont des autorités. Cette réflexion en amont va prendre la forme de la planification qui ensuite devra être mise en œuvre par des outils.

Ce chapitre part donc du postulat que le CPOM est un de ces outils de mise en œuvre des politiques publiques et que son lien avec les différents schémas est fondamental. Il s'agira donc de démontrer que le CPOM est bien un rouage de la chaîne de planification (Section 1). Une

---

<sup>20</sup> Flore CAPELIER, « L'indispensable maîtrise de l'offre sociales et médico-sociales », *Comprendre la protection de l'enfance*, Éditions Dunod, 2015, pp 309-354

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Conseil Constitutionnel, Décision n° 79-110 DC, 24 décembre 1979, Loi de finances pour 1980

fois ce lien établi, il sera démontré que, du fait de ce lien avec la planification, le CPOM est un outil qui permet aux autorités d'influencer sur l'offre sociale et médico-sociale qualitativement et quantitativement (Section 2).

## **Section 1 – le CPOM, outil de mise en œuvre opérationnelle de la planification sociale et médico-sociale.**

La planification a été définie par le Haute Conseil de la Santé Publique (HCSP) comme le « *processus d'aide à la décision qui vise, par concertation des acteurs concernés, à prévoir les ressources et les services requis pour atteindre des objectifs déterminés selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix d'une solution préférable parmi d'autres alternatives*<sup>24</sup> ». Comme cela a donc été vu précédemment, les politiques publiques fixent des objectifs. Le rôle de la planification est de mettre en place les ressources et les services pour les atteindre.

Dans le secteur des soins, le processus de planification est simplifié par le fait qu'un seul acteur est compétent pour déterminer les politiques publiques de soins, l'Etat. Dans le domaine social et médico-social, la compétence est éclatée entre différents acteurs ce qui complexifie largement la lecture d'une telle planification. Cette complexité exige de revenir sur le fonctionnement de la planification sociale et médico-sociale (I). Ensuite il s'agira de déterminer où s'insère le CPOM dans cette planification (II).

### **I. La planification sociale et médico-sociale.**

La compétence en matière de planification en santé relève d'une seule autorité, à savoir l'Etat. Les choses ne sont pas aussi simples en matière de politiques sociales et médico-sociales dont la compétence est éclatée entre plusieurs autorités publiques (A). Cet éclatement découle notamment du choix de faire de la France un Etat décentralisé car un certain nombre de compétences en matière sociale ont été transférées aux collectivités locales. Ainsi, plusieurs autorités disposant de la compétence en matière de planification coexistent. Dès lors, cet

---

<sup>24</sup> Haut Conseil de la Santé Publique, « Plans et planification », *Actualité et dossiers en santé publique* n° 11, 1995

éclatement de la compétence entraîne comme conséquence logique une plus grande complexité de la planification sociale et médico-sociale (B).

A. L'éclatement de la compétence en matière de planification sociale et médico-sociale.

La définition des politiques publiques sociales et médico-sociales a la particularité de relever de la compétence de plusieurs acteurs différents.

D'abord, la politique « médico » de ces politiques publiques fait partie de la politique de santé. Or l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique dispose très clairement que « *la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun* ». C'est le point 5° qui démontre le plus explicitement l'intervention de l'Etat dans la définition des politiques sociales et médico-sociales car il dispose que « *la politique de santé comprend : l'organisation des parcours de santé* ». Or, cet article ajoute que le but de ces parcours est « *la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux* ». Il ne fait donc pas de doute que le premier acteur à intervenir dans la définition de cette politique sociale et médico-sociale est l'Etat.

Ensuite, la politique de santé se voit être déclinée au niveau territorial. Ce mouvement de « territorialisation » a été mis en place par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires<sup>25</sup>. La loi dite « loi HPST ». Ce mouvement a, par la suite, été confirmé par la loi de modernisation de notre système de santé du 28 janvier 2016<sup>26</sup>. Didier Truchet dans son ouvrage *Droit de la santé publique* appuie sur le fait que cette territorialisation est « *la territorialisation d'une politique nationale et non la définition autonome de politiques territoriales*<sup>27</sup> ». Ce processus de territorialisation entraîne l'intervention des Agences Régionales de Santé (ARS). De cette intervention découle la compétence des ARS dans le processus de planification. En effet, les orientations définies au niveau national devront être territorialisées (c'est-à-dire adaptées) à l'échelon de la région. Ainsi, elles disposeront de compétences en matière de planification à l'échelle de leur territoire.

---

<sup>25</sup> LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>26</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>27</sup> Didier TRUCHET, « Section 2 – la territorialisation de la politique de santé », *Droit de la santé publique*, 9<sup>e</sup> édition, Dalloz, 2017, p. 74

Enfin, le rôle des collectivités territoriales n'est pas à négliger. En effet, dans le cadre des lois de décentralisation, les collectivités territoriales se sont vues transférer des compétences en matière sociale et, de façon plus anecdotique, en matière sanitaire. Elles joueront donc un rôle évident dans la définition des politiques sociales et médico-sociales dans la limite des compétences qui leur sont accordées par la Constitution. La décentralisation reste un processus très encadré juridiquement et leur marge de manœuvre est limitée. Ainsi par exemple, quand on évoque les collectivités territoriales, le premier acteur envisagé est la commune qui joue un rôle en matière sociale de deux façons. Dans un premier temps, elle instruit les demandes et prononce les admissions à certaines aides sociales. Dans un second temps, elle participe à soutenir les dépenses sociales en versant une contribution au département. Le département, par application de l'article L. 123-1 du code de l'action sociale et des familles, est, quant à lui, responsable et assure le financement du service départemental de l'action sociale et du service de l'aide sociale à l'enfance. Il a également des compétences sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Par exemple, le président du conseil départemental est seul compétent pour autoriser les établissements et services d'aide à l'enfance, l'accueil et d'aide aux personnes âgées. Ces collectivités territoriales auront donc un rôle à jouer en matière de planification dans les matières relevant de leurs compétences.

Il apparaît, de ce fait, clairement que les compétences en matières sociales et médico-sociales sont des compétences très éclatées faisant intervenir différents acteurs. Ces différents acteurs seront tous tenus de participer au processus de planification dans leur domaine d'intervention. Cette multitude d'acteurs ne peut que complexifier la lecture de la planification sociale et médico-sociale.

#### *B. La complexité de la planification sociale et médico-sociales.*

Comme cela a été abordé précédemment, il existe un véritable enchevêtrement de compétences en matière sociale et médico-sociale. Cela entraîne mécaniquement un enchevêtrement de compétences en matière de planification. L'outil principal de planification sociale et médico-sociale est énoncé à l'article L. 312-4 du Code de l'action sociale et des familles. Il s'agit du schéma d'organisation sociale et médico-sociale « *qui visent à coordonner l'ensemble des actions à mener sur le territoire, au niveau local comme au niveau national afin de proposer une offre de service, sociale et médico-sociale, qui soit adaptée à la demande des*

*administrés*<sup>28</sup> ». Ils ont été instaurés par la loi n° 86-7 du 6 janvier 1986 adaptant l'action sociale à la décentralisation. Initialement, ils ont été pensés comme des outils applicables à l'échelon départemental. Néanmoins, l'intervention de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la création des ARS, à qui est confiée la régulation de l'offre médico-sociale, a modifié cela. En effet, l'échelon régional a pris de l'importance.

Au niveau régional, les premiers acteurs sont les ARS et notamment leurs directeurs généraux. En effet, l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles dans sa version antérieure à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 disposait : « *Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont établis dans les conditions suivantes : 3° Le directeur général de l'agence régionale de santé établit le schéma prévu à l'article L. 1434-12 du Code de la santé publique* ». Le schéma de cet article du code de la santé publique était le schéma régional d'organisation médico-sociale et était une composante du projet régional de santé (PRS) dans le dispositif législatif issu de la loi HPST. Il l'était au même titre que le Schéma Régional de Prévention (SRP) et le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Le PRS version HPST comportait donc trois schémas. La loi de modernisation de notre système de santé a souhaité simplifier le PRS. Elle les a fusionnés en un seul : le schéma régional de santé (SRS). Il « *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*<sup>29</sup> ». Ainsi, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale de l'ancien article L. 312-5, 3° du code de l'action sociale et des familles n'existent plus à proprement parler. Ils existent désormais par le biais du SRS. Néanmoins, les compétences restent inchangées et le directeur général de l'ARS sera donc compétent pour la planification médico-sociale entrant dans son champ d'attribution. Cette absence de changement de compétences est confirmée par le code de la santé publique qui énonce que le schéma régional de santé « *fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux*<sup>30</sup> ».

Au niveau régional toujours, l'article L. 312-5, 2° CASF ajoute également au titre des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale les schémas élaborés par le représentant de

---

<sup>28</sup> Flore CAPELIER, « L'indispensable maîtrise de l'offre sociales et médico-sociales », *Comprendre la protection de l'enfance*, Éditions Dunod, 2015, pp 309-354

<sup>29</sup> Article L. 1434-2, *Code de la santé publique*

<sup>30</sup> Article L. 1434-3-I, *Code de la santé publique*

l'Etat dans la région. Ce sont notamment les schémas relatifs aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile.

Au niveau départemental, toujours en application de l'article L. 312-5 du CASF, le conseil départemental est compétent pour élaborer le schéma de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse. De plus, le président du conseil départemental est compétent pour élaborer les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Ici, le schéma devra nécessairement être pris en concertation avec les ARS car cette compétence est partagée et ne relève pas exclusivement du président du conseil départemental. Ces deux schémas sont des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

Ainsi, la multitude des acteurs compétents en matière sociale et médico-sociale entraîne une multiplication des autorités compétentes en matière de planification sociale et médico-sociales. Cet enchevêtrement peut être source de difficultés pour les acteurs du secteur. Néanmoins, malgré cette difficulté importante, une planification sociale et médico-sociale existe bel et bien. Comme toute planification, elle impose la création d'outils pour permettre sa mise en œuvre. Le CPOM est un de ces outils.

## **II. Le positionnement du CPOM dans la chaîne de la planification.**

La planification sociale et médico-sociale se matérialise par l'adoption de schémas par les autorités de planification. Les objectifs énoncés dans le CPOM doivent se conformer à ceux établis par la planification, le CPOM est donc dans l'obligation de tenir compte de cette planification sociale et médico-sociale (A). Cette obligation faite aux CPOM de respecter la planification a été instaurée car ce contrat a été conçu comme un outil permettant de mettre en œuvre concrètement les objectifs des politiques publiques (B).

### **A. L'obligation pour les CPOM de tenir compte de la planification sociale et médico-sociale.**

Le lien entre planification sociale et médico-sociale et CPOM a été établi historiquement dès l'introduction de ces contrats pluriannuels dans le Code de l'action sociale et des familles. Comme cela a été vu dans l'introduction, les CPOM ont été introduits par la loi du 2 janvier

2002<sup>31</sup>. L'article de droit commun sur les CPOM est l'article L. 313-11 du Code de l'action sociale et des familles. Son alinéa 1, dont la rédaction est inchangée depuis son introduction dans le code, dispose que des « *contrat pluriannuels peuvent être conclus [...] afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale* ». Ainsi, la lecture de cet article permet immédiatement de faire le lien entre les CPOM et les schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Or comme cela a été vu précédemment, le schéma d'organisation sociale et médico-sociale est l'outil de base pour la planification sociale et médico-sociale.

Cette volonté du législateur de lier les CPOM à la planification sociale et médico-sociale n'a pas été un mouvement isolé. En effet, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>32</sup>, dite loi ASV, a confirmé cette volonté du législateur. Cette loi a inclus dans les organismes avec lesquels les autorités publiques peuvent signer un CPOM les services d'aide et d'accompagnement à domicile<sup>33</sup>. Ainsi, l'article L. 313-11-1 du Code de l'action sociale et des familles dispose que le contrat précise la participation aux actions prévues dans les schémas départementaux<sup>34</sup>. Là encore, le législateur a explicitement voulu établir un lien entre planification et CPOM.

Enfin, les contrats pluriannuels ont connu une nouvelle lancée récente. En effet, la loi ASV a rendu obligatoire les CPOM de l'article L. 313-12, IV du Code de l'action social et des familles. Ce sont les CPOM établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De plus, les CPOM handicap de l'article L. 313-12-2 du Code de l'action sociale et des familles ont, eux aussi, été rendus obligatoires par les Lois de financement de la sécurité sociale de 2016<sup>35</sup> et de 2017<sup>36</sup>. Les articles les concernant dans le code de l'action sociale et des familles ne mentionnent pas directement leur lien avec les schémas. Cependant, le lien est rappelé par l'arrêté du 3 mars 2017<sup>37</sup> qui fixe le contenu des CPOM EHPAD. Et parmi les visas que doit contenir le contrat se trouve les schémas de planification sociale et médico-sociale. De plus,

---

<sup>31</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>32</sup> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

<sup>33</sup> Article L. 312-1, 1°, 6° et 7°, *Code de l'action sociale et des familles*

<sup>34</sup> Article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles « *le contrat précise notamment : [...] 6° les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés aux deux derniers alinéas de l'article L. 312-5 et par le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du Code de la santé publique* »

<sup>35</sup> LOI n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale

<sup>36</sup> LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale

<sup>37</sup> Arrêté n°AFSA1619718A 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

l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017<sup>38</sup> confirme cela. Elle mentionne le lien entre ces CPOM et la planification notamment dans sa partie concernant « *Les enjeux de la réforme* ». L'instruction énonce ainsi que « *le CPOM participe à une meilleure structuration de l'offre sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins des personnes selon des modalités identifiées et priorisées dans le cadre des PRS et leurs cibles quantitatives et qualitatives opposables et des schémas élaborés localement* ». Ainsi, en renvoyant au PRS, l'instruction mentionne nécessairement le schéma régional de santé et elle cite explicitement les schémas locaux ce qui renvoie donc aux schémas d'organisation sociale et médico-sociale de l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles.

Il ne fait donc aucun doute que les CPOM ont un lien très fort avec la planification sociale et médico-sociale. Pour autant, après avoir établi ce lien, il faut s'interroger sur son fonctionnement.

#### *B. Le CPOM, un outil opérationnel intervenant en bout de chaîne planificatrice.*

Le lien entre le CPOM et la planification apparaît très clairement à la lecture des textes législatifs ainsi qu'à la lecture de la doctrine administrative. Néanmoins, la place que ces contrats pluriannuels occupent par rapport à cette planification est quant à elle plus difficile à saisir.

C'est d'abord, à la lecture de l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles qu'un premier indice est donné. Cet article dispose que ces contrats doivent « *permettre la réalisation des objectifs retenus par les schémas* ». Ensuite, c'est l'article L. 313-11-1 du même code qui dispose cette fois que ces contrats précisent « *les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie* » prévues dans les schémas départementaux et dans le schéma régional de santé. L'analyse de ces deux articles tend à démontrer la présence d'un champ lexical de l'action. Il est très intéressant de noter son existence car cela permet de saisir le positionnement du CPOM par rapport à la planification. Le CPOM va être l'outil opérationnel. Celui qui va permettre d'atteindre les objectifs de manière effective. Ainsi, le CPOM permet de faire le pont entre l'étape de la fixation des objectifs généraux par les autorités et leur réalisation concrète par les établissements et services sociaux et médico-sociaux. En

---

<sup>38</sup> 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) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code

réalité, le CPOM va confier aux gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux une partie de l'ensemble des objectifs à atteindre dans les documents de planification. Avec le CPOM, le stade de la planification est dépassé et est remplacé par le stade de la mise en œuvre.

L'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017<sup>39</sup> confirme cette analyse. En effet, dans son introduction, elle énonce que le CPOM « *permet de moderniser le dialogue entre les pouvoirs publics et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) [...] en déclinaison notamment du schéma régional de santé prévu par l'article 58 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* ». Ainsi, là encore cela démontre que le CPOM est un outil opérationnel qui permet le passage de la planification à la pratique.

Ainsi, il apparaît évident que le CPOM intervient en bout de chaîne de planification. Les objectifs globaux sont fixés au niveau national puis sont ensuite territorialisés pour répondre plus précisément aux besoins locaux. Cette territorialisation se fera notamment par le projet régional de santé, le schéma régional de santé ou encore les schémas d'organisation sociale et médico-sociale. Après cette territorialisation, les objectifs seront déclinés à l'échelle de chaque établissement et service social et médico-social par le biais des CPOM. Le CPOM est, par conséquent, un outil de déclinaison opérationnelle de la planification. Il intervient en toute fin de la chaîne planificatrice.

Dès lors, le CPOM social et médico-social est un outil de déclinaison opérationnelle de la planification. Les autorités vont donc nécessairement s'en saisir pour influencer sur l'offre sociale et médico-sociale. Il s'agira donc de déterminer si le CPOM permet d'agir qualitativement et quantitativement sur l'offre sociale et médico-sociale.

## **Section 2 – CPOM et structuration qualitative et quantitative de l'offre.**

Il a été démontré que le CPOM est un outil qui intervient en bout de chaîne de planification. C'est donc l'outil qui va permettre la réalisation effective des objectifs qui ont été décidés au niveau national puis adaptés au niveau local.

---

<sup>39</sup> 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 contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code

Or, comme cela a déjà été évoqué, cette maîtrise de l'offre sociale et médico-sociale poursuit deux finalités. D'abord, l'objectif principal des autorités est que le service social et médico-social rendu soit « bon ». De fait, la première finalité de ces politiques est d'agir sur l'aspect qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale. Ensuite, l'objectif est également de fournir un service social et médico-social homogène sur l'ensemble du territoire tout en évitant une inflation non maîtrisée de l'offre qui porterait atteinte à l'équilibre des finances publiques. Ainsi, le second aspect de ces politiques est plus quantitatif. De ce fait, puisque les politiques de maîtrise de l'offre sociale et médico-sociale poursuivent des objectifs qualitatif et quantitatif, il semble très probable que le CPOM, qui est l'outil qui décline ces politiques, poursuive lui aussi ces deux finalités.

La même conclusion peut être formulée en s'appuyant sur les schémas d'organisation sociale et médico-sociale. En effet, ces schémas « dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante<sup>40</sup> » et « déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale<sup>41</sup> ». Ainsi, si les schémas, que déclinent les CPOM, s'attachent à analyser qualitativement et quantitativement les évolutions nécessaires, alors il y a de fortes chances pour que les CPOM soient un outil de structuration qualitative et quantitative de l'offre sociale et médico-sociale. L'objet de cette section sera donc d'interroger ces deux aspects du CPOM pour ainsi déterminer s'ils sont bel et bien présents et surtout tenter de déterminer si l'un ou l'autre de ces aspects prend le dessus. Ainsi, il sera démontré que le CPOM est un outil qui a acquis de la maturité au fil des législations successives. Par conséquent, le CPOM tel qu'il fut conçu en 2002 n'avait pas le même « pouvoir » structurant de l'offre que le CPOM que l'on connaît aujourd'hui, fruit des dernières réformes en matière de personnes âgées et de handicap.

Dans un premier temps, il sera analysé l'évolution qu'a connue le CPOM en tant qu'outil de structuration quantitative de l'offre (A). Puis dans un second temps, ce sera son aspect qualitatif qui sera étudié (B).

## **I. Le CPOM, outil de structuration quantitative de l'offre sociale et médico-sociale.**

---

<sup>40</sup>Article L. 312-4, 2° du *Code de l'action sociale et des familles*

<sup>41</sup> Article L. 312-4, 3° du *Code de l'action sociale et des familles*

Le CPOM en tant qu'outil de structuration quantitative de l'offre a connu une évolution significative. En effet, la législation antérieure à la loi ASV bloquait la possibilité de faire du CPOM un outil quantitatif car il coexistait avec l'appel à projet (A). La loi ASV a fait reculer la procédure de l'appel à projet et ainsi permis au CPOM de prendre en importance dans cette structuration quantitative de l'offre sociale et médico-sociale (B).

A. La législation antérieure à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Dans un article<sup>42</sup> de 2012, Laurent COCQUEBERT mettait en avant un paradoxe relatif à la législation sociale et médico-sociale dans sa rédaction antérieure à la loi ASV. Pour comprendre ce paradoxe, il nous faut confronter les deux dispositions du code de l'action sociale et des familles qui étaient contradictoires.

D'abord, c'est l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles qui dispose que des CPOM peuvent être conclus pour permettre la réalisation des objectifs retenus dans le schéma d'organisation sociale et médico-sociale. Or, comme cela a déjà été démontré, en appliquant les dispositions de l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles, ces schémas ont tous une réflexion quantitative. Il semble donc que, déjà avant l'intervention de la loi ASV, le législateur avait voulu faire du CPOM un outil au pouvoir structurant en matière de quantité de l'offre.

Pour autant, en 2012, cet article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles devait être lu à la lumière des dispositions de l'article L. 313-1-1 du même code. Cet article énonçait la procédure de l'appel à projet instaurée par la loi HPST du 21 juillet 2009. Ainsi, à l'époque, lorsque les projets de création faisaient appel partiellement ou intégralement à des financements publics, il devait être organisé un appel à projet. Le but de cette disposition était d'instaurer un jeu de la concurrence sincère, loyal et équitable.

Or, il apparaissait très difficile d'utiliser le CPOM comme un outil de structuration quantitative de l'offre sans porter atteinte à cette concurrence. En effet, pour reprendre les mots de Laurent COCQUEBERT, « *on voit difficilement comment l'autorité administrative pourrait contractuellement s'engager auprès d'un opérateur à délivrer des autorisations portant sur des activités nouvelles entrant dans le champ de l'appel à projet sans fausser le jeu de la mise en*

---

<sup>42</sup> Laurent COCQUEBERT, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *RDSS*, 2012, p. 34

*concurrence*<sup>43</sup> ». Ainsi, la loi HPST avait eu pour conséquence de totalement bloquer les dispositions relatives au CPOM comme outil de structuration quantitative de l'offre.

Pour autant, une législation n'est jamais définitive et le législateur ayant pris conscience du blocage issu du dispositif de la loi HPST a modifié la disposition du code de l'action sociale et des familles relative à la procédure d'appel à projet. Cette modification a ainsi permis au CPOM de devenir un véritable outil de structuration quantitatif de l'offre.

### B. La législation postérieure à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

La loi ASV a mis un terme à cette limite au CPOM. En effet, elle est venue modifier la procédure de l'appel à projet de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles permettant ainsi au CPOM de devenir un véritable outil de structuration quantitative de l'offre.

Après l'intervention de la loi 2015-1776, le principe de base reste le même. Les projets de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux sont soumis à la procédure de l'appel à projet lorsque ces projets font appel partiellement ou totalement à des financements publics. Cependant, désormais, certains projets peuvent être exonérés de la procédure d'appel à projet si un CPOM est conclu. Ce sont les projets de l'article L. 313-1-1-III<sup>44</sup> du Code de l'action sociale et des familles.

Ce recul de l'appel à projet en faveur du CPOM démontre très clairement la volonté du législateur de faire du CPOM un outil de structuration quantitatif de l'offre sociale et médico-sociale. Avec cette réforme, le CPOM prend toute sa dimension d'outil de déclinaison opérationnelle de l'offre sociale et médico-sociale puisque les autorités vont pouvoir l'utiliser

---

<sup>43</sup> *Ibid.*

<sup>44</sup> Article L. 313-1-1, III du *Code de l'action sociale et des familles* « Sont exonérés de la procédure d'appel à projet mentionnée au I, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : 1° Les projets de transformation d'établissements et de services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1, à l'exception des services à domicile qui ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ni autorisés à délivrer des soins aux assurés sociaux, sous réserve que : a) Lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ; b) Les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret ; 2° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret ».

pour influencer quantitativement sur l'offre d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux.

De plus, les dispositions relatives aux CPOM obligatoires EHPAD et handicap permettent là encore de bien saisir l'aspect quantitatif. En effet, que ce soit l'article L. 313-12, IV du CASF, relatif aux CPOM EHPAD et PUV, ou l'article L. 313-12-1 du CASF, relatif aux CPOM handicap, les dispositions sont similaires. Ainsi, ces deux types de CPOM devront tous les deux définir des « *objectifs en matière d'activité* ». Ici, il est clairement exprimé un aspect quantitatif aux CPOM. Ainsi, dans chacun de ces contrats sera fixé des objectifs quantitatifs à atteindre en matière d'activités. Il ne fait donc aucun doute que le CPOM permet aux autorités d'agir quantitativement sur l'offre sociale et médico-sociale.

Ainsi, le CPOM est bien un outil de déclinaison opérationnelle quantitatif de l'offre entre les mains des autorités de planification. Il s'agira donc désormais de démontrer que le CPOM sera également en levier en faveur de la qualité de l'offre.

## **II. Le CPOM, un outil de structuration qualitative de l'offre sociale et médico-sociale.**

La qualité de l'offre sociale et médico-sociale, et plus largement de l'offre de santé, est une véritable préoccupation des pouvoirs publics. Or, le CPOM, en tant qu'outil de déclinaison opérationnelle de la planification sociale et médico-sociale, doit être un levier qualitatif. Il s'agira donc de démontrer que les CPOM ont toujours eu un aspect qualitatif (A) mais que cet aspect s'est vu accru avec la réforme des CPOM personnes âgées et handicap (B).

### **A. Le CPOM, un levier qualitatif dès son instauration.**

Pour déterminer si le CPOM fut, dès sa création, un outil en faveur de la qualité de l'offre sociale et médico-sociale, il faut s'intéresser à la rédaction de l'article du CASF relatif au CPOM de droit commun introduit par la loi du 2 janvier 2002 : l'article L. 313-11. Dans un article relatif aux CPOM médico-sociaux, un auteur expliquait que les CPOM de cet article ont été pensés « *essentiellement comme des outils au service d'un projet de développement*

*global*<sup>45</sup> » et notamment pour la satisfaction des objectifs retenus dans les schémas. Or les schémas d'organisation sociale et médico-sociale « *dressent le bilan [...] qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante*<sup>46</sup> » et « *déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale*<sup>47</sup> ». Ainsi, il est évident que le schéma d'organisation sociale et médico-sociale a un fort aspect qualitatif. Le CPOM ayant donc vocation à le décliner, il sera nécessairement un levier en faveur de la qualité de cette offre. De même, le schéma régional de santé « *fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services sociaux et médico-sociaux*<sup>48</sup> ». Là encore, le CPOM venant en déclinaison opérationnelle de ce schéma, il aura nécessairement un aspect qualitatif par le truchement du schéma.

Le développement précédant montre bien que le CPOM avait été conçu comme un levier qualitatif. Néanmoins, en 2012 des auteurs attiraient notre attention sur les risques de la loi HPST. Cette loi instaurait les CPOM obligatoires handicap<sup>49</sup>. Ces CPOM avaient un fort aspect budgétaire. Or, Hervé RIHAL affirmait qu'avec cette loi « *le risque pour les CPOM du secteur médico-social est de "perdre leur âme"*<sup>50</sup> ». Laurent COCQUEBERT ajoutait que le CPOM risquait finalement de n'avoir qu'un « *objectif principalement financier*<sup>51</sup> » car, dans sa rédaction de 2009, l'article L. 312-12-2 CASF ne faisait qu'une « *timide et allusive référence à des objectifs qualitatifs*<sup>52</sup> ». Ainsi, la pensée de ces auteurs mettait en avant une inquiétude : celle de savoir si le CPOM allait rester un levier qualitatif ou si finalement le CPOM n'allait devenir qu'un outil au service de la maîtrise des dépenses publiques.

Ainsi, il ne fait pas de doute que le CPOM était, à son origine, un outil de déclinaison opérationnelle qualitatif de la planification sociale et médico-sociale. Pour autant, un risque a plané dès 2009 sur un recul de cet aspect qualitatif pour en faire un pur outil budgétaire. Il s'agit donc de déterminer si les réformes suivantes ont confirmé cette inquiétude.

---

<sup>45</sup> Laurent COCQUEBERT, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *RDSS*, 2012, p. 34.

<sup>46</sup> Article L. 312-4 2°, *Code de l'action sociale et des familles*.

<sup>47</sup> Article L. 312-4 3°, *Code de l'action sociale et des familles*.

<sup>48</sup> Article L. 1434-3-I 3°, *Code de la santé publique*.

<sup>49</sup> Article L. 313-12-2, *Code de l'action sociale et des familles*.

<sup>50</sup> Hervé RIHAL, « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », *RDSS*, 2012, p. 27.

<sup>51</sup> Laurent COCQUEBERT, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *RDSS*, 2012, p. 34.

<sup>52</sup> *Ibid.*

## B. Les dernières réformes du CPOM, des réformes en faveur d'un levier qualitatif.

Les inquiétudes exprimées par les deux auteurs précédemment cités sont compréhensibles. Pour autant, nous pouvons démontrer ici que les CPOM restent un levier qualitatif pour les autorités, et cela même si l'aspect tarifaire prend de l'importance.

D'abord, pour revenir sur l'argument de Laurent COCQUEBERT. Selon lui, les CPOM obligatoires handicap seraient devenus, avec la loi HPST, des outils financiers et que le levier qualitatif ne serait abordé que de façon secondaire par l'article de référence. Cette affirmation, sans doute vraie en 2012, n'est plus véritablement applicable aujourd'hui. En effet, la rédaction de l'article L. 313-12-2 issue de la loi HPST a été modifiée. Là où, avec la loi HPST, l'article disposait « *ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre* », la rédaction actuelle a préféré « *ce contrat définit des objectifs en matière [...] de qualité de prise en charge*<sup>53</sup> ». L'utilisation de l'indicatif présent ne laisse que peu de doute sur l'importance que revêt ces objectifs de qualité dans le CPOM. Le législateur n'a pas voulu laisser le choix. Ces objectifs qualitatifs sont une obligation qui s'impose aux contractants. Les autorités de planification pourront donc se servir de ce CPOM pour influencer sur la qualité de l'offre sur leur territoire.

De plus, il est également important de souligner que la même formulation a été appliquée au CPOM obligatoire EHPAD<sup>54</sup>. Ce CPOM qui, lui aussi, peut être qualifié de dernière génération démontre bien que le législateur a voulu donner un aspect qualitatif important à ces CPOM. Cette idée est d'ailleurs accentuée par l'arrêté du 3 mars 2017<sup>55</sup> ainsi que son instruction<sup>56</sup> de mise en œuvre. En effet, l'arrêté dans son annexe précise que les objectifs des CPOM doivent être obligatoirement ceux qui découlent des dispositions législatives et réglementaires et que le CPOM doit également préciser les enjeux propres de chaque signataire et que parmi ces objectifs, les établissements peuvent définir des objectifs de « *qualité de la prise en charge et l'accompagnement des personnes* ». Là encore l'aspect qualitatif ne fait pas de doute.

Pour autant, il est important de garder à l'esprit que cette réforme des CPOM est une réforme globale. Ainsi, la réforme du CPOM obligatoire EHPAD a eu un aspect qualitatif comme nous

---

<sup>53</sup> Article L. 313-12-2 alinéa 1, *Code de l'action sociale et des familles*.

<sup>54</sup> Article L. 313-12, IV ter, *Code de l'action sociale et des familles*

<sup>55</sup> Arrêté n°AFSA1619718A 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

<sup>56</sup> 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) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code

venons de le démontrer. Mais cet aspect qualitatif a été complété d'une réforme du financement des EHPAD. Or, les acteurs du secteur ont attiré l'attention des pouvoirs publics sur la baisse de budget qu'une telle réforme entraîne<sup>57</sup>. En effet, il semble difficile de donner à ces outils un aspect résolument qualitatif en amputant les établissements d'une partie de leur budget. Ainsi, cet aspect qualitatif de la réforme semble éclipsé par un aspect beaucoup plus financier.

Il a ainsi été démontré que le CPOM est un outil de déclinaison opérationnelle de la planification sociale et médico-sociale. Les autorités de planification pourront donc s'en servir de levier pour influencer qualitativement et quantitativement l'offre sociale et médico-sociale. Pour autant, l'intérêt de cet outil contractuel est également d'être un levier entre les mains des gestionnaires pour mettre en œuvre leur politique de service et d'établissement.

## **Chapitre 2 : Le CPOM, un outil de mise en œuvre de la politique de service et d'établissement.**

---

Le CPOM est une convention signée entre les autorités habilitées à accorder l'autorisation et les gestionnaires d'établissements. Pour autant, dans la pratique, les gestionnaires d'établissement perçoivent cet outil comme un outil unilatéral entre les mains des autorités et que, finalement, cet outil n'a de contractuel que le nom.

Il est évident que la liberté contractuelle est bien plus limitée dans un CPOM que dans un contrat de droit privé. Cela tient au fait que l'activité sociale et médico-sociale est une activité encadrée. Elle est encadrée pour assurer une offre qualitative, homogène, répondant au mieux aux besoins de la population et pour éviter une augmentation trop importante des dépenses publiques. Pour autant, une marge de manœuvre existe toujours pour les gestionnaires.

Ainsi, le CPOM est un outil contractuel très encadré limitant largement la capacité de négociation entre les gestionnaires et les autorités sans pour autant que cette possibilité de négociation ne disparaisse totalement (Section 1). Et c'est cette possibilité de négociation qui permettra aux établissements et services de mener à bien leur politique d'établissement (Section 2).

---

<sup>57</sup> Il est possible de citer à titre d'exemple la campagne média portée par la Fédération hospitalière de France dont le slogan est « *Halte à la baisse des moyens financiers des maisons de retraites publiques* ».

## **Section 1 : Le CPOM, outil de négociation entre les autorités et les institutions gestionnaires d'établissements et de services.**

La particularité de cet outil contractuel est qu'il est entouré de nombreuses contraintes. Ces contraintes sont d'ordre juridique avec des normes législatives et réglementaires que le CPOM devra nécessairement respecter. Ces contraintes résultent également de l'environnement dans lequel se situe l'établissement ou le service. La liberté contractuelle du gestionnaire est donc très encadrée (I). Pour autant, le CPOM reste un outil de potentielle négociation entre les gestionnaires et les autorités (II).

### **I. Le CPOM, un outil bordé de contraintes.**

Les contraintes à la liberté contractuelle des CPOM sont nombreuses. Elles peuvent être classées en deux catégories. D'abord, ce sont les contraintes résultant de la loi et du règlement (A). Ensuite, ce sont les contraintes « environnementales » qui tiennent plus au contexte local qui entoure les établissements et services (B).

#### *A. Les contraintes législatives et réglementaires à la liberté contractuelle.*

Les CPOM sont des outils contractuels. Pour autant, le principe de liberté contractuelle, qui s'applique habituellement aux contrats, est ici limité en raison de normes législatives et réglementaires.

Le premier élément qui découle de la liberté contractuelle est qu'en principe les contractants sont libres de contracter ou non. Concernant les CPOM sociaux et médico-sociaux, il semblerait que le principe soit toujours applicable puisque la majorité des CPOM restent non obligatoires. Prenons l'exemple des CPOM de droit commun qui, selon l'article L. 313-11 du CASF, « *peuvent être conclus* ». Il n'y a donc aucune obligation. Néanmoins, la mise en place des CPOM obligatoires EHPAD et handicap portent largement atteinte à cette liberté contractuelle. En effet, les établissements relevant des articles L. 313-12 IV et L. 313-12-2 du CASF sont dans l'obligation de signer leur CPOM. Il apparaît ainsi que les CPOM sont enserrés dans une première contrainte législative qui impose leur signature.

Cette liberté contractuelle est ensuite très largement encadrée par les contraintes « techniques » qui pèsent sur les établissements. En effet, la loi et le règlement imposent le respect de certaines « *conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services*<sup>58</sup> ». Pour illustrer cela, prenons l'exemple de deux types d'établissements. Les pouponnières à caractère social ne sont pas tenues de signer un CPOM. Néanmoins, elles peuvent signer un CPOM facultatif de l'article L. 313-11 du CASF. Ce CPOM sera dans l'obligation de respecter les normes techniques énoncées aux articles D. 341-1 et suivants du CASF. La liberté contractuelle sera ici plus importante que dans un CPOM obligatoire car le contrat résultera d'un choix. Néanmoins cette liberté sera encadrée par les normes techniques. Il en sera de même pour les CPOM obligatoires. Par exemple, les CPOM personnes âgées<sup>59</sup> par application de l'article L. 342-2 alinéa 3 du CASF devra respecter les prestations minimales relatives à l'hébergement dont la liste est fixée par décret<sup>60</sup>. Le CPOM devra donc être en accord avec ces obligations et ne pourra pas y porter atteinte.

Ainsi, le CPOM est un outil contractuel encadré par un certain nombre de normes législatives et réglementaires qui empêchent l'expression d'une totale liberté contractuelle. Pour autant, ces normes ne sont pas les seules contraintes pesant sur les CPOM. Les CPOM sont aussi dépendants de « l'environnement » dans lequel évolue l'établissement.

### B. Les contraintes environnementales à la liberté contractuelle.

Ces contraintes « environnementales » sont de deux ordres. Il y a d'abord les contraintes découlant de la planification et celles relevant de la « concurrence » avec les autres établissements et services.

Il a été vu, précédemment, que les autorités de planification utilisent les CPOM comme des outils de déclinaison opérationnelle de la planification pour influencer sur l'offre sociale et médico-sociale. Cet aspect du CPOM comme outil pour les autorités est une contrainte pour les gestionnaires de service et d'établissement. En effet, ils n'auront pas de liberté sur le contenu du CPOM. Ce contenu sera imposé par ce qui aura été décidé par la planification sociale et médico-sociale. Ainsi, la planification joue ici le rôle de cadre et les gestionnaires devront négocier en fonction de la liberté que leur aura laissée ce cadre. La planification a donc une

---

<sup>58</sup> Article L. 312-1, II du *Code de l'action sociale et des familles*

<sup>59</sup> L. 313-12 du *Code de l'action sociale et des familles*

<sup>60</sup> Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015, article 5, en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2016

double facette. Pour les autorités, elle est un levier pour influencer l'évolution de l'offre sociale et médico-sociale. Elle déclinera cette planification au niveau de chaque établissement par le biais des CPOM. Du côté des établissements, cette planification joue le rôle de contrainte et limite ainsi la liberté contractuelle du CPOM. Les objectifs qui seront énoncés dans les contrats ne seront pas ceux décidés par le gestionnaire mais ceux que les autorités lui auront imposés par le biais de la planification.

La seconde contrainte environnementale découle quant à elle de l'état de l'offre sociale et médico-sociale du territoire dans lequel se situe l'établissement ou le service. En effet, les établissements vont se trouver en situation de « concurrence » les uns par rapport aux autres. Par exemple, les autorités de planification vont pouvoir décider de planifier l'augmentation du nombre de places en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Or il est évident que si plusieurs MAS se trouvent sur le territoire, il est tout à fait possible que les autorités décident de ne confier cette augmentation du nombre de places qu'à un seul des établissements. Les objectifs et ainsi les moyens alloués à chaque établissement et service dépendront donc de l'état de l'offre sociale et médico-sociale du territoire et de la manière dont les autorités régulent cette offre.

Ainsi, il apparaît que la liberté contractuelle entourant les CPOM est limitée également par des contraintes qui tiennent à l'environnement dans lequel se situe l'établissement ou le service. Pour autant, même si le CPOM est enserré dans des contraintes limitant la négociation entre les acteurs, il reste un outil contractuel et donc de négociation.

## **II. Le CPOM, un outil de potentielle négociation.**

Comme cela a été démontré, le CPOM est un outil contractuel pour lequel la libre négociation s'est vue largement réduite. Pour autant, contrairement au CPOM sanitaire, il n'a pas la qualité d'acte administratif unilatéral. Ainsi, le CPOM du secteur sociale et médico-social reste un outil de négociation (A) bien que cette négociation reste à relativiser (B).

#### A. Le champ social et médico-social favorable à la négociation.

D'abord, pour reprendre la réflexion<sup>61</sup> de Hervé RIHAL, le premier facteur favorisant la négociation entre les autorités et les gestionnaires résulte de la multitude d'administrations contractantes. En effet, les autorités en charge d'accorder l'autorisation à un établissement ou à un service social ou médico-social sont nombreuses. Pour appréhender cette complexité il suffit de se référer à l'article L. 313-3 du CASF. Ce sont ces mêmes administrations qui seront contractantes dans les CPOM. Ainsi, il est évident qu'une telle multitude d'acteurs empêche une véritable harmonisation et chaque administration appréhendera la formation du CPOM différemment. De plus, cette idée sera d'autant plus vraie pour les administrations contractantes ayant la qualité de collectivités territoriales car elles bénéficieront du principe de la libre administration de l'article 72 de la Constitution du 4 octobre 1958. Ainsi, prenons l'exemple d'un CPOM obligatoire EHPAD dans lequel les administrations contractantes sont le directeur général de l'ARS et le président du Conseil départemental. Le département bénéficie de la libre administration des collectivités territoriales, il pourra donc appréhender la signature du CPOM à sa façon. Et ainsi, chaque département aura sa propre « stratégie » de signature. Il semblerait donc que l'espace de négociation existant pour les gestionnaires résulte de l'hétérogénéité du secteur et surtout de la qualité de collectivité territoriale de certaines administrations contractantes.

Ensuite, cette marge de négociation résulte également de la grande diversité de CPOM existant dans le secteur social et médico-social. Or parmi eux, un certain nombre demeure facultatifs. La signature d'un CPOM facultatif résultera donc d'un véritable accord de volonté entre les administrations contractantes et le gestionnaire de l'établissement ou du service. Ainsi, dans une telle situation, le CPOM ne sera signé que lorsqu'un véritable consensus aura été trouvé. Et ce consensus sera le fruit d'une négociation. Sans consensus, la signature du CPOM avortera. Ainsi, la diversité des CPOM facultatifs favorise elle-aussi une négociation possible entre les autorités et les gestionnaires.

Ainsi, le secteur social et médico-social est favorable à la signature de CPOM négociés entre les autorités et les gestionnaires. Cependant, cette marge de négociation est, certes, existante mais reste largement réduite.

---

<sup>61</sup> Hervé RIHAL, « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », *RDSS*, 2012, p. 27

### B. Un pouvoir de négociation à relativiser.

Ce pouvoir de négociation sera, dans un premier temps, limité par le fait que des autorités décentralisées ne seront pas parties à tous les CPOM. Dans certaines hypothèses, la seule administration contractante sera une ARS. Ces CPOM seront très probablement standardisés au niveau national. Le risque lié à cette standardisation est de se retrouver face à des CPOM qui n'ont plus rien de contractuel. De tel CPOM, pour reprendre l'expression P. TERNEYRE, deviendraient de véritables « *conventions réglementaires*<sup>62</sup> ». Une telle situation empêcherait toute véritable négociation et le CPOM deviendrait un acte unilatéral.

De plus, cette marge de négociation doit également être relativisée au regard de la dernière réforme des CPOM obligatoires. En effet, les gestionnaires d'un établissement de handicap ou EHPAD sont dans l'obligation de signer un CPOM. Un calendrier a été mis en place. Durant les cinq prochaines années, plus de 9000 CPOM devront être signés par les gestionnaires d'établissements et services et les autorités de contrôle. Cet objectif est un objectif absolument énorme et pose de véritables questions quant à la place de la négociation dans ces signatures. En effet, il semble extrêmement difficile pour les autorités d'aborder chaque CPOM comme un CPOM unique qui doit être adapté à la spécificité de l'établissement contractant. Cette situation laisse donc planer une crainte : la signature de CPOM standardisés « à la chaîne » dans laquelle la négociation n'a aucune place et dans laquelle les spécificités de chaque établissement ne sont absolument pas respectées.

Ainsi, il apparaît que la marge de négociation dans les CPOM sociaux et médico-sociaux est très restreinte. Cependant, elle existe bel et bien. Pour que cette marge de négociation s'exprime, cela nécessite une démarche active des gestionnaires d'établissements et services.

### **Section 2 : le CPOM, outil de mise en œuvre de la politique d'établissement et de service.**

Il a été démontré que les CPOM sociaux et médico-sociaux restent des outils contractuels dans lesquels une négociation entre autorité et gestionnaire reste envisageable. Néanmoins, il ressort très clairement de la démonstration que, certes la négociation reste possible, mais les autorités de contrôle et de tarification restent très largement en position de force. Pour qu'une véritable

---

<sup>62</sup> P. Terneyre, Réflexions sur les clauses à caractère réglementaire des contrats administratifs à objet de service public, RFDA 2011

négociation se crée dans ce rapport de force inégalitaire, les gestionnaires d'établissements et de services vont devoir adopter une position « volontariste ». Cette position volontariste devra se fonder sur un diagnostic de l'établissement (I). Ce diagnostic leur permettra de construire leur projet d'établissement ou de service (II). Le projet d'établissement étant le reflet de la politique de l'établissement, il servira alors de fondement pour négocier le CPOM. Et le CPOM permettra sa mise en œuvre.

## **I. Le diagnostic de l'établissement ou du service, fondement de l'élaboration du projet d'établissement ou de service.**

Les établissements et services doivent être stratégiques. Pour élaborer cette stratégie, ils devront se fonder sur un diagnostic. Or ce diagnostic a un double aspect. Le premier aspect s'attache à l'établissement lui-même (A) avec ses forces et ses faiblesses. Le second aspect de ce diagnostic se fondera, quant à lui, sur une analyse de l'insertion de l'établissement ou du service dans leur environnement (B).

### *A. Le diagnostic des forces et faiblesses de l'établissement.*

Cette nécessité d'un diagnostic a été mise en avant dès 2013 dans la circulaire du 25 juillet 2013<sup>63</sup>. Selon cette circulaire, le CPOM « doit être étayé par les conclusions du diagnostic de situation du gestionnaire et de ses établissements ou services ». Il est important de souligner que ce diagnostic démontre bien l'aspect stratégique que revêt le CPOM. L'idée est de bien connaître la situation de l'établissement, dans ses forces et faiblesses, de telle manière à pouvoir négocier un contrat permettant à l'établissement de se développer favorablement. Ce développement favorable le sera à deux égards. Dans un premier temps pour les autorités car le CPOM sera « un outil de déclinaison des priorités de politiques publiques<sup>64</sup>. Ensuite, car il deviendra pour le gestionnaire d'établissement un levier pour s'assurer un financement pour atteindre les objectifs qui lui sont assignés dans le CPOM.

Pour faciliter la mise en œuvre de ce diagnostic par les gestionnaires, cette circulaire renvoie à des outils. Elle incite donc les gestionnaires à utiliser les indicateurs de suivi de la qualité tels

---

<sup>63</sup> 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.

<sup>64</sup> *Ibid.*

qu'ils avaient été rédigés par l'ANESM<sup>65</sup> dans les recommandations de bonnes pratiques. Elle invite également à se référer aux indicateurs expérimentés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP). Ce rôle important de l'ANAP s'est vu confirmé au cours de la réforme des CPOM obligatoires car elle a publié un guide<sup>66</sup> pour aider les établissements dans cette contractualisation obligatoire. Là encore, l'ANAP appuie sur l'importance d'un diagnostic puisqu'elle considère que le diagnostic est l'une des étapes de la contractualisation (voir chapitre 2 du guide).

Ainsi, pour bien aborder le processus de contractualisation, les gestionnaires d'établissement et de service doivent effectuer un diagnostic poussé de leur établissement. Cependant, ce diagnostic serait partiel s'ils n'analysaient pas l'insertion de leur établissement dans son environnement.

### *B. Insertion stratégique de l'établissement dans son environnement.*

Le diagnostic des forces et faiblesses énoncé auparavant servira de socle pour réfléchir à la manière dont l'établissement s'insère dans son environnement.

Cette analyse environnementale devra d'abord se fonder sur une analyse de la planification sociale et médico-sociale ainsi que ses objectifs. En effet, chaque projet d'une structure sociale et médico-sociale devra être compatible avec les schémas. Ce principe a été instauré par une jurisprudence<sup>67</sup> du Conseil d'Etat puis codifié à l'article L. 313-4 CASF pour les autorisations et L. 313-11 du CASF concernant les CPOM. Ainsi, il s'agira pour l'établissement d'avoir une réflexion sur les objectifs fixés par les autorités pour lesquels il est en mesure de répondre ou pour lesquels il sera en mesure à l'avenir. Cette analyse de la planification est fondamentale et servira de socle pour la construction du projet d'établissement.

L'analyse de son environnement doit également être effectuée par le prisme de l'analyse de la concurrence. En effet, chaque établissement social ou médico-social se trouve en position de concurrence avec les établissements ancrés sur le même territoire. Et cela, dès lors que leurs

---

<sup>65</sup> ANESM qui a été fusionnée avec la HAS et qui fait désormais l'objet d'une commission spécialisée par application de l'article L. 312-8 du CASF.

Le décret n° 2018-465 du 11 juin 2018 relatif à la commission mentionnée à l'article L. 312-8 du CASF vient préciser la dénomination, la composition et le fonctionnement de cette commission.

<sup>66</sup> Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social, guide méthodologique d'appui à la contractualisation, janvier 2017.

<sup>67</sup> Conseil d'Etat, 1<sup>ère</sup> et 4<sup>ème</sup> sous-sections réunies, 29 juillet 1994, 29 juillet 1994, 129371, Inédit au recueil Lebon

domaines d'intervention sont proches. L'idée sera donc ici, pour les gestionnaires, de faire en sorte qu'en cas d'arbitrage des autorités de contrôle, les autorités choisissent leurs établissements plutôt qu'un autre. Néanmoins, cette analyse de la concurrence peut également être pensée sous une forme de coopération. En effet, les établissements peuvent décider de se rapprocher en allant jusqu'à mutualiser certaines fonctions. Là encore, l'importance de cette analyse se fera ressentir au moment de la rédaction du projet d'établissement.

Ce diagnostic est très important pour l'élaboration du projet d'établissement. Or un triptyque indissociable se crée entre le projet d'établissement, la planification et le CPOM. Ce sera l'objet de la partie suivante.

## **II. Le projet d'établissement, socle de la négociation du CPOM.**

Le projet d'établissement joue un rôle important dans la politique du gestionnaire d'établissement ou de service (A). Son but est de mettre en œuvre ce projet d'établissement et pour cela les gestionnaires doivent impérativement comprendre le lien important entre CPOM et projet d'établissement (B).

### *A. L'élaboration du projet d'établissement.*

Le projet d'établissement ou de service est l'un des sept outils introduits par la loi 2002-2 pour protéger les droits des usagers. Il est défini à l'article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles. Il « *définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisations et de fonctionnement* ». Cet outil est important pour les gestionnaires car c'est par cet outil qu'il va définir la politique de son établissement et donc définir pour les cinq années à venir l'orientation que prendra sa structure. Jacques PAGES et François VIALLA qualifient le projet d'établissement « *d'élément déterminant de la vie, de l'activité, du fonctionnement, de l'identification de l'établissement dans les politiques régionales et départementales*<sup>68</sup> ». C'est la raison pour laquelle il doit être appréhendé comme un outil stratégique et doit, pour cela, être rédigé en se fondant sur une véritable analyse stratégique de la structure.

---

<sup>68</sup> Jacques PAGES et François VIALLA, « Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la contractualisation : une volonté et un défi pour l'avenir », *Revue Droit et Santé* n° 31, p. 446-452

La construction du projet d'établissement se fondera donc sur le diagnostic abordé dans le I de la présente section. Construire son projet d'établissement en se fondant sur ce diagnostic permettra donc au gestionnaire d'élaborer des objectifs répondant à ceux définis au niveau territorial par les autorités de contrôle. Ceci permettra donc au gestionnaire de se mettre dans une position favorable encourageant un vrai dialogue entre lui et les autorités de contrôle. C'est à cette condition que l'utilité du triptyque planification, projet d'établissement et CPOM prendra tout son intérêt.

*B. Le projet d'établissement et le CPOM, un lien indissociable.*

J. PAGES et F. VIALLA affirment « *que le fondement du contrat d'objectifs et de moyens, c'est le projet d'établissement, véritable projet d'entreprise<sup>69</sup>* ». En effet, le projet d'établissement doit avoir deux finalités. D'abord, il doit répondre aux objectifs déterminés dans la politique régionale et/ou départementale. Ensuite, il doit « *permettre d'identifier la structure par son "savoir-faire"* ». Ainsi, cet outil doit permettre à l'établissement de répondre à un véritable besoin social et médico-social tout en « cultivant » sa spécificité. Ce projet d'établissement servira ensuite de base à la négociation du CPOM. En effet, un projet d'établissement répondant aux exigences définies par les autorités de contrôle positionnera nécessairement les autorités dans une position de négociation, bien plus qu'un établissement ne se référant absolument pas aux orientations définies par les politiques.

Un triptyque apparaît ainsi clairement. Les grandes orientations sont définies au niveau régional et départemental. Le gestionnaire doit en tenir compte pour établir son projet d'établissement et de service. Et le CPOM permettra donc de mettre en œuvre la politique d'établissement et la politique départementale et régionale. Ainsi, le projet d'établissement devra démontrer aux autorités que l'établissement souhaite réellement répondre à leurs exigences. Et c'est à cette condition que le CPOM pourra véritablement être négocié. De fait, pour favoriser une véritable négociation du CPOM, le projet d'établissement doit refléter un positionnement volontaire de la structure.

Il apparaît ainsi clairement que le CPOM est un outil stratégique pour les autorités car il permet de décliner à l'échelle de chaque établissement les orientations données par les politiques sociales et médico-sociales. Mais il est également un outil de négociation pour les gestionnaires

---

<sup>69</sup> *Ibid.*

de façon à obtenir les moyens pour mettre en œuvre leur politique d'établissement à la condition que cette politique d'établissement réponde aux politiques régionales et départementales. Le CPOM joue donc le rôle d'outil de mise en concordance entre les politiques des autorités de régulation et celles des institutions gestionnaires d'établissements et services. Pour autant, un autre aspect du CPOM a très largement pris de l'ampleur avec les dernières réformes. C'est le CPOM en tant qu'outil budgétaire.

## **Partie 2 - Les contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens obligatoires, outil support d'une réforme globale.**

---

Le législateur a souhaité relancer la contractualisation dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Pour cela, l'article 58 de la loi ASV a, dans un premier temps, substitué les CPOM à l'ancienne convention tripartite pluriannuelle dans le secteur des personnes âgées. Puis il a rendu obligatoire les CPOM dans le secteur du handicap avec les lois de financement de la sécurité sociale de 2016 et de 2017.

Mais le législateur ne s'est pas contenté de rendre la contractualisation obligatoire. Il a fait de cette dernière le socle d'une réforme plus vaste.

En effet, il a combiné cette réforme de la contractualisation à une réforme de l'allocation ressources des établissements et services. Pour l'ensemble du secteur, désormais la budgétisation des structures devient pluriannuelle et surtout à la recette. C'est un véritable changement de culture à la fois pour les autorités et pour les institutions gestionnaires. Cela s'est matérialisé par la généralisation de l'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) à l'ensemble du secteur.

Dans le secteur des personnes âgées, la réforme est allée encore plus loin puisque qu'a été mise en place une objectivisation de l'allocation ressource. Cela signifie que désormais, concernant l'hébergement permanent, les forfaits soins et dépendance relèvent très largement d'équation tarifaire. Ces équations tarifaires se fondent sur les besoins réels des résidents de structures pour déterminer le montant des ressources allouées aux établissements et services. A terme, le secteur handicap bénéficiera d'une réforme similaire.

Ainsi, la réforme globale du secteur dont le CPOM se trouve être le support est totalement achevée dans le secteur des personnes âgées et est en cours dans le reste du secteur.

Pour bien comprendre le fonctionnement de cette réforme globale, nous verrons dans un premier temps que la réforme de la contractualisation et de la tarification sont deux réformes indissociables (Chapitre 1). Puis dans un deuxième temps, nous verrons que cette réforme

globale est issue d'une volonté du législateur de modifier en profondeur le secteur social et médico-social (Chapitre 2).

## **Chapitre 1 : Les réformes de la contractualisation et de la tarification, deux réformes interdépendantes.**

---

La réforme de la contractualisation dans le secteur social et médico-social a un lien très fort avec la réforme de la tarification. Ce lien s'est établi dès 2005 lorsque l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles a vu son alinéa 2 modifié. En effet, l'ordonnance de 2005<sup>70</sup> a ajouté « *notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle* » prévues à l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles. La lecture de cet article ne laisse que peu de doute quant au lien très fort entre CPOM et tarification. Cette réforme de 2005 a donc lié contractualisation et tarification pluriannuelle facultative.

C'est la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et les lois de financement de la Sécurité sociale qui ont relancé cette démarche en instaurant une contractualisation obligatoire et une tarification pluriannuelle. Il semble donc impératif d'analyser ces deux réformes de façon concomitante. Seront donc analysés les apports de la réforme de la contractualisation obligatoire (Section 1). Puis dans un second temps c'est la réforme de la tarification qui sera abordée (Section 2).

### **Section 1 : la réforme de la contractualisation.**

La réforme de la contractualisation a connu une avancée significative avec l'instauration des CPOM obligatoires. Il s'agira donc de revenir sur ces deux réformes qui ont mise en place les CPOM obligatoires personnes âgées (I) et les CPOM obligatoire handicap (II).

#### **I. Une réforme de la contractualisation déjà ancienne.**

La réforme de la contractualisation dans le secteur social et médico-social a débuté dès la création des conventions tripartites. Ce conventionnement est ensuite devenu obligatoire (A). Pourtant, cette réforme de la contractualisation obligatoire nécessitait un perfectionnement (B).

---

<sup>70</sup> Ordonnance n° 2005-1477 du 1 décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

#### A. Des conventionnements obligatoires.

Le conventionnement obligatoire dans le secteur social et médico-social n'est pas une nouveauté. En effet, les conventions tripartites imposées aux EHPAD étaient déjà un conventionnement obligatoire. L'obligation de signer une convention tripartite a été inscrite dans le code de l'action sociale et des familles par la loi 2002-2 à l'article L. 313-12 ancienne version. L'article mentionnait une « convention pluriannuelle avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé ». Cette mise en place d'un conventionnement obligatoire s'est accompagnée de la mise en place d'une tarification en trois sections budgétaires distinctes : le soin, la dépendance et l'hébergement. Le conventionnement était, à l'époque, déjà obligatoire car si les établissements assurant l'hébergement de personnes âgées et ceux habilités à dispenser des soins longue durée ne la signaient pas, alors ils n'étaient pas autorisés à accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2. De plus, cette convention jouait un rôle important dans le financement des établissements. En effet, dans le cadre de cette convention, les structures négociaient annuellement par le biais d'une procédure contradictoire leurs dotations globales ou leurs tarifs journaliers.

Pour la partie handicap, c'est la loi du 21 décembre 2009 dite loi HPST qui a instauré le CPOM obligatoire en introduisant l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles. L'article disposait « *Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'Etat dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification* ». L'utilisation de l'indicatif présent ne laissait que peu de doute quant à l'obligation qui pesait sur les établissements de signer ce CPOM. Il apparaît ainsi clairement qu'un conventionnement obligatoire pesait déjà sur ces établissements.

Pour autant cette réforme de la contractualisation n'a pas eu les effets escomptés.

#### B. Les limites de la réforme.

Les conventions tripartites étaient déjà une forme bien aboutie de conventionnement obligatoire mais un certain nombre de limites inhérentes à la législation en faisaient un outil perfectible.

D'abord, une convention tripartite devait être signée par chaque établissement. Cela empêchait toute convention commune à plusieurs établissements lorsque ces établissements relevaient d'un même gestionnaire. De plus, pour les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, une convention d'aide sociale devait être signée en plus de la convention tripartite. Il y avait donc une superposition des dispositifs contractuels pouvant rendre la lecture des professionnels plus compliquée.

De plus, l'article L. 313-12-2 issu de la loi HPST et cité précédemment renvoyait à un arrêté pour savoir quels établissements allaient être soumis à CPOM obligatoire. Pour autant, l'arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie n'a jamais été publié. Aucune obligation de signer un CPOM ne pesait donc sur les structures relevant de cet article. La volonté du législateur d'imposer le CPOM aux établissements de handicap n'a donc pas eu d'effet.

Ceci a eu pour conséquence une très grande disparité entre les territoires quant au nombre d'établissements qui avaient signé un CPOM. Ainsi pour illustrer cela, la Champagne Ardenne et les Pays de la Loire avaient plus de 30% de leurs établissements sous CPOM alors que les Midi-Pyrénées n'en avaient que 3%. Le législateur a donc souhaité relancer cette démarche de la contractualisation car le volontariat n'a pas eu les effets désirés.

## **II. Une réforme de la contractualisation perfectionnée.**

Face à l'échec de la réforme de la contractualisation, le législateur a décidé de relancer ce processus de contractualisation dans le secteur en imposant les CPOM (A). Et il a profité de cette réforme de la contractualisation obligatoire pour perfectionner cette démarche (B).

### *A. Une relance de la réforme.*

Il ne fait que peu de doute que les pouvoirs publics ont souhaité relancer la « marche » CPOM.

D'abord, du côté des EHPAD et des PUV, c'est l'article 58 de la loi ASV qui les soumet aux CPOM obligatoires en modifiant l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. L'article L. 313-12 IV ter – A dispose ainsi le gestionnaire d'EHPAD ou de PUV « *conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé* ». Cette formulation ne laisse aucun doute

sur le fait que les gestionnaires d'EHPAD et de PUV ont l'obligation de signer un CPOM. Cette volonté des pouvoirs publics est confirmée par la publication de plusieurs textes dont la finalité est clairement de rendre effective cette obligation. Ainsi, le cahier des charges du CPOM de l'article L. 313-12 du CASF a été fixé par arrêté<sup>71</sup> et une instruction<sup>72</sup> relative à la mise en œuvre de cet arrêté a également été publiée. Ces textes réglementaires montrent bien que les pouvoirs publics ont institué une obligation et qu'ils comptent bien la rendre effective.

Ensuite, dans le secteur du handicap c'est l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles qui a été modifié. En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a modifié cet article en retirant la mention d'un seuil à partir duquel les établissements devront impérativement être sous CPOM. Ainsi, la volonté du législateur est clairement d'étendre cette obligation à l'ensemble des établissements mentionnés dans l'article. Le CPOM ne sera donc plus réservé uniquement aux établissements les plus importants. De plus, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a également modifié l'article en étendant son champ d'application. En effet, avec la LFSS pour 2016, seuls les établissements mentionnés aux 2°, 5°, 6° et 7° de l'article L. 312-1 du CASF était soumis à CPOM obligatoire. Avec la LFSS pour 2017, le législateur a élargi les structures soumis au CPOM car y ajoute les structures du 3° L. 312-1 CASF.

Cette relance de la réforme de la contractualisation a donc été caractérisée par une extension du champ d'application du CPOM obligatoire. Mais elle a également été l'occasion du perfectionnement du CPOM.

### *B. Le perfectionnement de la réforme.*

L'intérêt de cette réforme est de faire du CPOM un document essentiel dans les relations entre les gestionnaires et les autorités de contrôle.

Le CPOM obligatoire personnes âgées se voit donc très largement perfectionné par rapport à la convention tripartite. D'abord, par application de l'article L. 313-12 du CASF, pour les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le CPOM vaudra

---

<sup>71</sup> Arrêté n°AFSA1619718A 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.

<sup>72</sup> 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) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

convention d'habilitation à recevoir d'aide sociale. En effet, cette convention figurera directement dans le CPOM par le biais d'une annexe. Le CPOM est donc synonyme de simplification administrative. Ensuite, le champ d'application du CPOM obligatoire personnes âgées se voit étendu puisque désormais l'article L. 313-12 du CASF dispose qu'un seul CPOM pourra être conclu pour les établissements gérés par le même gestionnaire dans le même département : on parlera de « CPOM pluri-établissement ». De même, un seul CPOM pourra être signé pour les établissements gérés par le même gestionnaire mais situés sur des départements différents. Ce sont les « CPOM interdépartementaux ». Enfin, d'autres catégories d'établissements pourront être intégrées au CPOM lorsqu'ils relèvent du même gestionnaire et du même ressort territorial. Ce sont les « CPOM pluriactivités ».

Le CPOM obligatoire handicap a lui aussi été perfectionné puisque par application des dispositions de l'article L. 313-12-2 du CASF, le CPOM peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF si ces structures relèvent du même gestionnaire et du même ressort territorial. Là encore il apparaît que le législateur a voulu accroître le champ d'application de ces CPOM.

Cette réforme de la contractualisation se voit être un élément d'une réforme plus globale. La réforme du CPOM se verra donc accompagnée d'une réforme des règles de financement des établissements et d'une modernisation des règles budgétaires et comptables.

## **Section 2 : Le CPOM, support d'une réforme de la tarification et des règles budgétaires et comptables.**

La réforme de la contractualisation est à comprendre comme un élément parmi une réforme plus globale. Et ceci est bien mis en avant par l'instruction du 21 mars 2017<sup>73</sup>. En effet, cette instruction aborde de façon concomitante la réforme de la contractualisation obligatoire, la réforme de la tarification et la réforme budgétaire et comptable du secteur social et médico-social. Ces trois réformes sont donc imbriquées et les unes dépendent des autres. Pour bien comprendre la réforme de la contractualisation, nous renvoyons à la section précédente. Il s'agira donc de s'intéresser aux deux autres réformes. D'abord, il sera traité de la réforme de la tarification (I). La réforme de la tarification dans le secteur des personnes âgées a déjà été

---

<sup>73</sup> *Ibid.*

opérée. Pour autant, ce n'est pas encore le cas dans le secteur du handicap. Ensuite, nous étudierons la réforme budgétaire et comptable (II).

## **I. L'objectivisation des allocations ressources.**

L'objectivisation des allocations ressources a pour finalité de partir des besoins de l'usager pour définir par la suite les ressources allouées à l'établissement. Le but est de financer l'établissement au plus juste par rapport à la population qu'il accueille. Un tel mode de financement exige des outils pour calculer la perte d'autonomie des résidents ainsi que leur besoin en soins. Ces outils existent dans le secteur des personnes âgées.

Les deux outils socles du calcul de ses équations tarifaires sont l'outil PATHOS et la grille AGGIR<sup>74</sup>. L'outil PATHOS va permettre d'évaluer le besoin en soins nécessaire à la prise en charge du résident. Il servira de base à calculer le Pathos moyen pondéré (PMP) à partir d'un algorithme. Ce PMP sera ensuite utilisé dans l'équation tarifaire. La grille AGGIR (autonomie gérontologie groupe iso-ressource) va permettre d'assigner un point GIR au résident qui donnera son niveau de dépendance.

Ces outils sont la raison pour laquelle cette réforme de l'allocation ressource est effective dans le secteur des personnes âgées (A). Dans le secteur du handicap la tarification objectivée est en cours de construction (B).

### **A. Un financement objectivé dans le secteur des personnes âgées.**

Avant le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016<sup>75</sup>, les EHPAD étaient financés par des tarifs journaliers afférents à la fois à la dépendance et aux soins. Ce décret les a remplacés par des forfaits globaux<sup>76</sup>. Ainsi, le montant de la tarification allouée à un EHPAD ou à une PUV est calculé en additionnant le forfait global relatif aux soins, le forfait global relatif à la dépendance et des tarifs journaliers afférents à l'hébergement<sup>77</sup>. Ce sont ici les forfaits globaux relatifs aux

---

<sup>74</sup> Sa création remonte à 1997 avec la loi du 24 janvier 1997 n° 97-60.

<sup>75</sup> Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>76</sup> Jean-Pierre HARDY, « La réforme de la tarification et du financement des EHPAD : acte IV », *RDSS*, 2017, p. 339.

<sup>77</sup> Article L. 314-2 du Code de l'action sociale et des familles.

soins et à la dépendance qui nous intéressent car ils relèvent pour leur plus grande part d'une allocation ressource objectivée par des équations tarifaires.

Le forfait global soins<sup>78</sup> est la somme de l'équation tarifaire auquel on additionne des financements complémentaires. Ces financements complémentaires sont les prestations relatives aux modalités d'accueil autorisé. Ils correspondent à des forfaits des PASA, des UHR et des centres de répit. Il faut également ajouter les frais financiers, les actions de prévention et d'amélioration des parcours et la qualité des soins définis dans le CPOM. Le plus gros de ce forfait global est représenté par l'équation tarifaire. L'équation tarifaire est la suivante :

*GMPS × la capacité installée ou la capacité occupée si le taux d'occupation est inférieur à 95% × la valeur nationale du point GIR soins.*

Le GMPS est « groupe iso-ressources moyen pondéré soins ». Il correspond au niveau moyen de perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement et rend compte de leur besoin en soins. Il est calculé de la façon suivante :  $GMP + (PMP \times 2,59)$ . L'idée derrière cette équation tarifaire est évidemment d'allouer la ressource la plus proche du besoin réel des résidents.

Par application de l'article R. 314-172 du CASF, le forfait global dépendance correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire et des financements complémentaires établis dans le CPOM. L'équation tarifaire est la suivante :

*Total des points GIR dépendance × la capacité installée ou la capacité occupée si le taux d'occupation est inférieur à 95% × la valeur du point GIR départemental.*

Là encore, le forfait global est calculé en partant des besoins réels des résidents dans le but d'allouer les financements les plus adéquats par rapport aux nécessités de l'établissement.

Ces équations tarifaires ont permis de faire aboutir la réforme de l'objectivisation de l'allocation ressources des EHPAD. A terme, les établissements de handicap bénéficieront d'une réforme similaire.

#### *B. Une réforme en cours pour le secteur du handicap.*

---

<sup>78</sup> Article R. 314-159 du Code de l'action sociale et des familles

Le secteur du handicap, quant à lui, ne dispose pas de son équivalent à la grille AGGIR. Il n'existe pas encore de référentiel pour calculer le besoin en dépendance des personnes handicapées. La tarification des établissements de handicap ne pourra donc pas être immédiatement objectivée comme elle l'a été dans le secteur des personnes âgées.

C'est la réforme SERAFIN-PH, acronyme de « Services et Etablissement : Réforme pour une Adéquation des FINancements au parcours des Personnes Handicapées », qui a pour finalité de « proposer une évolution de l'allocation de ressources simplifiée, plus équitable et objectivée afin de favoriser la fluidité des parcours de vie des personnes en situation de handicap conformément à l'approche inclusive<sup>79</sup> ». La mise en place d'une allocation ressource objectivée dans le secteur du handicap est donc un objectif des pouvoirs publics. Pour l'instant, cela n'est pas possible en raison de l'absence d'un référentiel équivalent à la grille AGGIR. Les travaux SERAFIN-PH ont déjà permis la mise en place de deux nomenclatures : la nomenclature des besoins et la nomenclature des prestations<sup>80</sup>. A terme ces nomenclatures permettront d'établir des équations tarifaires comme cela a été le cas dans le secteur des personnes âgées.

Une période transitoire a donc été instaurée. La tarification des établissements de handicap a tout de même été réformée même si cela n'a pas été aussi poussé que dans le secteur des personnes âgées. C'est une tarification « négociée dans le cadre du CPOM et élaborée sur des bases historiques<sup>81</sup> ».

Ces réformes de l'allocation ressources ont donc été instaurées pour permettre un financement des établissements et services qui se fonde sur les besoins réels des personnes accueillies. Elles ont également été accompagnées par une refonte des règles budgétaires et comptables.

## **II. Une refonte des règles budgétaires et comptables.**

La partie précédente est revenue sur le fait que la réforme de la contractualisation s'accompagne d'une refonte des règles de tarification. Ces réformes s'accompagnent également d'une réforme

---

<sup>79</sup> Dépliant du Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées et de la CNSA - [https://www.cnsa.fr/documentation/depliant\\_serafin\\_2018.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/depliant_serafin_2018.pdf)

<sup>80</sup> Ibid., p. 3

<sup>81</sup> 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) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code, p. 6-7

budgétaire et comptable qui s'applique à l'ensemble du secteur. Cette réforme se traduit par une nouvelle façon d'élaborer le budget des établissements (A) ainsi que par la mise en place d'un nouvel outil : l'EPRD (B).

#### A. Une tarification à la recette et pluriannuelle.

La budgétisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux a longtemps été annuelle et à la dépense. Une tarification annuelle signifie que chaque année une procédure tarifaire contradictoire était organisée entre les gestionnaires et les autorités de financements. Il apparaît qu'une telle procédure est lourde et a pour conséquence de laisser les établissements dans une forme de procédure tarifaire constante car, à peine la tarification pour l'année N est établie, qu'il faut déjà lancer la procédure pour l'année N+1. Une tarification à la dépense signifie qu'il y avait une approbation des dépenses prévisionnelles de fonctionnement par l'autorité de tarification. Ainsi les gestionnaires d'établissement ou de service notifiaient à l'autorité de tarification le montant prévisionnel des charges et les recettes étaient déterminées en fonction de ces dépenses prévues. C'était la tarification historique du secteur.

La réforme budgétaire du secteur social et médico-social a totalement modifié ces logiques. D'abord, le CPOM permet de faciliter la tarification par l'instauration d'une pluriannualité budgétaire. Ainsi, le contrat devra contenir les modalités de révision annuelle du tarif. Ces règles sont énoncées aux articles R. 314-39 à R. 314-44 du code de l'action sociale et des familles dans un sous-paragraphe intitulé « *Fixation pluriannuelle du budget* ». Il y aura alors un volet financier au CPOM qui énoncera la modalité choisie de mise à jour annuelle. Les modalités<sup>82</sup> de révisions sont énoncées à l'article R. 314-40 du CASF. Pour que la pluriannualité budgétaire s'applique sans procédure contradictoire, le contrat doit donc respecter deux conditions selon Elisabeth Fieschi-Bazin<sup>83</sup>. Il doit expressément stipuler quelle modalité sera

---

<sup>82</sup> Article R. 314-40 du Code de l'action sociale et des familles « *Ces modalités peuvent consister : 1° Soit en l'application directe à l'établissement ou au service du taux d'actualisation des dotations régionales limitatives mentionnées aux articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4 ou d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par la collectivité départementale mentionnée à l'article L. 313-8 ; 2° Soit en l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation ; 3° Soit en la conclusion d'avenants annuels d'actualisation ou de revalorisation ; 4° Soit en l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme* »

<sup>83</sup> Elisabeth Fieschi-Bazin, « la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le champ médico-social », *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale : Outils juridiques et stratégies de régulation*, LEH Edition, 2017, p. 52-101

utilisée pour la mise à jour annuelle des tarifs et ensuite le contrat doit expressément mentionner que la fixation du tarif n'est pas soumise à procédure contradictoire<sup>84</sup>

Ensuite, la budgétisation est désormais à la ressource ce qui signifie « *l'octroi d'un niveau forfaitaire de ressources publiques à un ESSMS pour la couverture de tout ou partie de ses dépenses de fonctionnement pour satisfaire les besoins normés des publics accueillis*<sup>85</sup> ». Ce changement de logique s'inscrit dans une démarche de responsabilisation des gestionnaires car leur gestion devra être adaptée au montant des recettes qui leur sera alloué. Cette réforme se matérialise au travers la généralisation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

### B. La modernisation de l'outil budgétaire et comptable : l'EPRD.

La modernisation de l'outil budgétaire et comptable des établissements et services est intimement liée à la réforme de la contractualisation. Ceci est très clairement démontré par le fait que l'article de référence des CPOM personnes âgées énonce « *que la personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses*<sup>86</sup> ». Ce lien est également démontré par l'article L. 313-12-2 du CASF qui dispose qu'à compter de la conclusion du CPOM les documents budgétaires classiques sont remplacés par un EPRD.

Dans le secteur des personnes âgées, le passage à l'EPRD a été imposé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017<sup>87</sup>. Cela a été possible car la réforme de la tarification des EHPAD est achevée et donc l'allocation ressource se fait principalement par des équations tarifaires. A l'inverse, pour le secteur du handicap, le passage à l'EPRD exige la signature d'un CPOM car c'est lui qui va déterminer les ressources de l'établissement. Le passage à l'EPRD est se fera donc l'année suivant la signature du CPOM. Et l'EPRD sera donc construit en fonction de la tarification établie dans le CPOM.

Cette modernisation de l'outil budgétaire et comptable a été exigée par le renouvellement des modes de gestion des établissements et services. Ce renouvellement est caractérisé par l'instauration d'une confiance mutuelle entre les autorités de contrôle et les gestionnaires de

---

<sup>84</sup> Article R. 314-42 du Code de l'action sociale et des familles

<sup>85</sup> Jean-Pierre HARDY, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Dunod, 4<sup>ème</sup> édition

<sup>86</sup> Article L. 313-12, IV ter, C du Code de l'action sociale et des familles.

<sup>87</sup> Article 58 IX, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement (JO 29 dec.)

structures. Cet outil permet donc de changer de logique car il y a passage d'une approche de compte de résultat à une projection de la situation financière. Cette logique permet d'ériger les directeurs d'établissements en véritable gestionnaires pour mener à bien des projets sur le long terme. Dans cette logique, deux outils ont été érigés en outils centraux : la capacité d'autofinancement (CAF) et la marge brute d'exploitation.

La capacité d'autofinancement (CAF) des établissements ou services correspond aux « *ressources brutes restant à l'entreprise à l'issue de l'exercice*<sup>88</sup> ». La capacité d'autofinancement correspond à la capacité d'un établissement ou d'un service à rembourser sa dette en capital mais aussi à financer tout ou partie de son investissement. A l'inverse, lorsque le résultat de la CAF est négatif alors la structure sera en insuffisance de financements. La marge brute d'exploitation est le résultat économique de la structure. Elle permet d'analyser l'activité de la structure et ainsi sa performance. Ces deux outils sont des outils d'analyse budgétaire et serviront de socle pour penser une stratégie pour les gestionnaires de structure.

La contractualisation obligatoire apparaît donc être le support d'une réforme global du secteur modifiant les règles d'allocation des ressources et les règles budgétaires et comptables. Ce changement n'est pas neutre et relève d'une volonté du législateur.

## **Chapitre 2 : Conséquences et esprit de cette réforme.**

---

La réforme de la contractualisation obligatoire dans le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées apparaît être le support d'une réforme plus globale. Ainsi, comme cela a déjà été vu, la réforme de la contractualisation s'est accompagnée d'une réforme de l'allocation ressources ainsi qu'une modernisation de l'outil budgétaire et comptable. Ainsi, le secteur des personnes âgées dont la réforme est totalement aboutie semble être une indication sur ce à quoi vont tendre les prochaines réformes du secteur : une tarification objectivée en fonction des besoins des usagers qui déterminera les charges des établissements.

Pour autant, cette réforme n'est pas anodine. Elle a été construite avec une véritable finalité de modification de la gouvernance des autorités et des gestionnaires (Section 1). Ainsi, très probablement, les pouvoirs publics ont voulu modifier les rapports entre les gestionnaires et les autorités de contrôle. Cette première finalité de la réforme s'est traduite par un allègement des

---

<sup>88</sup> <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1723>

rapports entre les autorités et les gestionnaires et surtout par accroissement de la marge de libertés des gestionnaires dans la gestion de leur projet. Les conséquences pratiques de la réforme seront donc importantes.

Ensuite, cette réforme a été construite avec des finalités bien précises (Section 2). Cette réforme s'avère avoir deux finalités. D'abord, le législateur souhaite susciter une évolution du paysage des structures sociales et médico-sociales. En effet, il estime le nombre d'institutions gestionnaires trop important. Ensuite, cette réforme est guidée par la volonté de moderniser l'action sociale et médico-sociale sur le modèle de la modernisation que connaît l'action de l'Etat.

## **Section 1 : Les conséquences de la réforme dans la gouvernance des gestionnaires et des autorités de contrôle.**

Le chapitre 1 de la présente partie a présenté les apports de la réforme globale sans pour autant analyser les conséquences pratiques d'une telle réforme dans la gouvernance des autorités et des gestionnaires. Pourtant, cette réforme a nécessairement impacté la gestion quotidienne des établissements et services (I) ainsi que l'intervention des autorités de régulation (II).

### **I. Une réforme impactant la gestion quotidienne des établissements et services.**

Cette réforme de la contractualisation obligatoire support d'une réforme de l'allocation ressources et des cadres budgétaires et comptables a eu pour conséquences d'offrir de nouveaux outils aux gestionnaires. Ces nouveaux outils vont ainsi permettre aux gestionnaires de structures d'acquérir des « casquettes » nouvelles. Ils pourront ainsi s'ériger en véritable chef de projet (A) ainsi qu'en véritable chef d'entreprise (B).

#### **A. Les gestionnaires de structures comme véritable chef de projet.**

Cette réforme globale a instauré une nouvelle culture au sein du secteur social et médico-social. Les outils qui ont été mis en place vont nécessairement faciliter la gestion de projet des gestionnaires de structures.

Le premier outil qui va faciliter cela est la pluriannualité budgétaire. Comme nous l'avons déjà vu, les EHPAD, de par la mise en place d'une tarification objective se sont déjà vu appliquer une pluriannualité budgétaire. Il en sera de même pour les établissements de handicap qui vont signer leur CPOM. La pluriannualité budgétaire permet d'offrir aux gestionnaires une vision sur le long terme des financements qui leur seront alloués. Cela est important car cela leur permettra de se projeter sur le plus long terme, or cette projection sur le plus ou moins long terme est une condition importante pour mener à bien un projet. Cela est d'autant plus importante que, rappelons-le, comme son nom l'indique, le CPOM assigne des objectifs aux gestionnaires en échange de moyens. Ainsi, chaque gestionnaire signant un CPOM aura une obligation contractuelle de réaliser les objectifs qui y sont inscrit. Cette vision pluriannuelle des financements qui lui seront accordés lui permettra d'élaborer une véritable stratégie pour les atteindre.

Cette pluriannualité a été complétée par la mise en place d'outil permettant une analyse budgétaire et comptable. Ce sont les outils suivants : la CAF et la marge brut d'exploitation qui s'appuie sur l'EPRD. Ces outils devront à nouveau être utilisés pour élaborer une stratégie permettant de dégager un excédent car désormais les excédents ne seront pas repris. L'idée est qu'ainsi les gestionnaires pourront démontrer leur bonne gestion et surtout acquérir une autonomie car par la suite ces excédents pourront servir à mener à bien d'autres projets.

Cette réforme a donc permis d'ériger les gestionnaires d'établissements en véritable chef de projet. Evidemment, ils l'étaient bien avant cette réforme, néanmoins elle a permis d'accentuer cet aspect de leur profession en leur accordant la vision pluriannuelle et les outils d'analyse budgétaire et comptables nécessaires pour le devenir pleinement. C'est donc la raison pour laquelle ces gestionnaires ont également été érigés en véritable chef d'entreprise.

#### *B. Les gestionnaires d'établissement comme véritable chef d'entreprise.*

Cette idée selon laquelle les gestionnaires d'établissements ou de services sont de véritables chefs d'entreprises n'a rien de nouveau dans le secteur privé à but lucratif. Dans le secteur des ESSMS publics ou associatifs, la culture n'est pas la même. Il est plus difficile de considérer les gestionnaires comme des chefs d'entreprises.

Pourtant, comme nous l'avons déjà énoncé dans la Partie 1, chaque gestionnaire d'établissement doit se positionner en véritable chef d'entreprise pour élaborer son projet

d'établissement. Le projet d'établissement doit ainsi devenir un véritable projet d'entreprise et ainsi permettre à l'établissement de se démarquer par rapport aux autres établissements.

Cette logique a été largement confirmée par la dernière réforme. Ainsi par exemple, désormais un seul CPOM pourra être signé pour plusieurs établissements lorsqu'ils relèvent d'un même gestionnaire. Ces CPOM pluri-établissements peuvent même être pluriactivités. Ainsi, comme le met en avant Elisabeth Fieschi-Bazin, une telle possibilité permettra aux gestionnaires d'établissements ou de services d'élaborer de véritable plateforme qui pourront répondre aux besoins des usagers tout au long de leur parcours en leur proposant une « *palette de solutions en établissement et de service à domicile*<sup>89</sup> ». Ainsi, dans une telle perspective, un gestionnaire s'assure pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de l'utilisateur et s'assure ainsi les financements. Cette réforme permet l'élaboration d'une véritable logique de groupe avec diverses structures répondant à l'ensemble des besoins.

De plus, cette logique de groupe est encore accentuée par l'article R. 314-43-1 du CASF modifié par le décret 2016-1518<sup>90</sup> qui permet la globalisation des financements des établissements et services « *gérés par la même personne morale et relevant de la même autorité de tarification et des mêmes financements* ». Cela prendra la forme d'une dotation globalisée. Or en cours d'exercice, la répartition de cette dotation pourra être modifiée après approbation de l'autorité de tarification. Il apparaît ainsi à nouveau clairement la souplesse et la logique de gestion d'entreprise constituée par plusieurs établissements.

Enfin, pour les CPOM EHPAD, en raison de la forfaitisation de leur financement, un nouveau principe s'applique : le principe de la libre affectation des résultats depuis le décret 2016-1815<sup>91</sup>. Ceci a été confirmé par le décret 2018-519 pour les CPOM de l'article L.313-12-2 du CASF. Ainsi, le gestionnaire pourra « *redéployer ces résultats dans le cadre des objectifs de son CPOM*<sup>92</sup> ». Là encore, cette liberté offerte au gestionnaire renvoie clairement à la liberté qu'un chef d'entreprise pourrait disposer dans sa gestion. En contrepartie de cette liberté

---

<sup>89</sup> Elisabeth Fieschi-Bazin, « la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le champ médico-social », *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale : Outils juridiques et stratégies de régulation*, LEH Edition, 2017, p. 52-101

<sup>90</sup> 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

<sup>91</sup> *Ibid.*

<sup>92</sup> Elisabeth Fieschi-Bazin, « la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le champ médico-social », *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale : Outils juridiques et stratégies de régulation*, LEH Edition, 2017, p. 52-101

nouvelle pour les gestionnaires, les autorités ne pourront plus reprendre les excédents comptables des structures.

Il apparait ainsi clairement que cette réforme a donné aux gestionnaires de structures sociales et médico-sociales une plus grande amplitude dans leur liberté de gestion. Cette plus grande amplitude ne sera pas sans incidence sur le rôle joué par les autorités de contrôle.

## **II. Un nouveau positionnement des autorités de contrôle et de tarification.**

Comme nous l'avons vu précédemment, cette réforme globale dont le socle est le CPOM a modifié la pratique des gestionnaires d'établissements et de services. Pour autant, ce changement a également impacté le rôle des autorités de contrôle et de tarification (A). Or ce changement exige que ces dernières changent leur manière d'intervenir (B).

### *A. Une réforme modifiant le rôle des autorités.*

Comme tous les champs de l'action administrative, le champ d'intervention administratif social et médico-social a longtemps été dominé par l'acte unilatéral. En atteste qu'avant la mise en place des CPOM, la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevait d'un acte administratif unilatéral. Pourtant, comme le met en avant Michel BORGETTO dans son introduction au dossier sur « le contrat dans le secteur social et médico-social<sup>93</sup> », le recours au contrat s'est très largement développé et devient un mode classique d'intervention dans la sphère administrative. Le champ social et médico-social connaît lui aussi cela au travers le CPOM. Le premier changement que connaît donc l'administration est son mode d'intervention qui devient contractuel.

De plus, les autorités de tarification voient leur rôle très sensiblement modifié par l'objectivisation de l'allocation ressources dans le domaine des personnes âgées. Et à terme cette objectivisation devrait s'étendre à l'ensemble du secteur. Ainsi, dans une telle situation l'allocation ressources est le résultat de l'application d'une équation tarifaire sur laquelle les autorités n'ont que peu de contrôle. Désormais, dans le domaine des EHPAD, les autorités n'ont de véritable marge de manœuvre que sur les financements complémentaires. L'hébergement

---

<sup>93</sup> Dossier « Le contrat dans le secteur social et médico-social », RDSS, 2012, p.3

permanent résulte des équations. Il y a donc un recul de leur compétence tarifaire car désormais le financement des structures relève d'une équation.

Enfin, l'EPRD modifie également largement la pratique de la négociation budgétaire. En effet, avant l'EPRD les autorités devaient valider le budget. Désormais, les autorités prennent uniquement connaissance de l'EPRD. Cela est le résultat de la réforme qui a souhaité offrir plus de liberté aux gestionnaires. Ainsi, de fait, si les gestionnaires ont plus de liberté alors la marge d'intervention des autorités recule mécaniquement. Pour autant, l'article R. 314-225 du CASF prévoit tout de même que l'autorité de tarification peut s'opposer à l'EPRD s'il ne respecte pas les conditions énoncées à l'article R. 314-221 du CASF. Cet article impose que chacun des comptes de résultat prévisionnels respecte l'équilibre réel, l'EPRD respecte les engagements prévus au CPOM, enfin, en cas de situation financière dégradée, il doit intégrer des mesures de redressement adaptées.

La mise en place du CPOM obligatoire et toutes les conséquences que cela entraîne en matière de tarification et de règle budgétaire et comptable a largement modifié les modes d'intervention des autorités de contrôle et de tarification. Cela exige d'elles l'appropriation de ces nouveaux outils et règles.

#### B. Une réforme exigeant l'appropriation d'une nouvelle culture par les autorités de régulation.

Laurent Cocquebert dans son article<sup>94</sup> « Le CPOM est-il un contrat », déjà cité précédemment, considère que la réflexion du Conseil d'Etat sur les conventions d'objectifs et de gestion s'applique aux CPOM. En effet, le Conseil d'Etat<sup>95</sup> estime que le rapport unilatéral de tutelle entre l'administration et les administrés instaure des « *conditions d'exercice aléatoires et imprévisibles* ». Le contrat, quant à lui, permettrait de mettre en place « *un rapport rationnel et prévisible* ». Selon Laurent Cocquebert et le Conseil d'Etat, la mise en place d'un contrat entre l'administration et les administrés changerait la teneur de la tutelle. Néanmoins, pour que la teneur de cette tutelle change, il est impératif que les autorités s'approprient le CPOM comme

---

<sup>94</sup> Laurent COCQUEBERT, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *RDSS*, 2012, p. 34

<sup>95</sup> Conseil d'Etat, Le contrat, mode d'action publique et de production des normes, Rapport annuel, p. 49, 2008 : « *les COG tendent en définitive à substituer à un rapport unilatéral de tutelle, aux conditions d'exercice aléatoires et imprévisibles pour l'entité sous tutelle, un rapport rationnel et prévisible à moyen terme. Le recours au contrat sert ici à renforcer l'autonomie de gestion et à objectiver l'exercice de la tutelle, grâce à une définition des résultats à atteindre et à des instruments de mesure de la performance* ».

un véritable outil contractuel. Elles ne doivent surtout pas le considérer comme un outil unilatéral auquel le nom de « contrat » aurait été attribué.

De plus, la mise en place de la tarification objectivée et de l'EPRD modifie également très largement le rôle des autorités comme nous l'avons vu précédemment. Leur marge d'intervention est réduite au profit de la liberté des gestionnaires. Il est donc impératif que les autorités sortent de leur rôle de tutelle pour instaurer un climat de confiance entre elles et les gestionnaires. Ce climat de confiance leur permettra de mettre en place un véritable dialogue de gestion basé sur la confiance mutuelle. Ainsi, comme le met en avant Mélanie Bouchard dans son mémoire<sup>96</sup>, la gestion des autorités est modifiée par cette réforme. Les ARS et les Conseils départementaux « *deviennent davantage des conseillers* ». Et un véritable dialogue de gestion devra s'instaurer entre les autorités et les gestionnaires pour permettre aux gestionnaires d'utiliser à bon escient leur plus grande liberté dans la gouvernance de leur établissement.

Il apparaît ainsi clairement que cette réforme a eu des conséquences importantes sur la gouvernance des établissements ainsi que sur la gouvernance des autorités. Ce changement de culture dans le secteur social et médico-social est instauré pour servir certaines finalités.

## **Section 2 : Les finalités de la réforme.**

La mise en place de ces réformes de la contractualisation et de la tarification dans le secteur social et médico-social, qui ont amené à moderniser les règles budgétaires et comptables, sont guidées par le contexte global. En effet, comme cela a déjà été mentionné, les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont largement composés de deniers publics. Or, le contexte financier actuel de la France n'est pas bon. En effet, la dette publique française a atteint au premier trimestre 2018 la somme de 2255,3 milliards d'euros, soit 97.6% du Produit intérieur brut (PIB). Cela dépasse très largement ce que tolère l'Union Européenne car depuis le traité de Maastricht il est exigé que l'endettement soit contenu à hauteur de 60% du PIB.

Il est ainsi évident qu'un secteur financé essentiellement par les deniers publics soit impacté par une telle conjoncture. Le but des réformes évoquées précédemment sera donc

---

<sup>96</sup> Mélanie Bouchard, *Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la réforme de la tarification et de la contractualisation*, LEH édition

nécessairement de permettre une meilleure utilisation des deniers publics pour ainsi permettre la diminution de leur utilisation.

Dans cette logique, le CPOM doit permettre une recomposition du secteur social et médico-social par le biais des coopérations et des restructurations (I). De plus, le CPOM sera également le support d'une modernisation de l'action sociale et médico-sociale dans la droite lignée de la modernisation qu'ont connu les finances de l'Etat (II).

## **I. Le CPOM, un outil de structuration du secteur social et médico-social.**

Le législateur en instaurant le CPOM obligatoire comme un outil polyvalent a souhaité favoriser le développement du secteur social et médico-social à deux niveaux. D'abord, il a souhaité favoriser la fluidité des parcours (A) et ensuite il a souhaité favoriser les mutualisations entre les établissements et les services (B).

### *A. Le CPOM, outil au service des parcours.*

Le secteur social et médico-social est caractérisé par un éclatement des structures. Cet éclatement ne favorise pas l'existence de parcours fluides. La réforme du CPOM et de la tarification tente de palier à cela.

L'instruction du 21 mars 2017<sup>97</sup> énonce les enjeux de la réforme de la contractualisation couplée à la réforme de la tarification. Or selon cette instruction, l'un des enjeux est de structurer « *l'offre sur le territoire pour mieux répondre aux besoins des personnes* ». L'idée est ici de favoriser une offre répondant à l'ensemble des besoins des usagers du service social et médico-social et ainsi éviter les ruptures de parcours. Elisabeth Fieschi-Bazin confirme cette analyse car elle considère que le CPOM « *dépasse le prisme de l'établissement en permettant de créer une dynamique entre : établissements et services de différentes catégories, champs, secteurs et acteurs de la coordination*<sup>98</sup> ». Or il est évident que dans un secteur aussi éclaté que le secteur

---

<sup>97</sup> 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) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code

<sup>98</sup> Elisabeth Fieschi-Bazin, « la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le champ médico-social », *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale : Outils juridiques et stratégies de régulation*, LEH Edition, 2017, p. 52-101

social et médico-social, le seul moyen de favoriser des parcours fluides nécessite de dépasser le prisme établissement.

Cette réforme de la contractualisation a également permis de mettre en place des CPOM pluri-établissements. C'est une possibilité nouvelle comme nous l'avons vu dans des développements précédents. Or cette nouvelle logique est de nature à favoriser les parcours. Cela est d'ailleurs expressément énoncé dans la circulaire du 22 avril 2016<sup>99</sup> qui énonce que les « *CPOM pluri-établissements favorisent également la logique de parcours des publics accompagnés en fluidifiant les prises en charge entre les différentes catégories de structures et modalités de prise en charge* ». Là encore, les CPOM obligatoires vont dans le sens d'une amélioration des parcours des usagers.

Cette recherche de fluidification des parcours est d'autant plus vraie dans le secteur des personnes handicapées. Ainsi, l'instruction du 21 mars 2017 précédemment citée énonce explicitement que le CPOM est un levier pour « *pallier le cloisonnement entre les catégories d'établissement et service et la fragmentation des réponses apportées* » aux usagers mais également pour « *favoriser et organiser la complémentarité des prestations offertes par un gestionnaire* ». L'idée ici est très clairement de faire du CPOM un outil pour favoriser l'élaboration de parcours fluide dans le secteur des personnes handicapée dans la droite lignée de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ». Ainsi, la circulaire<sup>100</sup> du 2 mai 2017 fait tout un développement sur l'importance du CPOM dans la réorganisation de l'offre sociale et médico-sociale handicap. Et cette instruction énonce très clairement au sujet du CPOM qu'un de ses enjeux est « *est de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches notamment en tenant compte des besoins d'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap* ».

De fait, le CPOM a donc été conçu comme un levier pour parer au manque de fluidité des parcours dans le secteur social et médico-social découlant de la multiplicité et l'hétérogénéité des établissements et services maillant le territoire. Cependant, le CPOM a également été conçu comme un levier pour parer à ce problème que constitue cette multiplicité de structures.

---

<sup>99</sup> CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

<sup>100</sup> Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

### B. Le CPOM, outil favorisant les mutualisations.

La mise en place des CPOM pluri-établissements, outre favoriser la fluidité des parcours comme nous l'avons vu dans le développement précédent, sera également de nature à favoriser la mutualisation. Cet aspect du CPOM a été mis en avant dans la circulaire du 22 avril 2016<sup>101</sup> qui énonce que les « *CPOM pluri-établissements ou services encourage la logique de mutualisation sur des fonctions telles que la restauration, blanchisserie, nettoyage, informatique et le partage de professionnels tels que les infirmiers, les fonctions support* ». Ici, la volonté des pouvoirs publics est claire : il s'agit d'encourager les établissements à mutualiser. Ceci est gage d'économie lorsque la mutualisation est effectuée correctement.

De plus, de telles mutualisations auront également pour conséquence de rapprocher les établissements ou au moins de permettre une gouvernance de ces derniers plus cohérente. Dans une telle situation, cela ne peut être que favorable à la fluidification des parcours. Cette recherche de mutualisation a donc comme finalité de réduire les dépenses publiques tout en offrant une offre sociale et médico-sociale de qualité.

Enfin, il semble également important de souligner deux mouvements qui se développent en parallèle. Le premier mouvement que les pouvoirs publics souhaitent mettre en marche est le mouvement de mutualisation. Le second mouvement lancé par les pouvoirs publics est les différents mouvements de groupement. Dans le secteur sanitaire, ces regroupements se font en marche forcée comme en atteste les groupements hospitaliers de territoires<sup>102</sup> (GHT). Chaque établissement public de santé est tenu d'en être membre. Dans le secteur social et médico-social, cela relève encore du volontariat comme avec la possibilité laissée aux établissements sociaux et médico-sociaux d'être membre d'un GHT ou encore la possibilité de créer des groupements de coopération sociaux et médico-sociaux<sup>103</sup> (GCSMS). Ces deux mouvements mis en parallèle laissent donc à penser que le législateur considère cet encouragement aux mutualisations comme un préalable aux futurs regroupements. En effet, les pouvoirs publics souhaitent réduire le nombre d'acteurs, notamment associatifs, sans réduire les implantations territoriales des structures. Or pour réduire ce nombre d'associations gestionnaires, cela impose des

---

<sup>101</sup> CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

<sup>102</sup> Créés par l'article 107 de la loi 2016-41 du 21 janvier 2016

<sup>103</sup> Créés par la loi du 2 janvier 2002

regroupements. Ainsi, le législateur doit espérer que les mutualisations seront les préalables à des regroupements volontaires. Le volontariat sera ici très important car l'initiative privée étant très importante dans le secteur, le législateur ne peut imposer des regroupements à des structures privées.

Ainsi, si le législateur a lancé cette réforme de la contractualisation doublée d'une réforme de la tarification et des règles budgétaires et comptables, c'est qu'il souhaite une modification du paysage social et médico-social. Un paysage favorisant les parcours et permettant une rationalisation des acteurs. Cette volonté de modifier le paysage social et médico-social a été accompagnée par la volonté de le moderniser dans la droite lignée de la modernisation de l'action publique de l'Etat.

## **II. Le CPOM, outil de modernisation de l'action sociale et médico-sociale.**

Dans son rapport de 2008, le Conseil d'Etat estime du contrat qu'il est « *devenu synonyme de modernité, substituant la régulation au rapport de tutelle, libérant l'action administrative de ses rigidités, il apporterait une nouvelle légitimité à l'action administrative*<sup>104</sup> ». Cette réflexion datant de 2008 reste d'actualité tant le recours au contrat reste important dans l'action administrative. Le CPOM social et médico-social atteste de cette tendance et a été mis en place dans le secteur pour introduire une nouvelle logique : la logique de « New public management » (A). Cette nouvelle logique modifie le mode d'action de l'administration qui sera guidée par la performance (B).

Il est à noter que, théoriquement, cette logique de New Public Management (NPM) et l'introduction de la performance dans l'action administrative est, par principe, une réflexion qui s'applique au secteur public. Dans notre cas, cette réforme impacte de nombreux acteurs privés en raison de l'importance de l'initiative privée dans le secteur social et médico-social. Or, le législateur a voulu étendre cette réforme tout autant aux structures privées qu'aux structures publiques car toutes utilisent des deniers publics. Or, la bonne utilisation de ces deniers étant un impératif, il est logique que cette réforme impacte tous les acteurs du secteur.

### **A. Le CPOM, outil de New public management.**

---

<sup>104</sup> Conseil d'Etat, *Le contrat, mode d'action publique et de production des normes*, Rapport annuel, 2008

Philippe Bezes et Didier Demazière caractérisent le new public management en mettant en avant cinq principes d'organisation. Ils le caractérisent ainsi : « *la séparation entre les fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle et les fonctions opérationnelles [...] ; la fragmentation des bureaucraties verticales par création d'unités administratives autonomes [...] ; le recours systématique aux mécanismes de marché [...] ; la transformation de la structure hiérarchique de l'administration en renforçant les responsabilités et l'autonomie des échelons en charge de la mise en œuvre de l'action de l'État ; la mise en place d'une gestion par les résultats*<sup>105</sup> ».

Ces cinq principes d'organisation se traduisent par l'introduction de mécanismes managériaux et de gestion du secteur privé dans le secteur public. Ainsi, dans la pratique cela se traduit par une organisation distinguant bien les instances de décision des instances d'exécution. Dans le cas du secteur social et médico-social deux niveaux apparaissent. Le premier dans lequel l'Etat est l'instance de décision et les ARS sont les instances d'exécution. Et un second échelon où les ARS sont les instances de décision sur un territoire donné et les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont les instances d'exécution. L'introduction du CPOM social et médico-social et le fait qu'il soit récemment devenu obligatoire introduit un outil de NPM au niveau du second échelon. Le but du législateur était ici de moderniser l'action sociale et médico-sociale du second échelon.

L'un des témoins de cette modernisation est la substitution du contrat à un rapport de tutelle. Le contrat vient remplacer le rapport hiérarchique unilatéral entre les autorités de contrôle et les gestionnaires. Ceci est très clairement inspiré de la sphère privée. Or le CPOM est un outil contractuel. Le législateur a donc voulu cesser ce rapport de tutelle qui caractérisait les rapports entre les autorités et les gestionnaires de structures.

En modernisant cette action sociale et médico-sociale, le législateur a souhaité responsabiliser les acteurs et favoriser une meilleure utilisation des ressources publiques. Cette responsabilisation se traduit par une plus grande liberté de gestion des structures en contrepartie d'une obligation de résultat pesant sur leur gestion. C'est l'introduction d'une logique de performance.

### B. Le CPOM, facteur de performance des structures sociales et médico-sociales.

---

<sup>105</sup> Bezes Philippe, et Christine Musselin. « Chapitre 5 / Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? », *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?* Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2015, pp. 125-152.

La LOLF<sup>106</sup> a, pour l'Etat, substitué une logique de moyen par une logique de résultat. Cela s'est traduit par un certain nombre d'évolutions. La première de ces évolutions a été la budgétisation orientée par la performance. Cela signifie que le gestionnaire d'une enveloppe se voit attribué des objectifs à atteindre et des indicateurs sont instaurés pour mesurer la performance du gestionnaire c'est-à-dire sa capacité à atteindre les objectifs qui lui ont été assignés. Cette instauration de logique de résultat se couple avec la mise en place d'une plus grande liberté de gestion des gestionnaires d'enveloppes de crédits. Prenons l'exemple de la fongibilité asymétrique de crédit qui permet au gestionnaire une souplesse dans la gestion de leur enveloppe. Ainsi, au niveau de l'Etat la LOLF a introduit cette logique de new public management qui se traduit par l'instauration d'une plus grande liberté des gestionnaires en contrepartie de laquelle on leur assigne des objectifs à atteindre et pour lesquels des indicateurs sont instaurés pour vérifier de manière effective si les résultats sont atteints.

Il est donc difficile de ne pas faire de parallèle entre la LOLF et la réforme actuelle de la contractualisation. Le CPOM, dans la volonté du législateur, est le support permettant l'introduction de cette nouvelle logique de NPM au cœur du secteur social et médico-social. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le CPOM couplé à la réforme de la tarification permet d'ériger les gestionnaires d'établissements ou de services en véritables gestionnaires au même titre qu'un chef d'entreprise privée. Cette réforme est donc synonyme de plus de liberté d'action dans la gouvernance de structure. La contrepartie à cette liberté nouvelle est l'instauration d'objectifs à atteindre. On voit ainsi apparaître la logique de résultat comme elle a été introduite par la LOLF. Cette logique de résultat se traduit par l'instauration d'objectifs dont le suivi s'appuiera sur des indicateurs. Le CPOM indiquera pour chaque objectif la méthode de calcul des indicateurs ainsi que la valeur de départ et la valeur-cible. L'objectif étant considéré comme rempli lorsque la valeur-cible est atteinte.

Il ne fait aucun doute que le vocabulaire utilisé pour le CPOM rappelle expressément le vocabulaire de la LOLF qui précise qu'est annexé à la Loi de finances un projet annuel de performance (PAP) précisant que les « *objectifs poursuivis, des résultats obtenus et attendus pour les années à venir mesurés au moyen d'indicateurs précis*<sup>107</sup> ». La mise en place d'une telle démarche de performance a pour finalité une meilleure utilisation des deniers publics.

---

<sup>106</sup> Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances

<sup>107</sup> Article 51 de la Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances

Ainsi, le CPOM apparaît être le support choisi pour introduire, dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux, une nouvelle culture : celle de New public management qui se traduit par l'introduction de la performance dans la gouvernance de ces structures.

## Conclusion.

---

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens social et médico-social est, depuis son instauration dans le secteur, pensé comme un outil entre les mains de l'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social.

Cette polyvalence a été instaurée dès la loi 2002-2 puisque le CPOM avait été conçu comme un outil de mise en concordance des politiques des autorités de régulations et des gestionnaires de structures. Depuis lors, le CPOM permet aux autorités de décliner au niveau de chaque structures leurs politiques sociales et médico-sociales et aux gestionnaires de mettre en œuvre leur projet d'établissement.

Récemment, la démarche CPOM s'est vue relancée par la loi ASV et par les LFSS de 2016 et 2017. Ces lois ont fait du CPOM le support d'une réforme globale. Les principaux aspects de cette réforme globale sont l'instauration de la pluriannualité budgétaire, la budgétisation à la ressource et l'objectivisation de l'allocation ressources. Cette réforme a profondément modifié le secteur. Ainsi, le CPOM devient un outil entre les mains du gestionnaire lui permettant de s'ériger en véritable chef d'entreprise et chef de projet. Pour les autorités, le CPOM leurs permet de devenir de véritables « conseillers » pour les gestionnaires avec l'instauration d'un dialogue de gestion.

Enfin, il ne faut pas oublier que le législateur lui-même souhaite utiliser le CPOM comme un outil. Les réformes successives qu'il a mises en place ne sont pas anodines. Ce contrat a, pour le législateur, un double intérêt. D'abord, il espère que cet outil favorisera la restructuration volontaire du secteur social et médico-social. Ensuite, il souhaite faire du CPOM le vecteur d'une modernisation de l'action sociale et médico-sociale dans un but de rationalisation des dépenses publiques.

Ainsi, le CPOM est un levier entre les mains du législateur, des autorités de régulation et des gestionnaires d'institutions sociales et médico-sociale. Sa qualité d'outil stratégique entre les mains de l'ensemble des acteurs du secteur ne fait donc aucun doute.

# Bibliographie.

---

## Ouvrages :

- CALLU Marie-France, GIRER Marion, ROUSSET Guillaume, *Dictionnaire de droit de la santé*, LexisNexis
- CAPELIER Flore, « L'indispensable maîtrise de l'offre sociales et médico-sociales », *Comprendre la protection de l'enfance*, Éditions Dunod, 2015, pp 309-354
- CATTEAU Damien, *Droit budgétaire comptabilité publique, LOLF et GBCP*, coll. « Les fondamentaux : Droit », Hachette supérieur.
- DAMAREY Stéphanie, *Finances publiques*, Gualino, coll. « Mémentos LMD », 4e éd., 2016.
- FIESCHI-BAZIN, *Contractualisation en matière d'offre de soins et médico-sociale : Outils juridiques et stratégies de régulation*, LEH Edition, 2017.
- HARDY Jean-Pierre, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Dunod, 4<sup>ème</sup> édition
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, *Droit hospitalier*, 5<sup>ème</sup> édition, LGDJ
- TRUCHET Didier, *Droit de la santé publique*, coll. « les mémentos Dalloz », 9<sup>ème</sup> édition, Dalloz
- UNTERMAIER-KERLÉO Élise, *Droit administratif*, coll. « Mes TD de droit », Ellipses
- *Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Les cahiers de l'Uniopss, 2008, 220p

## Codes :

- Code de l'action sociale et des familles.
- Code civil.
- Code de la santé publique.

## Articles :

- COCQUEBERT Laurent, « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? », *RDSS*, 2012.

- HARDY Jean-Pierre, « La réforme de la tarification et du financement des EHPAD : acte IV », *RDSS*, 2017, p. 339.
- PAGES Jacques et VIALLA François, « Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la contractualisation : une volonté et un défi pour l'avenir », *Revue Droit et Santé* n° 31, p. 446-452.
- RIHAL Hervé, « Articulation du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et contraintes législatives et réglementaires », *RDSS*, 2012, p. 27.
- VINSONNEAU Arnaud, CPOM obligatoires : se préparer aux nouvelles règles du jeu, *Jurisassociations* 558, 1<sup>er</sup> mai 2017.

### **Circulaires et instructions :**

- **Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017** relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.
- **Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016** relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.
- **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.
- **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) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

### **Mémoires :**

- BOUCHARD Mélanie, *Les établissements sociaux et médico-sociaux face à la réforme de la tarification et de la contractualisation*, LEH édition, 2017.

- CHESNEAU Bruno, *Favoriser l'inclusion des enfants et adolescents déficients intellectuels en adaptant l'offre de service en IME-SESSAD, le CPOM comme levier stratégique pour promouvoir les parcours et répondre à de nouveaux besoins sur le territoire*, Mémoire CAFDES, 2015.

### **Rapports :**

- Conseil d'Etat, *Le contrat, mode d'action publique et de production des normes*, Rapport annuel, 2008
- HARDY Jean-Pierre, *Les contrats d'objectifs et de moyens dans une logique de parcours d'insertion dans le secteur « Accueil Hébergement Insertion »*
- KPMG, *Les CPOM à l'épreuve de la réalité*, Septembre 2017
- PIVETEAU Denis, « *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*, 10 juin 2014

# Table des matières.

---

<b>Sommaire .....</b>	<b>III</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>IV</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Partie 1 – Les CPOM, outils stratégiques de mise en concordance des politiques des acteurs sociaux et médico-sociaux. ....</b>	<b>8</b>
Chapitre 1 : Le CPOM, outil de déclinaison opérationnel des politiques publiques sociales et médico-sociales. ....	10
<i>Section 1 – le CPOM, outil de mise en œuvre opérationnel de la planification sociale et médico-sociale.....</i>	<i>11</i>
I. La planification sociale et médico-sociale. ....	11
A. L'éclatement de la compétence en matière de planification sociale et médico-sociale.....	12
B. La complexité de la planification sociale et médico-sociales.....	13
II. Le positionnement du CPOM dans la chaîne de la planification. ....	15
A. L'obligation pour les CPOM de tenir compte de la planification sociale et médico-sociale.....	15
B. Le CPOM, un outil opérationnel intervenant en bout de chaîne planificatrice.	17
<i>Section 2 – CPOM et structuration qualitative et quantitative de l'offre. ....</i>	<i>18</i>
I. Le CPOM, outil de structuration quantitative de l'offre sociale et médico-sociale.	19
A. La législation antérieure à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.....	20
B. La législation postérieure à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.....	21

II. Le CPOM, un outil de structuration qualitative de l’offre sociale et médico-sociale.	
22	
A. Le CPOM, un levier qualitatif dès son instauration. ....	22
B. Les dernières réformes du CPOM, des réformes en faveur d’un levier qualitatif.	
24	
Chapitre 2 : Le CPOM, un outil de mise en œuvre de la politique de service et d’établissement.....	25
<i>Section 1 : Le CPOM, outil de négociation entre les autorités et les institutions gestionnaires d’établissements et de services.</i> .....	26
I. Le CPOM, un outil bordé de contraintes. ....	26
A. Les contraintes législatives et réglementaires à la liberté contractuelle. ....	26
B. Les contraintes environnementales à la liberté contractuelle. ....	27
II. Le CPOM, un outil de potentielle négociation. ....	28
A. Le champ social et médico-social favorable à la négociation. ....	29
B. Un pouvoir de négociation à relativiser.....	30
<i>Section 2 : le CPOM, outil de mise en œuvre de la politique d’établissement et de service.</i>	
.....	30
I. Le diagnostic de l’établissement ou du service, fondement de l’élaboration du projet d’établissement ou de service.....	31
A. Le diagnostic des forces et faiblesses de l’établissement. ....	31
B. Insertion stratégique de l’établissement dans son environnement.....	32
II. Le projet d’établissement, socle de la négociation du CPOM. ....	33
A. L’élaboration du projet d’établissement. ....	33
B. Le projet d’établissement et le CPOM, un lien indissociable.....	34
<b>Partie 2 - Les contrat pluriannuels d’objectifs et de moyens obligatoires, outil support d’une réforme globale.</b> .....	<b>36</b>
Chapitre 1 : Les réformes de la contractualisation et de la tarification, deux réformes interdépendantes.....	38
<i>Section 1 : la réforme de la contractualisation.</i> .....	38

I.	Une réforme de la contractualisation déjà ancienne. ....	38
A.	Des conventionnements obligatoires. ....	39
B.	Les limites de la réforme. ....	39
II.	Une réforme de la contractualisation perfectionnée. ....	40
A.	Une relance de la réforme. ....	40
B.	Le perfectionnement de la réforme. ....	41
	<i>Section 2 : Le CPOM, support d'une réforme de la tarification et des règles budgétaires et comptables. ....</i>	<i>42</i>
I.	L'objectivisation des allocations ressources. ....	43
A.	Un financement objectivé dans le secteur des personnes âgées. ....	43
B.	Une réforme en cours pour le secteur du handicap. ....	44
II.	Une refonte des règles budgétaires et comptables. ....	45
A.	Une tarification à la recette et pluriannuelle. ....	46
B.	La modernisation de l'outil budgétaire et comptable : l'EPRD. ....	47
	Chapitre 2 : Conséquences et esprit de cette réforme. ....	48
	<i>Section 1 : Les conséquences de la réforme dans la gouvernance des gestionnaires et des autorités de contrôle. ....</i>	<i>49</i>
I.	Une réforme impactant la gestion quotidienne des établissements et services. ....	49
A.	Les gestionnaires de structures comme véritable chef de projet. ....	49
B.	Les gestionnaires d'établissement comme véritable chef d'entreprise. ....	50
II.	Un nouveau positionnement des autorités de contrôle et de tarification. ....	52
A.	Une réforme modifiant le rôle des autorités. ....	52
B.	Une réforme exigeant l'appropriation d'une nouvelle culture par les autorités de régulation. ....	53
	<i>Section 2 : Les finalités de la réforme. ....</i>	<i>54</i>
I.	Le CPOM, un outil de structuration du secteur social et médico-social. ....	55
A.	Le CPOM, outil au service des parcours. ....	55
B.	Le CPOM, outil favorisant les mutualisations. ....	57

II. Le CPOM, outil de modernisation de l'action sociale et médico-sociale.....	58
A. Le CPOM, outil de New public management.....	58
B. Le CPOM, facteur de performance des structures sociale et médico-sociale.	59
<b>Conclusion.....</b>	<b>62</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>63</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>66</b>



Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens social et médico-social a été instauré par la loi du 2 janvier 2002. Les professionnels ont rapidement considéré ce contrat comme un outil unilatéral déguisé entre les mains des autorités de contrôle. Cet outil n'a donc pas eu de franc succès. Pour relancer cette démarche, le législateur a décidé de les rendre obligatoires. Cette obligation nouvelle n'est pas de nature à apaiser les craintes des professionnels.

Pourtant, dès sa création, le CPOM a été pensé comme un outil polyvalent au service de l'ensemble des acteurs du secteur. Initialement, simple outil de mise en concordance des politiques des autorités de régulation et des gestionnaire, la réforme de la contractualisation obligatoire a été le socle d'une réforme plus vaste : nouvelles règles budgétaires et comptables, nouvelles règles d'allocation des ressources, volonté de modification du paysage des institutions sociales et médico-sociales et enfin, modernisation l'action sociale et médico-sociale pour ainsi favoriser une rationalisation de l'utilisation des deniers publics.

Ce mémoire a donc comme finalité de démontrer que ces CPOM sont des outils pour l'ensemble du secteur : pour le législateur, pour les autorités de régulation et pour les gestionnaires d'établissement.

---

Multiannual agreements in respect of objectives and means has been established by law n° 2002-2. Quickly, professionals considered this contract as a disguised unilateral tool under control of regulation authorities. This tool was not a resounding success. To revive this approach, the legislature decided to make it compulsory. This new requirement cannot appease the fears of professionals.

Yet, from its creation, this has been thought of as a versatile tool for whole social and medical industry. Initially, this simple technique of matching policies of both regulation authorities and management, the compulsory contracting reform has been the base of a bigger reform: new budgetary and accounting rules, new rules regarding the allocation of resources, will transform the landscape of social and medical institutions and finally, the modernization of social and medical action to rationalize the utilization of public funds.

This brief has the ultimate goal to demonstrate that these agreements are tools for the whole industry: the legislature, the regulation authorities and the managers.

---

**Mots clefs** : autorités de contrôle et de tarification - budgétisation à la ressource - contractualisation obligatoire - contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens - convention tripartite pluriannuelle - EHPAD - équations tarifaire - établissement de handicap - établissements et services sociaux et médico-sociaux - Etat prévisionnels des ressources et des dépenses - loi ASV - lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 - LOLF - mutualisation - new public management - offre sociale et médico-sociale - outil stratégique - performance - planification - pluriannualité - projet d'établissement - PUV - règles budgétaires et comptables - restructuration - restructuration - tarification