



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DU LOGEMENT

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA
COHESION SOCIALE

Service des politiques d'appui

Sous-direction des affaires financières
et de la modernisation

Bureau de la gouvernance du secteur
social et médico-social

Personne chargée du dossier :

Camille Allain-Launay

tél. : 01 40 56 86 73

fax : 01 40 56 87 24

mél. : camille.allain-launay@social.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

La ministre de l'égalité des territoires et du logement

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la
cohésion sociale,
Directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion
sociale outre mer,
Direction régionale et interdépartementale de
l'hébergement et du logement,

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

(Pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales de la cohésion sociale,

Directions départementales de la cohésion sociale et de
la protection des populations,

Mesdames et Messieurs les présidents de conseils
généraux,

Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance
maladie des travailleurs salariés

(Pour information)

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.

Date d'application : immédiate

NOR : AFSA1319459C

Classement thématique : établissements sociaux et médico-sociaux

Validée par le CNP, le 12 juillet 2013 - Visa CNP 2013-175

Examinée par le COMEX du 24 juillet 2013

Publiée au BO : oui.

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui.

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : La présente circulaire rappelle le cadre législatif et réglementaire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le domaine social et médico-social (CPOM), en vue d'en soutenir la dynamique de développement. A cette fin, la circulaire propose une méthodologie de négociation et d'élaboration de ce contrat ainsi que de suivi de son exécution.

Mots-clés : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), déclinaison des priorités de politiques publiques, exonération de la procédure budgétaire contradictoire, modalités de fixation annuelle de la tarification, transformation de l'offre, contrat administratif, système d'information de gestion des CPOM, indicateurs de suivi

Textes de référence :

- Code de l'action sociale et des familles : articles L. 311-1, L. 312-1, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 314-7, R. 314-39 à R. 314-43-1, D. 312-203, D. 312-205.

Circulaires abrogées : Néant.

Circulaires modifiées : Néant.

Annexes :

- Annexe n°1 : Structuration-type d'un CPOM social o u médico-social.
- Annexe n°2 : Gestion des frais de siège dans le ca dre d'un CPOM.
- Annexe n°3 : Récapitulatif des différents outils d e contractualisation dans le champ social et médico-social et articulation.
- Annexe n°4 : Diagnostic préalable et suivi du CPOM : les outils mis à disposition par l'ANAP et l'ANESM.
- Annexe n°5 : Les conséquences de l'absence de reno uvellement du CPOM : le retour au régime de droit commun de la tarification budgétaire.

Diffusion : autorités chargées de l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été créé par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 et introduit à l'article L. 313-11 dans le code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrat peut être conclu entre des personnes morales gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux et les personnes publiques chargées de leur autorisation (agences régionales de santé, conseils généraux, administrations déconcentrées de l'Etat). Il s'agit d'un outil transversal destiné à l'ensemble des établissements et services intervenant dans le champ des politiques sociales et médico-sociales, tels qu'énumérés à l'article L. 312-1 du CASF¹ en vue de conforter la sécurisation des gestionnaires et simplifier leur gestion en contrepartie de leur engagement dans la mise en œuvre des objectifs des schémas territoriaux dont ils relèvent, d'un projet d'établissement ou de service, ou d'action de coopération sociales et médico-sociales.

Les règles d'usage du CPOM ont été précisées par les articles R. 314-39 à R. 314-43 introduits par le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 dans le CASF. Le CPOM ouvrait alors la possibilité pour les autorités chargées de la tarification de fixer l'évolution pluriannuelle des moyens budgétaires d'un ou plusieurs établissements ou services gérés par une même personne morale gestionnaire, et permettait aux gestionnaires d'être exonérés de la procédure budgétaire contradictoire tout en bénéficiant d'une liberté accrue quant à l'affectation de ses résultats. Sur le fondement de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} décembre 2005², le décret n°2006-422 du 7 avril 2006³ rend possible la conclusion d'un CPOM concernant plusieurs établissements et services relevant du même gestionnaire, associée – sous certaines conditions – à la fongibilité des crédits entre ces établissements et services⁴. C'est sur ces bases que les premiers CPOM ont été signés, avec le soutien de crédits d'assurance maladie spécifiques délégués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Environ 10% des établissements médico-sociaux sont aujourd'hui intégrés au périmètre d'un CPOM⁵ selon les données recueillies à l'automne 2012 auprès des agences régionales de santé (ARS) à l'occasion des travaux préparatoires du système d'information (SI) destiné à soutenir la gestion des CPOM sanitaires et médico-sociaux en cours de développement par le Secrétariat général des ministères sociaux.

La conclusion d'un CPOM est une faculté ouverte à toute personne morale gestionnaire d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). En l'absence de l'arrêté fixant un seuil tel que prévu aux articles L. 313-12 (concernant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD) et L.313-12-2 du CASF introduits par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » n°2009-879 du 21 juillet 2009 la conclusion des CPOM n'est, à ce jour, pas une obligation.

L'objectif de la présente circulaire est d'exposer les enjeux et les finalités du CPOM (I), de proposer des modalités de négociation et d'élaboration de ce contrat (II), ainsi que de suivre de son exécution (III).

¹ Les autres outils de contractualisation, tels que la convention tripartite pluriannuelle prévue à l'article L.313-12 du CASF ou les contrats conclus dans le cadre des campagnes budgétaires de 2011 et de 2012 dans le secteur accueil, hébergement, insertion (opérateurs financés par le programme 177) ne sont pas traités par la présente circulaire, quoique décrits pour mémoire à l'annexe n°3.

² Portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux ESSMS.

³ Relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des ESSMS et des LVA. Il a notamment été codifié à l'article R. 314-43-1 du CASF.

⁴ Si l'article L.313-11 du CASF dispose que les contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services, la signature d'un CPOM n'entraîne nullement l'obligation d'intégrer à son périmètre la totalité des établissements et services dont le gestionnaire signataire aurait la responsabilité.

⁵ Enquête à laquelle 16 régions ont répondu : sur un périmètre de 16407 établissements MS, environ 287 CPOM couvrant 1598 établissements, soit 9.7 % des structures.

1. Enjeux et finalités des CPOM : un outil à disposition des autorités de tarification et des gestionnaires pour la mise en œuvre des priorités de politiques publiques sur le territoire.

Comme l'indiquait la circulaire⁶ du 26 mars 2007 aujourd'hui abrogée, des crédits importants fléchés dans l'Objectif global de dépenses (OGD) du secteur médico-social avaient été destinés à accompagner la signature des premiers CPOM. Ils ont constitué une incitation forte à cette époque pour engager la négociation de CPOM.

En parallèle, et sur la base de crédits d'aide à la contractualisation dégagés par certaines autorités de tarification au niveau de leur territoire, des secteurs comme ceux des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), des centres d'accueil de demandeurs d'asile (CADA), des mesures de protection juridique des majeurs protégés ont conclu des CPOM, sans qu'il y ait eu besoin de dégager de crédits nationaux à cet effet.

Si la conjoncture budgétaire ne permet pas de bénéficier de leviers budgétaires spécifiques, il est souhaitable de maintenir et de poursuivre la dynamique de développement des CPOM, instruments contractuels qui offrent réellement aux responsables de structures des opportunités de gestion et une sécurisation attachée à la visibilité pluriannuelle sur les financements en contrepartie d'engagements en matière de qualité de prise en charge et d'efficacité dans la gestion convenus avec les autorités compétentes.

Le CPOM peut être pertinent sur l'ensemble du champ social et médico-social (centres d'hébergement et de réinsertion sociale, personnes âgées, personnes handicapées...). Concernant les EHPAD, une prochaine circulaire traitera plus spécifiquement de l'articulation avec les conventions tripartites, afin que, dans le respect des compétences de chacune des autorités chargées conjointement de l'autorisation de ces établissements, l'outil contractuel puisse être également pleinement mobilisé au service de l'efficacité de la gestion, la simplification des procédures, et l'accompagnement de démarches et projets d'établissements et service et l'accompagnement de la politique d'investissement en vue de faciliter les parcours de prise en charge des personnes âgées.

1.1. Le contrat, instrument de la mise en œuvre des politiques sociales et médico-sociales sur le territoire.

Conformément aux objectifs du législateur de 2002, le CPOM constitue l'instrument privilégié de déclinaison des priorités nationales et territoriales dans le domaine d'intervention de la personne morale gestionnaire. Il est l'occasion de **mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec les priorités de politique publique** établies notamment dans les documents de programmation régionaux et/ou départementaux (projets régionaux de santé, schémas régionaux d'organisation médico-sociale, etc.) Il permet à ce titre de prévoir et d'accompagner des opérations de transformation et de restructuration de l'offre d'un ou plusieurs établissements ou services dépendant d'une même personne morale gestionnaire dans son ensemble. Le CPOM peut constituer notamment un levier privilégié pour l'adaptation des établissements et services sociaux et médico-sociaux à l'avancée en âge des personnes handicapées ou l'appropriation par les professionnels des bonnes pratiques d'accompagnement en matière d'autisme promues par la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité (ANESM).

Pour les structures cofinancées avec les Conseils généraux, dès lors que l'ensemble des autorités publiques compétentes s'engagent dans un processus commun de négociation, le CPOM peut être le levier d'une mise en cohérence opérationnelle, à l'échelle des gestionnaires, des objectifs de politiques publiques menées dans le secteur concerné. A cet égard, il est loisible aux ARS qui le souhaitent de susciter des CPOM conjoints et de s'accorder avec les services des conseils

⁶ Circulaire N°DGAS/SD5/SD5B/2007/111 du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluri annualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs ESSMS dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens.

généraux ou bien sur l'ensemble des éléments du contrat (y compris budgétaires et financiers) ou uniquement sur les objectifs opérationnels donnés aux structures.

Dans cette perspective, il peut également être intéressant d'associer à la préparation et au suivi des CPOM d'autres services de l'Etat ou d'autres partenaires institutionnels qui, sans être signataires du contrat, animent des politiques ayant un impact sur les modalités de gestion des ESSMS.

En contrepartie des engagements souscrits, la conclusion d'un CPOM doit améliorer, autant que faire se peut, la visibilité de la personne morale gestionnaire sur les financements prévisionnels consentis par l'Etat, l'assurance maladie, les conseils généraux sur la durée du contrat.

1.2. Le contrat, vecteur de simplification et de souplesse pour la tarification et de renforcement du dialogue avec le gestionnaire.

Les souplesses et l'autonomie de gestion permises par la conclusion d'un CPOM bénéficient tant au gestionnaire qu'à l'autorité publique.

En effet :

- Le CPOM permet, s'il le prévoit, de sortir du cycle budgétaire traditionnel qui représente un travail lourd et souvent de court terme : dialogue budgétaire contradictoire et examen des comptes administratifs systématiques, établissement par établissement. Cette possible exonération du dialogue budgétaire contradictoire (sur la base des articles L. 313-11 et R. 314-42 du CASF) permet l'organisation de dialogues de gestion centrés sur les objectifs fixés et sur les grands équilibres financiers du gestionnaire.
- Il donne une visibilité pluriannuelle sur le niveau ou l'évolution des dotations et permet d'envisager des déséquilibres budgétaires transitoires, sur quelques exercices, si le retour à un équilibre structurel est assuré à la fin de la période couverte.
- Il permet de dégager des marges de manœuvre dans la répartition des moyens entre les établissements et services d'un même gestionnaire, sur la base de l'article R. 314-43-1 du CASF. Ceci encourage un nouveau mode de gouvernance inter établissements et services par les gestionnaires.
- Il permet, sur la base d'une concertation entre les parties et d'une stratégie formalisée au contrat, de moduler la politique de reprise des résultats de l'autorité compétente et d'accorder les parties, dans le cadre du dialogue de gestion annuel, sur la manière dont les éventuels excédents peuvent être réinvestis. Il permet par exemple de conditionner le maintien d'un résultat excédentaire à l'atteinte des objectifs du contrat, ou encore la reprise d'un résultat déficitaire aux efforts constatés pour le retour à l'équilibre.
- Pour les structures concernées, l'intégration au périmètre du CPOM emporte option pour un financement globalisé par le biais d'une « dotation globalisée commune » propre à chaque financeur, sur la base d'un versement mensuel à la personne morale gestionnaire. Le CPOM présente ainsi un caractère régulateur par le biais de la fixation d'une dotation globalisée pérenne dont les modalités d'actualisation sont déterminées en amont entre les parties cocontractantes.
- Enfin, en application de l'article L. 314-7 du CASF, il est possible de fixer dans le cadre du CPOM les dépenses relatives aux frais de siège social de l'organisme gestionnaire (cf. annexe 2).

1.3. Un outil contractuel négocié au service de la transformation de l'offre et de la recherche d'efficience des structures.

1.3.1. Une démarche contractuelle adaptée aux territoires.

La signature des CPOM, outil contractuel, est l'occasion d'un dialogue approfondi dégagé des contraintes étroites du calendrier budgétaire (« 60 jours »), une occasion de convenir des objectifs spécifiques aux structures, ou de les aider à franchir un cap dans leur croissance.

Dans ce contexte, il relève donc du choix des parties, localement, en fonction d'une appréciation pragmatique de sa pertinence, de s'engager dans cette démarche, en regard tout à la fois des forces mobilisables de part et d'autre, et de la politique de contractualisation. L'autorité compétente est ainsi invitée à formaliser en amont cette politique, incluant l'identification de critères de priorités retenus sur le territoire et l'organisation d'un pilotage du dispositif qui sera adapté, s'agissant des ARS, à la répartition des missions entre le siège et les antennes départementales.

En signe de cette adaptabilité aux contextes locaux, doivent être préservés les acquis et les bénéfices des démarches déjà développées dans les territoires (documents-types, travail partenarial entre autorités de tarification et représentants du secteur). **La large concertation d'ores et déjà menée par certaines autorités compétentes** auprès des représentants des gestionnaires du secteur et des usagers des structures dans le cadre des instances régionales adaptées, **sur les pratiques de contractualisation mises en œuvre constitue un effort remarquable qu'il faut saluer et encourager.** A cette fin, les documents types formalisés par ces autorités seront prochainement accessibles - à simple visée d'aide à la rédaction, et sans aucune vocation de standardisation - grâce à la constitution d'une bibliothèque dédiée à disposition des services déconcentrés et des ARS sur le site intranet « Affaires sociales, Santé, Sports, Jeunesse, Education populaire et Vie associative »

1.3.2. Une démarche contractuelle au service de la transformation de l'offre.

Les réflexions en cours sur l'évolution du régime des autorisations et de la procédure d'appel à projets visent à conforter l'intérêt du CPOM comme outil volontaire de la transformation de l'offre. Vous veillerez à intégrer dans vos réflexions cette orientation générale, dont les modalités de mise en œuvre vous seront précisées dans des instructions ultérieures dédiées à l'évolution de la procédure d'appel à projet.

1.3.3. Le CPOM, support de qualité et d'efficience des structures.

Le CPOM permet de définir pour la personne morale gestionnaire des objectifs opérationnels en termes de **qualité de la prise en charge des personnes accompagnées** et d'**efficience de gestion**, dans un contexte budgétaire exigeant et dans une optique de convergence des coûts des ESSMS fournissant des prestations comparables à des publics comparables.

Le CPOM constitue un instrument approprié pour accompagner une démarche d'engagements en matière de qualité de prise en charge initiée par les gestionnaires eux-mêmes, dans le cadre notamment de démarches projets.

Il peut permettre également d'inciter des opérateurs qui seraient moins avancés à progresser dans les domaines de l'évaluation interne et externe et de l'amélioration continue de la qualité ; il conviendra alors d'être particulièrement exigeant sur le caractère opérationnel des objectifs et le suivi des engagements souscrits (cf. infra indicateurs).

Si le diagnostic le justifie, le CPOM peut permettre de concevoir **un plan destiné à sortir d'une situation de déficit chronique** (logique de retour à l'équilibre). La perspective à cinq ans (durée maximale du contrat) permet de fixer, sur la base d'un diagnostic partagé, des objectifs annuels réalistes et progressifs, atteignables et donc plus motivants pour les organismes gestionnaires.

2. Négociation et élaboration des CPOM : une démarche concertée permettant de dégager les objectifs prioritaires et la stratégie budgétaire et financière associés au contrat.

2.1. Etablir des priorités pour l'effort de contractualisation.

Compte tenu de l'usage souhaité du CPOM comme outil de déclinaison des priorités de politique publique des autorités compétentes, les critères de priorité qui vous sont proposés ci-dessous devront être adaptés aux structures et aux territoires :

- Porter vos efforts sur les organismes gestionnaires représentant une part importante des produits de votre tarification annuelle. Ce critère vise à vous permettre de tirer bien sûr le maximum d'effets de la simplification du dialogue budgétaire, mais il est aussi pertinent parce que ces organismes devraient avoir une plus grande capacité à s'inscrire dans la

logique de transformation de l'offre et de construction de parcours portée par les autorités compétentes. Il est évidemment le plus simple des critères de priorisation mais ne peut être le seul.

- S'appuyer sur des organismes gestionnaires identifiés comme porteurs d'innovation dans les modalités de prise en charge et adhérant à une démarche de transformation et de restructuration de l'offre, sans considération de leur taille.
- Les organismes gestionnaires ayant développé une offre intersectorielle peuvent être des partenaires importants de la contractualisation.
- Examiner de manière favorable le renouvellement de CPOM en vue de soutenir la prolongation d'une dynamique de qualité et d'efficience.

En tout état de cause, si le CPOM peut constituer une feuille de route pour la viabilisation d'un établissement en difficulté, il faut recourir avec prudence à l'outil contractuel dans ce cadre. En effet, les établissements très fragiles peuvent rencontrer des difficultés à conduire la démarche contractuelle tant dans la phase de négociation – qui suppose un surcroît de travail important – que dans la phase de mise en œuvre (capacité à assumer pleinement une responsabilité de gestion accrue). Le dialogue budgétaire annuel peut s'avérer essentiel au suivi rapproché des établissements dans ces situations.

2.2. Partager un diagnostic préalable à la rédaction du contrat.

Le document de contractualisation doit être étayé par les conclusions du diagnostic de situation du gestionnaire et de ses établissements ou services.

Ce diagnostic s'appuie sur les données collectées dans la phase de préparation du contrat, tant au niveau du gestionnaire que de chaque établissement ou service qu'il gère pour distinguer d'éventuelles disparités de situation. Elles peuvent concerner :

- **Les modalités d'organisation et de gouvernance générales du gestionnaire et de ses établissements et services**: historique du gestionnaire, nombre d'autorisations détenues, statut juridique et structure de gouvernance du gestionnaire, degré de mutualisation des moyens entre établissements ou services. Le CPOM peut ainsi permettre d'accompagner des projets de mutualisation, notamment au travers de la fixation des frais de siège.
- **Les caractéristiques des publics effectivement accueillis** par le/les établissement/s ou service/s (avec évolutions sur plusieurs années si disponibles) : on peut par exemple chercher à reconstituer les parcours de santé et de vie des personnes accueillies (dans quelle situation se trouvaient-elles avant leur arrivée ?), le taux d'occupation des structures, le taux de rotation au sein des structures, les profils des personnes accompagnées (âge, pathologies, besoins en soins, bénéficiaires de l'aide sociale).
- **Les modalités de prise en charge effectivement mises en œuvre par le ou les établissements ou services** : existence du/des projet/s associatif et d'établissement/s, types de prise en charge proposés : expérimentations, innovations, accueil complet/de jour, structure de répit, amplitude d'ouverture, organisation des transports, prestations spécifiques.
- **Les ressources humaines** mobilisées pour l'accomplissement des missions : taux d'encadrement, taux de recours aux prestations externes, coût moyen par équivalent temps plein (ETP), évolution constatée de la masse salariale, effort de formation global et moyen par ETP, plan de formation en adéquation avec le projet d'établissement et modalités éventuelles d'accueil en formation de stagiaires, taux d'absentéisme, pyramide des âges, compétences disponibles pour la prise en charge (types de professionnels), outils de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences (GPEEC).
- **La situation budgétaire et financière du gestionnaire** : atteintes des prévisions de recettes et de dépenses, état du patrimoine et plan pluriannuel d'investissement, analyse du bilan (fonds de roulement), capacité d'autofinancement, analyse de la section d'exploitation.

- **L'état de l'application des dispositions législatives réglementaires** qui s'imposent aux catégories d'établissements ou services couverts par le contrat.
- La prise en compte de la **qualité** : application des outils issus de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 (projet d'établissement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, etc.), **résultats disponibles des évaluations internes et externes**, démarches éventuelles de certification, efforts en faveur de la politique de bientraitance, respect des normes de sécurité, données sur les plaintes ou inspections effectuées, gestion des risques en maison d'accueil spécialisée (MAS)/ foyer d'accueil médicalisé (FAM)/EHPAD.....
- L'insertion de l'établissement ou du service au sein du territoire, dans **une logique de construction de parcours de prise en charge des publics** : partenariats formalisés avec institutions et professionnels sociaux, médico-sociaux ou sanitaires, recours à des réseaux d'intervention spécialisés, adhésion à des groupements de coopération, place des établissements dans les schémas régionaux ou départements d'organisation des prises en charge (conformité ou non à leurs priorités).

L'article L.313-12 du CASF dispose que *« les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. »*

Ainsi, pour réaliser ce diagnostic de situation, vous pourrez retenir des indicateurs de suivi de la qualité, tels que ceux élaborés par l'ANESM dans des recommandations de bonnes pratiques professionnelles⁷. Il est également possible de se référer aux indicateurs expérimentés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) depuis 2011 au travers de son chantier « Tableau de Bord de pilotage de la performance partagé des établissements et services médico-sociaux » à destination des établissements et services du secteur médico-social. Dans cette hypothèse, vous resterez attentif au fait que cet outil de pilotage interne n'est à ce jour pas généralisé à l'ensemble des ESMS et ne saurait donc à ce stade être rendu opposable aux organismes gestionnaires pour s'engager dans le cadre d'une démarche de contractualisation. Les outils développés par l'ANAP et l'ANESM sont présentés en annexe n°4.

Concernant les établissements sociaux, les outils de l'ANESM et de l'ANAP susmentionnés, bases de données d'indicateurs retenus au regard de leur pertinence, robustesse et productibilité pourront être utilisés par les parties au contrat pour y sélectionner les indicateurs les plus adaptés au contenu du CPOM négocié. Vous pourrez également vous rapporter au « *guide du dialogue de gestion et de la contractualisation à destination des services déconcentrés et des opérateurs* » réalisé en 2012, spécifique au secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion.

Le diagnostic doit établir une vision partagée des forces et faiblesses du gestionnaire et de ses établissements ou services en vue de la préparation des objectifs et des moyens fixés par le contrat.

2.3. Etablir les objectifs prioritaires sur la durée du contrat.

Sur la base du diagnostic réalisé, les contractants doivent pouvoir s'accorder sur les objectifs fixés pour la durée du contrat. Il est recommandé de sélectionner un petit nombre d'objectifs prioritaires, étayés par des indicateurs de suivi simples, et de conduire une réflexion commune sur le « chemin critique » permettant au contractant d'atteindre les résultats escomptés : étapes majeures à passer selon un calendrier prévisionnel, description des objectifs intermédiaires, la périodicité et le contenu du dialogue de gestion du CPOM, etc.

⁷ L'ensemble des recommandations de l'ANESM est publié sur son site. Voir par exemple : « *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* », février 2012 ou « *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes* », avril 2012. Par ailleurs, une recommandation de bonnes pratiques professionnelles spécifique aux CHRS est en cours d'élaboration, dans le cadre du programme de travail 2013 de l'ANESM.

Par ailleurs, si des objectifs généraux peuvent être proposés au gestionnaire, il semble de bon aloi de les décliner au niveau de chaque établissement ou service concerné par le contrat, au plus près du niveau opérationnel et de la prise en charge des personnes accueillies.

Concernant les CPOM qui intégreraient des établissements et services tarifés sous forme d'une dotation globalisée commune alors qu'ils étaient initialement tarifés au prix de journée, il est recommandé de prévoir au contrat un objectif de maintien du taux d'occupation, sur la base d'une moyenne du taux d'occupation constaté les années précédentes.

L'article L. 313-11 du CASF précise que les parties signataires prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis sur une durée maximale de cinq ans. La durée retenue pour le contrat doit être établie en cohérence avec la durée – généralement quinquennale – des outils de planification régionaux (projet régional de santé, schémas régionaux, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie...) et avec la programmation budgétaire associée (notamment, chronique de crédits de paiement délégués pour la création de places nouvelles, lorsque les CPOM prévoient des petites extensions de structures).

2.4. Etablir une stratégie budgétaire associée au contrat, l'autorité en charge de la tarification ayant à s'assurer de sa soutenabilité dans le cadre de l'évolution des dotations régionales.

- La **détermination de l'évolution des moyens** est une contrepartie essentielle aux objectifs fixés. L'article R.314-40 du CASF permet de choisir parmi plusieurs options :
 - o L'application directe du taux d'évolution de la dotation régionale limitative (DRL) : ce taux doit s'entendre comme le taux d'actualisation des dotations retenues dans les rapports d'orientation budgétaires des autorités compétentes. Il garantit donc au contractant une évolution de sa dotation dans la stricte moyenne de la région, sans plus de visibilité (cette progression globale n'étant pas connue à l'avance). Cette option peut être retenue pour les structures dont la situation budgétaire et financière ne constitue pas l'enjeu principal du contrat (pas de convergence à la hausse ou à la baisse à opérer) et lorsque l'autorité de tarification ne subit pas une pression trop forte sur les moyens qu'elle peut allouer au secteur concerné.
 - o L'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation : cette formule peut revêtir une grande variété de formes : un taux fixe (par exemple, +/-x% par an), une formule fixe (par exemple, progression moyenne de la DRL +/- x% par an), ou des règles de décision fixes (progression ou non en fonction de l'atteinte de tel résultat, ou de tel paramètre financier).

Il s'agit de l'option qui permet une grande créativité de la part des contractants. Cette option gagne à être retenue lorsque l'objet principal du contrat est d'encadrer l'évolution de la dotation budgétaire du gestionnaire ou de l'établissement vers un niveau plus adéquat (convergence à la hausse ou à la baisse), ou d'accompagner des réformes de structure pouvant entraîner un surcoût momentané (reclassement de personnels par exemple, impact à court terme des plans pluriannuels d'investissement). Elle impose à l'autorité de tarification des priorités de financement sur le moyen terme, dès lors que les engagements souscrits dans le cadre des CPOM préemptent ses marges de manœuvre annuelles futures. C'est la raison pour laquelle **il est recommandé de recourir avec précaution à l'emploi d'un taux d'évolution fixe.**

- o La conclusion d'avenants annuels d'actualisation ou de revalorisation : cette option présente le double inconvénient de ne pas permettre une simplification maximale du processus d'allocation budgétaire - elle ne permet ni de s'exonérer de la procédure contradictoire, ni d'opter pour l'éventuelle liberté d'affectation des résultats par le gestionnaire - ni d'offrir la lisibilité pluriannuelle constituant la principale contrepartie d'engagements souscrits par le gestionnaire ou l'établissement. Elle peut

néanmoins être utile dans des situations particulièrement complexes, notamment liées à de fortes tensions sur la gestion de l'enveloppe régionale/départementale⁸.

Dans tous les cas, l'autorité de tarification est tenue de prendre chaque année un arrêté de tarification fixant la dotation annuelle de l'établissement.

Il convient de rappeler que les dispositions légales et réglementaires relatives au CPOM et à la fixation pluriannuelle du budget ne prévoient aucun régime dérogatoire quant à la transmission des comptes administratifs. Par conséquent, les comptes administratifs doivent être transmis au plus tard le 30 avril N+1 pour chaque ESSMS relevant du périmètre du contrat (articles R.314-49 et s. du CASF).

- L'article R. 314-43 du CASF ouvre la possibilité, lorsque les parties optent pour la première ou seconde option, de prévoir au CPOM **le principe de libre affectation des résultats** par l'organisme gestionnaire ainsi que ses modalités annuelles ou pluriannuelles. La négociation du CPOM autant que les dialogues de gestion ultérieurs portant sur le suivi du CPOM doivent être l'occasion pour les parties de débattre de la politique de reprise des résultats, au regard d'une part du caractère incitatif et responsabilisant du maintien des excédents pour le gestionnaire, et d'autre part de la capacité de l'autorité publique à équilibrer sa dotation régionale limitative. Aussi, il est recommandé de lier l'éventuel maintien des excédents au gestionnaire à l'atteinte des objectifs fixés au contrat. Votre attention portera sur la nécessaire articulation de vos décisions en matière d'affectation des résultats avec les modalités de financement des éventuels plans pluriannuels d'investissement qui auraient été arrêtés dans le cadre du CPOM. L'appréciation partagée sera portée dans le cadre d'un dialogue de gestion, de préférence annuel, entre les parties et vous veillerez à ne pas renvoyer ces échanges structurants pour l'équilibre global du contrat uniquement à son terme. Il vous est demandé d'attacher une importance particulière à cette concertation.

D'une manière générale, votre attention est attirée sur la nécessaire vigilance lors de la signature des contrats sur leur soutenabilité budgétaire pluriannuelle et leur impact sur le secteur dans son ensemble en terme d'évolution des moyens alloués. En effet, toute rupture d'engagement, sauf lorsqu'elle est justifiée par un changement de circonstances manifeste, entame la crédibilité des démarches de contractualisation dans leur ensemble. Par ailleurs, le non renouvellement du CPOM et sa résiliation ont pour conséquence le retour au droit commun d'une tarification annuelle par établissement et service, qui devra être, si nécessaire, anticipé avec soins (cf. annexe 5).

2.5. Assurer la soutenabilité des engagements prévus dans le contrat.

Le CPOM est un contrat administratif signé entre une ou plusieurs personnes publiques et une personne morale gestionnaire (tout statut juridique possible), comprenant des clauses exorbitantes de droit commun. Ainsi, l'autorité chargée de l'autorisation conserve la possibilité de résilier de manière unilatérale le contrat (tout ou partie), notamment si les conditions d'évolution de ses moyens budgétaires ne lui permettent pas de concilier les engagements contractuels avec le respect du caractère limitatif de sa dotation régionale.

Néanmoins, cette pratique doit rester exceptionnelle et il vous est demandé de tout mettre en œuvre pour éviter une résiliation unilatérale du CPOM au profit d'une concertation avec l'organisme gestionnaire permettant d'envisager une évolution du CPOM par voie d'avenant.

Dans l'éventualité d'une résiliation par l'une ou l'autre des deux parties, vous veillerez à en sécuriser ses conditions juridiques en ayant spécifié au préalable dans le texte du CPOM les clauses ad hoc ainsi qu'un délai de prévenance de la rupture suffisant.

Il conviendra donc de formaliser les éléments suivants dans le CPOM :

⁸ Il a pu arriver dans certains ressorts départementaux que des autorités de tarification soient contraintes de renouveler dans des avenants annuels les engagements pris dans le CPOM, y compris lorsque le contrat prévoyait une évolution déterminée de la dotation ou le choix de la moyenne régionale, afin de se conformer au formalisme exigé par certains contrôleurs financiers en raison du principe d'annualité budgétaire. Ces avenants ne doivent pas être confondus avec les avenants d'actualisation ou de valorisation prévus au 3^e de l'article R.314-40 du CASF.

- Prévoir une clause contractuelle établissant la liste des événements pouvant entraîner une rupture du contrat (y compris non respect des engagements par le cocontractant) ;
- L'assortir d'une description des conditions de rupture du contrat : notamment le processus aboutissant à la rupture (réunions préalables de concertation avec le cocontractant, documentation des motifs de la rupture) ;
- S'assurer que la date choisie pour la résiliation du contrat est compatible avec le retour du cocontractant dans le calendrier tarifaire « classique » sans difficulté ;
- Notifier la résiliation de façon expresse, motivée et traçable (lettre recommandée avec accusé de réception) si celle-ci intervient avant l'échéance prévue au contrat.

2.6. Cas particuliers des CPOM intersectoriels et interrégionaux.

- S'agissant des CPOM intersectoriels (social/médico-social, personnes âgées/personnes handicapées, sanitaire/médico-social), comme évoqué supra (2.1.), ils peuvent constituer une cible de contractualisation intéressante à explorer dans une logique de construction de parcours. Concernant le cas particulier des établissements et services médico-sociaux qui constitueraient un budget annexe d'un établissement de santé, un mode de contractualisation propre à chaque champ, sanitaire et médico-social, est prévu afin de tenir compte de leurs spécificités. En l'état actuel de la réglementation, l'établissement de santé qui souhaiterait conclure un CPOM médico-social devra le faire en sus du CPOM sanitaire, compte tenu des différences de nature importante entre ces deux formes de contractualisation. Il conviendra d'assurer alors une convergence entre les objectifs de ces deux contrats, notamment pour ce qui concerne le parcours des patients au sein de l'établissement.⁹
- S'agissant des CPOM interrégionaux (dans le cas des ARS) ou interdépartementaux (pour les services de la cohésion sociale), c'est-à-dire signés entre un gestionnaire et plusieurs autorités publiques de ressorts géographiques différents (correspondant au schéma d'implantations des établissements), leur conclusion peut être encouragée dans la mesure où elle garantit une cohérence d'ensemble du message porté par les autorités compétentes auprès du gestionnaire (une seule série d'objectifs) ou permet d'accompagner une démarche globale d'un opérateur au-delà des limites des frontières administratives.

Afin de respecter toutefois le caractère limitatif des dotations régionales, il ne sera toutefois pas possible d'opérer par le biais d'un CPOM une fongibilité des crédits attribués sur plusieurs enveloppes régionales¹⁰. Il conviendra donc d'une part, pour garantir la validité de tels CPOM, qu'ils soient signés par toutes les autorités chargées de l'autorisation des établissements ou services du gestionnaire concernés par le contrat pour ce qui les concerne (et non uniquement par l'autorité chargée de l'autorisation dans le ressort géographique du siège du gestionnaire, ce que ne permet pas le code). En outre, un suivi particulier des engagements financiers devra être organisé afin de permettre aux autorités concernées de vérifier la destination des crédits d'origine différente.

Afin de faciliter la préparation et le suivi de ces contrats, il sera loisible aux services concernés de s'accorder sur une autorité « pivot », chargée de la coordination de la négociation avec l'opérateur.

⁹ Cf. « *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM* », édité par la DGOS, à destination des ARS, établissements de santé et titulaires d'autorisation.

¹⁰ Principe même de dotations régionales limitatives prévu aux articles L.314-3 et L.314-4 du CASF.

3. Suivi de l'exécution des CPOM : des modalités à définir dans le contrat, en référence à des indicateurs pertinents.

3.1 Etablir les modalités de suivi du CPOM et structurer le dialogue de gestion associé.

Les modalités de suivi de l'exécution du contrat doivent être établies dans le contrat. Elles impliquent la tenue de dialogues de gestion formalisés et réguliers.

Pour ce faire, il convient notamment d'identifier les services chargés du suivi, les documents qui seront demandés au contractant chaque année (on peut par exemple élaborer des fiches de suivi des objectifs et indicateurs associés dès la signature du contrat) ainsi que la période dans l'année au cours de laquelle le rendez-vous sera pris et les documents produits. Les CPOM pouvant être signés en cours d'exercice budgétaire, il n'y a pas de période unique pertinente pour tous, même si des éléments de contrainte calendaire doivent être pris en compte :

- Il convient d'examiner les données relatives à l'exécution du contrat en même temps que les comptes administratifs du contractant, dont l'étude reste nécessaire pour l'exercice d'un suivi pertinent.
- Le suivi des objectifs est une composante du dialogue de gestion en vue notamment de la fixation du montant de la dotation annuelle (en particulier si celui-ci est variable dans le contrat). Ce suivi doit donc être effectué dans un calendrier concordant avec la campagne de tarification des structures sous CPOM (calendrier établi par les autorités chargées de l'autorisation, non soumis au délai réglementaire de 60 jours encadrant la durée de la procédure contradictoire dans l'hypothèse où le CPOM prévoit l'exonération de cette procédure).

Par ailleurs, il est recommandé de prévoir la production d'un rapport complet d'exécution du contrat lors de la dernière année de mise en œuvre, afin de préparer le renouvellement – ou non – du contrat.

Enfin, lors de l'éventuel renouvellement du CPOM, et à l'occasion de la production de ce rapport complet d'exécution du contrat, un lien est à établir avec la procédure d'évaluation des activités et de la qualité des prestations des ESSMS. En effet, l'article D. 312-203 du CASF précise que les ESSMS ayant conclu un CPOM communiquent les résultats de leur évaluation interne lors du renouvellement de leur CPOM à l'autorité ayant délivré l'autorisation initiale¹¹.

3.2 Choisir et suivre des indicateurs pertinents.

De nombreux indicateurs peuvent être associés aux CPOM. Le tableau de bord de l'ANAP précité ainsi que le guide du dialogue de gestion et de la contractualisation à destination des services déconcentrés et des opérateurs, spécifique au secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, et les recommandations de bonne pratique conçues par l'ANESM constituent des référentiels communs où les autorités compétentes peuvent sélectionner les indicateurs les plus adaptés au contenu des contrats négociés (cf. annexe n°4).

Toutefois, ces outils ne constituent pas une source exclusive pour le choix des indicateurs de diagnostic et de suivi. Les parties au contrat ont toute latitude dans le choix des indicateurs qu'ils décideront de retenir, de manière à ce qu'ils permettent de suivre et mesurer au mieux les objectifs retenus au CPOM.

Les indicateurs retenus pourront être utilisés tout au long de la durée de vie des CPOM et notamment dans le cadre du dialogue de gestion annuel. Il vous est vivement recommandé de sélectionner un nombre restreint d'indicateurs sur lesquels vous pourrez fonder une démarche de suivi de qualité.

*

¹¹ Par ailleurs, l'établissement ayant conclu un CPOM peut prévoir dans ce CPOM le calendrier de son évaluation externe, dans les limites fixées par l'article D. 312-205 du CASF.

Dans le champ des personnes âgées et des personnes handicapées, **un projet de système d'information** (SI) placé sous la maîtrise d'ouvrage du secrétariat général des ministères sociaux et sous la maîtrise d'ouvrage opérationnelle de l'ARS de Rhône-Alpes, permettra à terme de reprendre les données des CPOM et conventions pluriannuelles tripartites préalablement conclus dans le secteur médico-social.

Ce dispositif a pour objectif d'améliorer l'efficacité du processus de production des contrats, de manière semblable à ce qui est déjà prévu pour les CPOM signés avec les établissements de santé. Il vise notamment à optimiser le suivi et le pilotage de la gestion des contrats, ainsi qu'à obtenir des indicateurs de performance pour évaluer la production et la mise en œuvre des contrats en ARS.

Le déploiement de l'outil « SI de gestion des CPOM » pour le secteur médico-social est prévu au second semestre 2014, après une phase d'expérimentation sur quelques sites pilotes à partir de juin 2014.

Pour les ministres et par délégation,

Signé

Sabine Fourcade

Directrice générale de la cohésion sociale

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

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

SOCLE

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Entre,

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

Et

La personne morale gestionnaire (et le nom du représentant)

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

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

Vu la circulaire [ici viser la présente circulaire],

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

Il a été convenu ce qui suit :

I. Périmètre et objectifs du contrat.

- Le présent contrat concerne les établissements et services suivants :

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

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

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

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

II. Modalités financières de réalisation du contrat.

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

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

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

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

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

IV. Conditions de révision et de résiliation.

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

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

V. Recours contentieux

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

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

VI. Durée et date de mise en œuvre.

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

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

FICHES – OBJECTIFS/ACTION

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

Objectif n°1 :Rappel des principaux éléments du diagnostic :

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

Annexe n°2 – Gestion des frais de siège dans le cadre d'un CPOM.

La signature d'un CPOM avec un organisme gestionnaire de droit privé à but non lucratif peut s'accompagner d'une autorisation de percevoir des quotes-parts de frais de siège auprès des établissements ou services médico-sociaux dont il assure la gestion. Cette autorisation se justifie au regard, d'une part des missions d'un siège telles que définies à l'article R. 314-88 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et, d'autre part du rôle central qu'occupera cet organisme dans la gestion, la régulation et le suivi du contrat. Si le gestionnaire est déjà titulaire d'une autorisation, celle-ci pourra être renouvelée afin de couvrir la durée du CPOM.

L'autorisation de frais de siège s'inscrit dans le cadre général déterminé par le code de l'action sociale et des familles. Cependant, la signature concomitante du CPOM entraîne certaines spécificités

1. Cadre général de l'autorisation des frais de siège.

L'article L. 314-7, VI du CASF dispose que *« les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux (mentionnés au I de l'article L. 312-1) peuvent prendre en compte, éventuellement suivant une répartition établie en fonction du niveau respectif de ces budgets, les dépenses relatives aux frais du siège social de l'organisme gestionnaire pour la part de ces dépenses utiles à la réalisation de leur mission dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat »*.

L'article R. 314-87 du CASF précise que cette faculté est subordonnée à l'octroi d'une autorisation délivrée à l'organisme gestionnaire, qui fixe la nature des prestations, matérielles ou intellectuelles, qui ont vocation à être prises en compte. Cette autorisation est délivrée pour cinq ans renouvelables. L'article R. 314-90 du CASF fixe par ailleurs les principes permettant de déterminer l'autorité compétente pour statuer sur cette autorisation.

La composition du dossier de demande d'autorisation – ou de renouvellement – est fixée en application de l'article R. 314-88 du CASF. La détermination du montant des frais de siège fait l'objet d'une procédure budgétaire annuelle spécifique définie à l'article R. 314-91 du CASF. A la demande du gestionnaire, l'autorisation peut également fixer le montant des frais pris en charge sous forme d'un pourcentage des charges brutes des sections d'exploitation des établissements et services concernés (article R. 314-93 du CASF). Ce pourcentage est applicable pour la durée de l'autorisation, éventuellement révisable en cours de période. Dans ce cas, la procédure budgétaire annuelle n'est plus requise.

Le financement des frais de siège provient pour l'essentiel de redéploiements des budgets des établissements et services relevant du I du L. 312-1 du CASF, par le biais de transferts entre groupes fonctionnels (principalement du groupe de dépenses 2 « dépenses afférentes aux personnels » vers le groupe 3 « dépenses afférentes à la structure ») afin d'assurer le financement de la quote-part.

Les règles de répartition des frais de siège sont déterminées à l'article R. 314-92 du CASF. Le premier alinéa indique notamment que *« la répartition, entre les établissements et services relevant du I de l'article L. 312-1 [du CASF], de la quote-part de frais de siège pris en charge par chacun de leurs budgets, s'effectue au prorata des charges brutes de leurs sections d'exploitation, calculées pour le dernier exercice clos »*. Par ailleurs, l'article R. 314-92 du CASF précise que, lorsque un même organisme gère simultanément des établissements et services relevant du I de l'article L. 312-1 et des structures qui n'en relèvent pas, les budgets des structures ne relevant pas du L. 312-1 du CASF doivent être pris en compte dans la détermination du montant.

En tant qu'établissement relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF, les ESAT sont concernés par les dispositions relatives à l'autorisation des frais de siège. Ces établissements présentent la caractéristique de voir leur exploitation retracée au sein de deux budgets : le budget principal de l'activité sociale de l'établissement et le budget annexe de l'activité de production et de commercialisation (cf. Art R. 344-9 à 11 du CASF). L'application de l'article R. 314-92 du CASF conduit à prendre en compte les deux budgets dans la répartition des frais de siège entre les établissements et services de l'organisme gestionnaire, au prorata des charges brutes de leurs sections d'exploitation.

L'article R. 314-129 du CASF prévoit cependant une dérogation spécifique concernant les frais de siège à imputer sur le budget de production/commercialisation : *« I. - Par dérogation aux dispositions prévues à l'article R. 314-92, la quote-part des frais de siège du budget de production et de commercialisation d'un établissement ou service d'aide par le travail est calculée, à la demande de son gestionnaire, soit au prorata de ses charges brutes diminuées des aides au poste prévues à l'article L. 243-4, soit au prorata de sa valeur ajoutée. [...] »*. Cette faculté permet de prendre en compte une éventuelle fragilité de l'équilibre économique de l'activité de production et de commercialisation de l'ESAT.

Par ailleurs, l'article R. 344-13 du CASF prévoit qu'à titre exceptionnel et sous certaines conditions des charges ou fractions de charges entraînées par l'activité de production et de commercialisation peuvent être inscrites dans les charges du budget de l'activité sociale. Sous réserve de l'accord de l'autorité de tarification, il peut s'agir de tout ou partie de la quote-part de frais de siège relevant normalement du budget de production et de commercialisation.

Cependant, le même article précise : *« Cette inscription n'est possible que lorsque le budget prévisionnel de l'activité de production et de commercialisation présente, pour l'exercice en cause, un déséquilibre lié soit au démarrage ou à la reconversion de cette activité, soit à une modification importante et imprévisible de ses conditions économiques, et susceptible de mettre en cause le fonctionnement normal de l'établissement ou du service d'aide par le travail. Les dispositions du présent article relatives à cette inscription exceptionnelle ne peuvent recevoir application plus de trois années consécutives pour un même établissement ou service d'aide par le travail. »*.

2. Impact de la signature d'un CPOM.

L'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 a modifié la rédaction de l'article L. 314-7, VI, en prévoyant que ces frais de siège puissent être pris en compte dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens : *« En application de l'article L. 313-11 [du CASF], l'autorisation de ces frais de siège social peut être effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. (...) »*

Les dispositions réglementaires relatives aux frais de siège (articles R. 314-87 à R. 314-94-2 du CASF) s'appliquent, que l'autorisation relative aux frais de siège soit délivrée dans le cadre d'un CPOM ou non.

Concernant l'autorisation en elle-même, plusieurs cas peuvent se présenter.

Si le périmètre du CPOM correspond au périmètre des frais de siège (c'est-à-dire si l'ensemble des ESSMS relevant du L. 312-1 du CASF géré par l'organisme relève de la ou des autorités administratives signataires du CPOM), la procédure d'autorisation de ces derniers peut être enclenchée en même temps que la négociation de la contractualisation. Elle est finalisée par la signature du contrat qui vaut dans ce cas décision en matière d'autorisation de frais de siège (le corps du contrat doit comporter une disposition spécifique à l'autorisation). En effet, la forme que doit prendre la décision d'autorisation des frais de siège n'est pas définie réglementairement. Généralement, l'autorisation fait l'objet d'un courrier auquel sont annexés divers documents (historique, missions du siège, budget initial et modalités d'actualisation, ...). Dans le cas où les autorités administratives signataires du CPOM sont les seules autorités concernées par les frais de siège – sachant que le contrat

doit nécessairement comporter une partie sur les frais de siège – le maintien d'une autorisation sous forme de courrier en parallèle ne peut faire que double emploi.

L'exposé des missions du siège et les modalités de détermination du montant des frais de siège doivent être intégrés dans le corps du contrat.

A l'inverse, lorsque le périmètre du CPOM ne correspond pas au périmètre de l'autorisation des frais de siège, il convient de distinguer en application de l'article R. 314-90 du CASF :

- le cas où l'autorité signataire du CPOM est aussi celle qui est compétente pour statuer sur l'autorisation des frais de siège : l'autorité signataire du CPOM doit prendre l'attache des autres autorités tarifaires afin d'instruire une demande d'autorisation de frais de siège ou de renouvellement déposée par l'organisme gestionnaire¹ ;
- le cas où l'autorité signataire du CPOM n'est pas celle qui apporte une majorité de financements perçus par les différents établissements ou services de l'organisme gestionnaire : l'autorité signataire peut alors seulement solliciter l'étude du dossier de l'organisme gestionnaire par l'autorité compétente pour autoriser les frais de siège

Dans ces deux cas, le contenu de l'autorisation doit ensuite être repris dans le corps du CPOM.

Le montant des frais pris en charge est fixé sous la forme d'un pourcentage des charges brutes des sections d'exploitation des établissements et services concernés, ce pourcentage étant éventuellement révisable en cours de période uniquement dans le cadre d'une révision de l'autorisation, comme le prévoit l'article R. 314-93 du CASF.

¹ Conformément à l'article 4 de l'arrêté du 10 novembre 2003 fixant la liste des pièces prévues au III de l'article 89 du décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003, relatif à la demande d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation de frais de siège.

Annexe n°3 – Récapitulatif des différents outils de contractualisation dans le champ social et médico-social et articulation.

1. La convention tripartite pluriannuelle : un dispositif obligatoire pour les EHPAD dépassant un certain seuil (GMP supérieur à 300).

La convention pluriannuelle est prévue à l'article L. 313-12 du CASF. Elle est parfois dénommée convention tripartite pluriannuelle (CTP), puisqu'il s'agit d'une convention conclue entre un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une agence régionale de santé (ARS) et un conseil général. Contrairement au CPOM, la convention pluriannuelle est un dispositif obligatoire. L'article L.313-6 du CASF dispose que les autorisations délivrées aux EHPAD ne sont valables que si la convention tripartite a été signée. L'article D.313-15 du CASF fixe le seuil au-delà duquel ces EHPAD sont soumis à l'obligation de conclure une convention pluriannuelle, soit un GMP supérieur à 300. A la différence des CPOM, ces conventions doivent obéir à un cahier des charges fixé par l'arrêté du 26 avril 1999 *fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles* (NOR: MESA9921086A) modifié.

La convention pluriannuelle :

- garantit sur toute la durée de la convention l'engagement des deux cofinanceurs, le Conseil Général et l'ARS. Elle organise en particulier la ventilation équitable entre sections tarifaires des rémunérations des aides soignantes et des aides médico-psychologiques ;
- permet, le cas échéant, d'imposer des ratios d'encadrement (notamment, temps de présence minimal du médecin coordonnateur en fonction de la taille des établissements) ;
- impose le respect d'un cahier des charges unique qui garantit une plus grande qualité de la prise en charge. Ce cahier des charges constitue également une matrice pour des évaluations internes et externes adaptées aux spécificités des EHPAD ;
- oblige à définir, *ex ante*, certaines règles de tarification (tarif global ou partiel) ainsi que la périodicité de la révision du niveau de la perte d'autonomie.

Compte tenu du fait que ce dispositif est obligatoire pour chaque établissement, la volumétrie de ces conventions est bien plus importante que celle des CPOM : une enquête menée par le secrétariat général des ministères sociaux en octobre 2012, à laquelle 15 régions ont répondu, évalue à 4161 le nombre de conventions pluriannuelles actives, sur un total de 4276 établissements, l'écart entre le nombre d'établissement et le nombre de conventions s'expliquant par l'existence de CTP intégrant plusieurs établissements.

Par ailleurs, l'absence d'arrêté fixant un seuil tel que prévu à l'article L.313-12 du CASF rend inopérante la disposition permettant la substitution d'un CPOM à la CTP pour les EHPAD. En conséquence, le CPOM ne peut à ce jour que se cumuler avec les CTP conclues au niveau de chaque établissement et il n'est juridiquement pas opportun de favoriser cette substitution en l'état actuel de la réglementation. Néanmoins, de manière pragmatique, dans l'hypothèse où un CPOM en vigueur reprendrait les dispositions obligatoires prévues dans le cadre d'une CTP et serait signé par les deux autorités compétentes, vous veillerez à ne pas bloquer la dynamique de renouvellement d'un tel contrat si elle se justifie sur le fond.

Enfin, l'arrêté du 26 février 2009 *fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du*

code précité (NOR: BCFS0904215A) modifié prévoit que l'échéancier permettant de déroger au rythme de convergence tarifaire de droit commun est fixé dans le cadre de la CTP ou par avenant à celle-ci : « Les établissements s'engagent alors sur un effort annuel d'économies et de mise en adéquation de leur dotation et du niveau de soins médicaux et techniques des résidents qu'ils accueillent dans un délai maximum de sept exercices budgétaires et au plus tard au 31 décembre 2016. »

2. Les campagnes de contractualisation spécifiques au secteur accueil, hébergement, insertion.

Les démarches de contractualisation lancées dans le cadre des campagnes budgétaires 2011 et 2012 dans le secteur accueil, hébergement, insertion, concernant les seuls opérateurs financés par le programme 177 doivent également être distinguées des CPOM. A la différence des CPOM, il n'a pas été nécessaire d'inscrire cette démarche dans le CASF : en effet, le contrat ne comporte pas de clauses dérogatoires au droit de la tarification. Devant être signés en 2011 pour une durée d'un an, puis en 2012 pour une durée de deux à trois ans, ces contrats doivent simplement engager les parties sur des objectifs pluriannuels contribuant à la satisfaction des besoins des usagers identifiés par les plans départementaux relatifs à l'accueil, à l'hébergement et à l'insertion (PDAHI), à l'optimisation de la qualité des prestations délivrées et à la maîtrise des coûts. L'ensemble de ces opérateurs continue d'être obligé de mener un dialogue budgétaire contradictoire annuel chaque année. Il a bien été précisé, par ailleurs, que cette démarche ne remet pas en cause les CPOM signés dans ce secteur, évalué à une vingtaine, et que la négociation de CPOM avec ce type d'établissements reste possible.

3. La coopération.

Les démarches de coopération sont librement conclues entre institutions sociales et médico-sociales, établissements de santé, professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, professionnels médicaux et paramédicaux, par conventions, en vue de la mise en commun des moyens de chacun des membres. Il peut s'agir des groupements de coopération sociale et médico-sociale, groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public. Contrairement aux CPOM, conclus entre une autorité chargée de l'autorisation et une personne morale gestionnaire d'établissements et services, les outils de coopération sont à la disposition exclusive de personnes morales gestionnaires et professionnels.

Si les démarches de coopération peuvent être encouragées et promues dans le cadre de la contractualisation, les autorités publiques chargées de l'autorisation n'ont pas vocation à être parties elles-mêmes aux démarches de coopération entre opérateurs du secteur social ou médico-social.

Annexe n°4 - Diagnostic préalable et suivi du CPOM : les outils mis à disposition par l'ANAP et l'ANESM.

L'article L.313-12 du CASF dispose que « *les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.* »

1. Le Tableau de Bord (TdB) partagé des établissements et services médico-sociaux (ESMS) à destination des établissements et services du secteur médico-social développé par l'ANAP.

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), <http://www.anap.fr/>, est née du regroupement du GMSIH¹, de la MAINH¹ et de la MEAH, le 23 octobre 2009 avec la publication au journal officiel de l'arrêté ministériel d'approbation de sa convention constitutive. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* lui confie la mission d'appuyer les établissements de santé et médico-sociaux et les agences régionales de santé afin d'améliorer leur performance.

Dans ce cadre, l'ANAP a développé depuis 2010 un outil intitulé « *Tableau de bord de pilotage de la performance partagé des établissements et services médico-sociaux* » qui poursuit plusieurs objectifs :

- mettre à disposition un outil commun aux champs de l'accompagnement des personnes âgées et personnes handicapées – enfants et adultes ;
- constituer un outil de pilotage interne de la structure, en appui au management, ainsi qu'un support d'échange entre l'ESMS et ses partenaires (ARS et conseils généraux - CG) notamment dans le cadre de la démarche de contractualisation ;
- mieux connaître l'offre médico-sociale et disposer d'un outil permettant de doter les ESMS d'un outil de benchmark et les ARS et CG d'un outil de connaissance de l'offre.

Ce tableau de bord rassemble des données habituellement suivies par les établissements et les services et porte sur les quatre domaines suivants :

- les prestations de soins et d'accompagnement ;
- les ressources humaines et matérielles ;
- l'équilibre financier et budgétaire ;
- les objectifs de la structure : état d'avancement de la démarche d'évaluation interne et externe et niveau de maturité du système d'informations.

Il est construit sur trois niveaux :

- des données de caractérisation permettant de décrire la structure et de calculer 43 indicateurs ;
- des indicateurs de dialogue permettant à la structure d'échanger avec ses partenaires ;
- des indicateurs clés d'analyse permettant d'approfondir la lecture des indicateurs de dialogue et de mener un pilotage interne de sa structure.

Il a fait l'objet de deux expérimentations en 2011 et 2013 auprès de 828 structures (dont 111 organismes gestionnaires), sur la base du volontariat, sur les territoires suivants :

- 5 régions : Alsace, Limousin, Lorraine, Pays de la Loire et Rhône Alpes ;
- 16 départements : Haute Vienne, Creuse, Corrèze, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Maine et Loire, Vendée, Loire Atlantique, Mayenne, Moselle, Meuse, Loire, Rhône, Ain, Isère, Haute Savoie.

Durant ces expérimentations, certaines structures et ARS ont utilisé l'outil dans le cadre de dialogue et de suivi de CPOM.

Vous trouverez le guide des indicateurs ESMS 2013 publié par l'ANAP sur son site internet, http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/03-projets/Pilotage_du_medico-social/Guides_2013/ANAP_Tdb_MS_guide_des_indicateurs2013.pdf

2. Les indicateurs de suivi de la qualité dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), www.anesm.sante.gouv.fr, a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de *financement de la sécurité sociale pour 2007*).

Ses deux principales missions consistent à :

- habiliter les organismes qui procèdent à l'évaluation externe ;
- valider ou, en cas de carence, élaborer des procédures et des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) sur lesquelles les établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent s'appuyer pour procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Le rôle d'élaboration des RBPP de l'ANESM, qui à l'origine était subsidiaire à celui de validation des RBPP, est très clairement aujourd'hui prépondérant puisque toutes les recommandations publiées jusqu'ici ont été élaborées par elle depuis sa création.

Des indicateurs de suivi de la qualité ont été élaborés par l'ANESM, dans la recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « *L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* » de février 2012¹ et dans celle portant sur « *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes* » d'avril 2012².

¹ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web3.pdf

² http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_eval_interneSAD_web.pdf

Annexe 5 - Les conséquences de l'absence de renouvellement du CPOM : le retour au régime de droit commun de la tarification budgétaire

Le non renouvellement du CPOM a pour conséquence le retour au droit commun d'une tarification annuelle par établissement et service.

1. Modalités pratiques de mise en œuvre.

Lors de la dernière année du contrat :

- soit le gestionnaire sait déjà que son contrat n'est pas renouvelé, il doit donc prévoir la transmission de ses propositions budgétaires à l'autorité de tarification le 31 octobre N-1 au plus tard, pour chaque établissement ou service relevant du contrat, selon le régime de droit commun ;
- soit le gestionnaire a l'engagement par l'autorité de tarification de renouveler son contrat : le CPOM est signé avant octobre N-1 pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier de l'année N. Il transmet ses propositions budgétaires telles que prévues dans le contrat (application de l'article R.314-42 du CASF) ;
- soit il existe une incertitude quant à l'issue des négociations pour le renouvellement du CPOM, le gestionnaire doit donc en parallèle des négociations en cours, prévoir la transmission de ses propositions budgétaires pour chaque établissement ou service, dans le respect des règles de droit commun. Dans le cas contraire, si le CPOM devait ne pas être signé, le gestionnaire s'exposerait à une tarification d'office (2^o de l'article R.314-38 du CASF).

2. La question du retour à des budgets par établissement et service, après plusieurs années de globalisation des budgets à travers le CPOM.

Dans le cadre des négociations du CPOM, l'article R.314-43-1 du CASF prévoit, sur la base du budget de chaque établissement et service, l'identification des dépenses nettes autorisées communes, permettant ainsi la fixation de la dotation globalisée et des règles d'actualisation pluriannuelles conformément à l'article R.314-40 du même code.

Pendant la durée du contrat, l'arrêté annuel de tarification conserve la traçabilité de la répartition de la dotation globalisée par établissement et service tel que prévu au paragraphe 3 de l'article R.314-43-1 du CASF.

Enfin, le maintien de l'obligation de transmission des comptes administratifs par établissement et service contribue également à la traçabilité des dépenses et recettes (dont les produits de la tarification) par établissement et service.

De même, dans l'hypothèse où le programme pluriannuel d'investissement a été globalisé pour l'ensemble des établissements et services couverts par le CPOM, l'élaboration initiale de ce plan doit conserver la traçabilité des sources de financements des investissements.

Ainsi, compte tenu de ces dispositions, gestionnaire comme autorité de tarification doivent être en mesure de revenir au régime de droit commun d'une tarification annuelle par établissement et service.

Cette faculté ne doit cependant pas cacher les difficultés pratiques d'un tel exercice, qui sont moins comptables et financières qu'organisationnelles.

3. La question du retour à la tarification au prix de journée, après plusieurs années de globalisation des budgets à travers le CPOM.

Pour les établissements et services dont c'est le mode de tarification de droit commun, le non renouvellement du CPOM emporte le retour à la tarification au prix de journée. Cependant, il est possible de maintenir un mode de tarification en prix de journée globalisé

sur le fondement des articles R.314-115 et suivants du CASF. Il faut alors que l'autorité de tarification signe avec chaque établissement concerné par le prix de journée une convention spécifique.

Même si les textes ne le prévoient pas, il est recommandé d'associer la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à son élaboration.

Si cette solution n'est pas envisageable, il convient d'anticiper les effets d'un retour à une tarification au prix de journée, sachant que les textes juridiques n'encadrent pas ce mécanisme :

- Pour l'établissement : réorganiser un système de facturation ;
- Pour l'autorité de tarification : prévoir la prise d'un arrêté de tarification fixant le prix de journée applicable au 1^{er} janvier et prévenir la CPAM ;
- Pour la CPAM : assurer le passage du versement par douzième à une facturation au prix de journée à compter du 1^{er} janvier.

Plus encore dans ce cas, un retour à une tarification de droit commun est difficile pour le gestionnaire comme pour les autorités compétentes, et doit donc être réfléchi, anticipée et négociée.

4. Préconisation d'un délai de prévenance pour le non renouvellement d'un CPOM

Il est recommandé d'envisager un délai de prévenance en cas de non renouvellement d'un CPOM. Afin de permettre le dépôt d'un budget prévisionnel au 31 octobre, voire de préparer une convention de prix de journée globalisé ou de réorganiser le système facturation, il apparaît nécessaire que le gestionnaire soit informé des intentions de non renouvellement du CPOM par l'autorité de tarification en septembre N-1 au plus tard. De la même façon, l'autorité de tarification doit être informée de l'intention de non renouvellement de son CPOM par le gestionnaire dans le même délai.