



Médico-social

Les CPOM à l'épreuve de la réalité



Septembre 2017

kpmg.fr

ÉDITO

Une étude pour mieux comprendre et évaluer les CPOM en vie réelle

Depuis de très nombreuses années, KPMG accompagne les acteurs du domaine sanitaire, social et médico-social, cherchant à en comprendre les grands enjeux, à en anticiper les changements profonds et à faciliter la mise en œuvre des réformes, qu'elles soient stratégiques ou opérationnelles.

C'est dans cette optique que KPMG a souhaité conduire une étude sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), créés par la loi du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, et généralisés par les lois du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale et du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

En effet, la première rendait obligatoire la signature d'un CPOM dans le secteur des personnes handicapées dès 2016, et la seconde dans le secteur des personnes âgées à compter du 1^{er} janvier 2017, en remplacement des conventions tripartites.

Considérés par beaucoup comme une véritable révolution culturelle et organisationnelle en généralisant la contractualisation pluriannuelle entre autorités de tarification et gestionnaires d'établissements et services accueillant tant des personnes âgées dépendantes que des personnes handicapées, les CPOM sont appelés à devenir un véritable outil de référence pour faire évoluer l'offre et la prise en charge de ce secteur, dans une période prolongée de budgets contraints.

Pour mieux évaluer les impacts des CPOM, cerner les attentes et les difficultés, rencontrées ou appréhendées, des gestionnaires d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux, faire remonter leurs points de vue, de même que les divers facteurs clés de succès, nous avons mené une enquête de terrain « en vie réelle » auprès de professionnels d'organismes gestionnaires déjà signataires de ce type de contrat ou qui envisagent d'en signer un dans les cinq années à venir.

Pour compléter cette enquête, KPMG s'est également attaché à analyser en parallèle quelques 40 CPOM, signés entre 2011 et 2017, essentiellement dans le champ du handicap, puis à les compléter par des entretiens auprès des différents acteurs du secteur social et médico-social, proposant ainsi une vision sectorielle panoramique.

Nul doute que cette étude, introduite par un rappel du contexte réglementaire, constituera une base de réflexions précieuse pour tous les professionnels du secteur social et médico-social qui vont devoir s'engager dans une démarche CPOM d'ici à fin décembre 2021, date butoir fixée par le législateur.

Avec l'ensemble des professionnels de KPMG qui ont contribué à cette étude, je vous en souhaite une bonne lecture.

Benoît Péricard

Associé, Directeur national Secteur public et Santé
KPMG



Sommaire

Une montée en puissance progressive des CPOM	4
1.1 Les fondements juridiques du CPOM	5
1.2 Les différentes étapes d'élaboration d'un CPOM	12
1.2.1 Cadrage de la démarche	14
1.2.2 Réalisation et partage du diagnostic	14
1.2.3 Négociation des objectifs et des modalités associées	14
1.2.4 Rédaction et signature du contrat	18
Les CPOM vus par les différents acteurs	20
2.1 Méthodologie et présentation de l'échantillon	21
2.1.1 Méthodologie de l'étude	21
2.1.2 Le profil des répondants à l'enquête	21
2.1.3 Les caractéristiques des organismes gestionnaires représentés	22
2.1.4 Les caractéristiques des CPOM analysés	24
2.2 Les grands traits de la démarche CPOM dans l'enquête	25
2.3 Attentes et craintes suscitées par le CPOM	31
2.3.1 Principales attentes	31
2.3.2 Étapes suscitant le plus de difficultés	32
2.3.3 Raisons de non signature	33
2.4 Difficultés et facteurs clés de succès, en fonction des étapes de contractualisation	34
2.4.1 Mise en place de la démarche	34
2.4.2 Réalisation et partage du diagnostic	44
2.4.3 Négociation des objectifs et signature du contrat	51
2.4.4 Pilotage et suivi du CPOM	62
2.5 Impacts, avantages et inconvénients du CPOM	65
2.5.1 Impacts de la mise en place du CPOM	65
2.5.2 Avantages et inconvénients	71
Enseignements et perspectives	76
Liste des abréviations et sigles	79
Bibliographie	80
Remerciements	81

1.

UNE MONTÉE EN PUISSANCE PROGRESSIVE DES CPOM



1.1 Les fondements juridiques du CPOM

Les fondements de la contractualisation dans le secteur social et médico-social se trouvent dans **la loi n°75-535 du 30 juin 1975** relative aux institutions sociales et médico-sociales, laquelle dans son article 2 prévoit que : « *La coordination des interventions [...] est assurée [...] par **conclusion** entre les organismes [...] et l'État ou les collectivités publiques, **de conventions** dont les clauses précisent les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre [...].* »

La conclusion d'une convention pluriannuelle devient obligatoire pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec **la loi n°97-60 du 24 janvier 1997** relative à la prestation spécifique dépendance, devenue allocation personnalisée d'autonomie. Cette convention, **dite tripartite**, est signée entre l'établissement et les deux tarificateurs, que sont l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental (CD), et définit notamment « *les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués [...].* »

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été créé par **la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale et introduit à l'article L. 313-11 dans le code de l'action sociale et des familles (CASF). Le CPOM doit permettre de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec ceux des politiques publiques sociales et médico-sociales :

*« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12 (relatif à l'obligation de signer une convention pluriannuelle tripartite), **des contrats pluriannuels peuvent être conclus** entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.*

Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans. »

Le volet financier du contrat est prévu et précisé par les articles R. 314-39 à R. 314-43 du CASF introduits par le décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003¹. Toutefois, les premiers CPOM ne seront signés qu'à compter de la publication de **l'ordonnance n°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005**² qui :

- d'une part, permet aux gestionnaires d'être **exonérés de la procédure budgétaire contradictoire annuelle**, tout en bénéficiant d'une plus grande liberté quant à l'affectation des résultats et ;
- d'autre part, offre la **possibilité de signer un contrat pluri établissements et services** relevant d'un même organisme gestionnaire³, favorisant les opérations de fongibilité des crédits entre établissements et services d'un même secteur.

1 - Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des ESSMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF.

2 - Ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux ESSMS.

3 - Selon l'ANAP - Négociateur et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - État des lieux : les organismes gestionnaires peuvent avoir des statuts très diversifiés : association, fondation, groupement de coopération, centre communal d'action sociale (CCAS), SA/SARL, etc. Leur point commun est de gérer au moins un établissement ou service social ou médico-social relevant de l'article L. 312-1 du CASF. Un organisme gestionnaire qui ne gère qu'un seul établissement ou service (au sens FINESS géographique) est dit « mono établissement ». A contrario un organisme qui gère au moins deux ESSMS est dit « pluri établissements ».

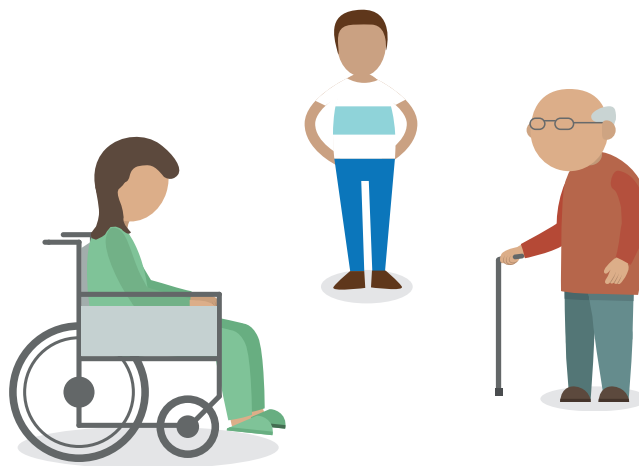
Initialement conçu comme **un outil facultatif**, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) rend le CPOM obligatoire pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dépassant un certain seuil d'activité mais reste inopérante en raison de la difficulté à définir un tel seuil.

En 2013, face au faible nombre d'ESSMS sous CPOM, environ 10%⁴, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a tenté de dynamiser le développement des CPOM au travers, notamment, de **la circulaire du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**⁵ qui, non seulement, rappelle les objectifs et les intérêts du CPOM, mais aussi, propose une méthodologie de négociation et d'élaboration de ce contrat ainsi que des éléments de suivi de son exécution.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 prévoit que le Gouvernement remette au Parlement, un rapport d'évaluation des CPOM qui se veulent être un outil au service de la stratégie aussi bien des autorités de tarification que des gestionnaires, permettant, aux uns, d'adapter l'offre aux besoins identifiés sur le territoire, tout

en recherchant l'efficacité des structures et, aux autres, d'optimiser leur gestion budgétaire. Dans ce cadre, une enquête réalisée par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), conduit à constater qu'au 31 décembre 2014, soit douze ans après la création des CPOM, seuls 16% des établissements et services sociaux et médico-sociaux étaient signataires d'un CPOM, soit 3 051 des 19 133 ESSMS du périmètre de l'enquête (dont moins de 2% des ESSMS sur le champ des personnes âgées)⁶. Selon les termes du rapport de la DGCS remis au Parlement⁷, « *il en ressort que, malgré la volonté des pouvoirs publics d'inciter leurs services et les organismes gestionnaires à contractualiser, le développement quantitatif des CPOM reste faible. (...) Le bilan reste donc mitigé.* »

C'est dans cet environnement que, dès fin 2015, s'ouvre une nouvelle étape pour la contractualisation dans le champ social et médico-social. La volonté de déploiement des CPOM est confirmée par la mise en place de diverses mesures en faveur d'un renforcement de la contractualisation par CPOM dans les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées.



4 - Selon la circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013, environ 10% des ESSMS sont intégrés au périmètre d'un CPOM à l'automne 2012.

5 - Circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du CPOM prévu à l'article L. 313-11 du CASF.

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

7 - Rapport de la DGCS remis au Parlement début janvier 2017 intitulé « Rapport au Parlement portant sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ».

La généralisation des CPOM dans le secteur des personnes âgées

Compte tenu d'un contexte financier de plus en plus contraint et d'une contractualisation insatisfaisante, **la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV)** a été élaborée, notamment, avec pour objectifs d'améliorer l'efficacité de l'outil contractuel en substituant le CPOM à la convention tripartite pluriannuelle (CTP), d'inverser la logique budgétaire en passant d'un pilotage par la dépense à un pilotage par la ressource et de perfectionner le dialogue de gestion en généralisant les indicateurs de performance.

L'article 58 de la loi ASV rend **obligatoire la conclusion d'un CPOM pour les EHPAD** et les petites unités de vie (**PUV**). Ce contrat, prévu à l'article L. 313-12 (IV ter) du CASF, se **substitue à la convention pluriannuelle**, en principe lorsqu'elle arrive à échéance.

L'article 58 de cette loi ASV prévoit :

• Les signataires et le périmètre du CPOM EHPAD

Le CPOM est tripartite et signé entre, d'une part, l'organisme gestionnaire et, d'autre part, les deux autorités de tarification que sont l'ARS et le CD. Le CPOM couvre **à minima tous les EHPAD** relevant d'un même gestionnaire et **situés dans un même département**. De plus, sous réserve de l'accord des tarificateurs, le CPOM peut inclure des EHPAD d'autres départements, ainsi que d'autres catégories d'ESSMS relevant du même gestionnaire afin de favoriser les logiques de mutualisation des coûts et de fluidification du parcours des usagers.

La loi ASV vise à passer d'une contractualisation par établissement à une contractualisation voulue plus globale par gestionnaire au niveau départemental voir régional.

Il est à noter qu'une mesure de la LFSS pour 2017 permet à l'entité « mère » de signer un CPOM pluri-EHPAD en lieu et place des entités qu'elle contrôle⁸ et qui détiennent les autorisations de gérer des EHPAD.

Enfin, comme le rappelle l'instruction de la DGCS n° 2017-96 du 21 mars 2017⁹, l'obligation de signer un **CPOM médico-social distinct** demeure pour un ESSMS **rattaché à un établissement de santé**, bien que ce dernier soit tenu de signer un CPOM.

• Le calendrier de mise en œuvre et les sanctions en cas de refus de signer un CPOM

La signature des CPOM EHPAD et PUV est prévue sur une période progressive de cinq ans, allant du 1^{er} janvier 2017 **au 31 décembre 2021 (date butoir)**, selon une programmation pluriannuelle, laquelle a dû être fixée par arrêté du directeur général de l'ARS, conjointement avec le président du CD.

En cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer ou renouveler un CPOM, la loi prévoit une **minoration du forfait soins pouvant aller jusqu'à 10%** de ce forfait par an.



• La durée et le contenu du CPOM

Le CPOM est signé **pour une durée de cinq ans** et peut être prorogé d'une première année selon un formalisme allégé et, de façon exceptionnelle, d'une seconde année par avenant au contrat.

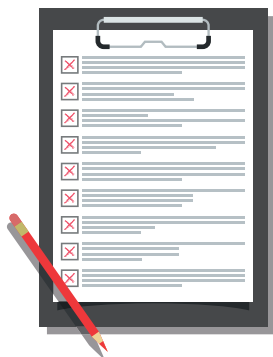
L'article 58 de la loi ASV dispose que le CPOM « fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. [...] »

8 - Contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce.

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

Le CPOM doit respecter le cahier des charges, incluant un modèle de contrat, qui a été établi par **l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM** prévu au IV ter de l'article L. 313-12 (CPOM EHPAD) du CASF et explicité par **l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017** relative à la mise en œuvre de cet arrêté et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 (CPOM ESMS personnes handicapées) du code précité.

Dans un souci de simplification administrative, le CPOM vaut dorénavant **habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale** départementale.



La réforme de la contractualisation est concomitante à la **réforme de la tarification** des EHPAD et des PUV prévue, également, par l'article 58 de la loi ASV et dont les décrets d'application¹⁰ ont été publiés fin décembre 2016. La loi ASV vise à simplifier l'allocation de ressources aux établissements et conduit à entrer dans une nouvelle logique de pilotage par les ressources (et non plus par les dépenses) en prévoyant la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance.

Le forfait soins repose, pour les places d'hébergement permanent, sur une équation tarifaire qui prend en compte le niveau de dépendance et le besoin en soins des résidents. Celui-ci peut être modulé en fonction de l'activité réalisée. Des financements complémentaires sont prévus pour les autres modalités d'accueil telles que l'accueil temporaire ou les places au titre du plan maladies neurodégénératives (PMND). Le CPOM doit prévoir le **montant de ces financements complémentaires** ainsi que **les modalités d'affectation des résultats**.

Cette évolution de la tarification s'accompagne d'un **changement du cadre budgétaire et comptable** avec la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ; la prévision des produits détermine désormais celle des charges. Les modalités de mise en œuvre de l'EPRD sont précisées par le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016. Les EHPAD, qu'ils aient ou non signé un CPOM, doivent, **dès le 1^{er} janvier 2017, établir un EPRD** à la place de leur budget prévisionnel.

Enfin, la loi ASV instaure la contractualisation par CPOM :

- à titre obligatoire, pour les **résidences autonomes** pour le versement du forfait autonomie (article 10), pour les **services polyvalents d'aide et de soins à domicile** (SPASAD) qui expérimentent un modèle intégré d'organisation (article 49) ;
- à titre facultatif et de manière spécifique, pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) (article 47).

Il est à noter que les établissements de soins de longue durée (ESLD) ne sont pas concernés par l'obligation de conclure un CPOM, et reste soumis à l'obligation de signer une CTP, en l'attente d'une réforme plus globale de ces établissements.

¹⁰ - Dont :

- 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 EHPAD relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du CASF.

- Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESSMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF.



« Le CPOM a été rendu obligatoire, par la LFSS pour 2016, pour les SSIAD qu'ils interviennent dans le champ des personnes âgées ou celui des personnes en situation de handicap. La contractualisation doit être mise en œuvre d'ici 2021 comme pour les CPOM des ESMS PH.

En revanche, il reste facultatif pour les SAAD mais est très fortement encouragé, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre du fonds d'appui aux bonnes pratiques des services d'aide à domicile (doté de 50 millions d'euros). Ce fonds d'appui est sollicité en 2017 par les conseils départementaux auprès de la CNSA, avec laquelle ils contractualisent. Le bénéfice de ces crédits pour les SAAD est subordonné à la signature de CPOM entre SAAD et conseil départemental.

Pour les SPASAD entrant dans l'expérimentation prévue par la loi ASV, ils ont obligation de signer un CPOM dérogatoire au 30 juin 2017, à la fin de l'expérimentation de 2 ans ils entreront dans le droit commun en fonction de leur organisation (CPOM SPASAD pour les SPASAD au sein de la même entité gestionnaire, CPOM SSIAD et le cas échéant CPOM SAAD pour les SPASAD organisés par convention). »

Line Lartigue Doucoure, Directrice santé, UNA

La généralisation des CPOM dans le secteur des personnes handicapées

Face au constat des difficultés à apporter des réponses appropriées aux besoins de prise en charge et d'accompagnement de certaines personnes handicapées, la **loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016** prend des mesures ayant pour objectif tout à la fois un meilleur accompagnement des personnes handicapées et une meilleure maîtrise de l'objectif global des dépenses :

- L'article 74 de la LFSS pour 2016 acte le **transfert du financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT)**, jusqu'ici financés par l'État, à **l'assurance maladie** dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette mesure, effective au 1^{er} janvier 2017, vise à faciliter l'intégration

de ces structures dans le périmètre de la contractualisation et à favoriser le passage d'une structure pour personnes handicapées à une autre en les faisant désormais toutes dépendre du même financeur.

- L'article 75 de la LFSS pour 2016 **généralise les CPOM dans le champ du handicap**, mesure qui résulte des préconisations du rapport « *Zéro sans solution* »¹¹ et de la mission « *Une réponse accompagnée pour tous*¹² ».

Ainsi, l'article 75 de la LFSS pour 2016 rend **obligatoire la signature d'un CPOM** pour les établissements et services du secteur personnes handicapées (**ESMS-PH**) **sous compétence exclusive ou conjointe des ARS**, ainsi que pour les services de soins infirmiers à domicile (**SSIAD**) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (**SPASAD**).

11 - Rapport de Denis Piveteau, remis en juin 2014, « Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », dans lequel la généralisation des CPOM à l'ensemble des gestionnaires d'ESMS ressort comme une des vingt mesures importantes parmi celles proposées (page 87).

12 - « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT), est le dispositif destiné à mettre en œuvre des préconisations du rapport « Zéro sans solution » précité.



POUR EN SAVOIR +

Les ESMS-PH concernés par le CPOM

La liste des ESMS-PH concernés par cette obligation a été complétée par la LFSS pour 2017 et visent les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF, soit les instituts médico-éducatifs (IME, IEM, etc.), les instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques (ITEP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation (CPO), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont également concernés, qu'ils interviennent auprès de personnes âgées ou de personnes handicapées.

Seules quelques structures d'accompagnement des personnes handicapées ne sont pas concernées par l'obligation de signer un CPOM. Il s'agit des centres de ressources et des unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS), ainsi que les établissements expérimentaux.

L'article L. 313-12-2 du CASF stipule que « les établissements et services [...] font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. [...] ».

La signature des CPOM ESMS-PH doit intervenir durant une période transitoire de 6 ans, avec la même date butoir que pour les EHPAD fixée au **31 décembre 2021**, selon une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS avec le président du CD.

La LFSS pour 2017 fait du CPOM ESMS-PH un **contrat tripartite** en imposant aux CD de co-signer les CPOM pour les ESMS de compétence partagée avec l'ARS.

En revanche, le CD n'a pas l'obligation de conclure un CPOM avec les ESSMS qui relèvent de sa seule compétence. Toutefois, si les parties en sont d'accord, ces derniers (notamment les foyers de vie) peuvent être inclus dans le périmètre du CPOM.

Il est à noter que la réforme de la contractualisation dans le secteur PH est couplée à une réforme en cours de la tarification, SERAFIN-PH¹³, qui vise à tendre vers une automatisation de l'allocation de ressources. Dans l'attente, **les ressources et l'affectation des résultats doivent être négociées dans le cadre du CPOM**. De plus, la généralisation du CPOM s'accompagne d'une réforme budgétaire avec **la mise en place de l'EPRD¹⁴, dès l'exercice suivant la signature du CPOM** pour les ESMS-PH, SSIAD et SPASAD, sur la base des ressources notifiées et déterminées selon des modalités arrêtées dans le CPOM (passage d'une tarification à la dépense à une tarification à la ressource).

Les modalités d'application des CPOM personnes âgées et personnes handicapées

Plusieurs textes d'application ont été publiés, au cours du premier semestre 2017, afin de fixer et d'accompagner la mise en œuvre de ce nouveau dispositif contractuel :

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

Cet arrêté fixe le **contenu du cahier des charges du CPOM EHPAD** et fournit un **modèle de contrat-type** afin d'harmoniser et de faciliter la procédure de contractualisation.

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

Cette instruction vise à « proposer une doctrine pour la mise en œuvre de la réforme de la contractualisation du secteur médico-social, rappeler les différents enjeux qu'elle recouvre et en **expliquer les modalités techniques d'application** ». Elle compte sept annexes, dont un cadre explicatif de l'arrêté du 3 mars 2017, avec un rappel des enjeux et des précisions sur les modalités de mise en œuvre et de suivi des CPOM ; une synthèse des différents CPOM du secteur social et médico-social et des annexes spécifiques aux CPOM des résidences autonomie, des SAAD et des SPASAD ; la place du CPOM dans le cadre du dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » ; une présentation des mesures du Comité interministériel du handicap à prendre en compte dans l'élaboration des CPOM.

13 - Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées.

14 - Institué par le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 et les deux arrêtés du 27 décembre 2016, fixant les modèles de documents.

- L'instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des EHPAD relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du CASF.

Cette instruction explicite le décret du 21 décembre 2016 relatif au **nouveau modèle de tarification pour les EHPAD** et les PUV à compter du 1^{er} janvier 2017. Elle explicite les modalités techniques d'application concernant, notamment, le calcul des forfaits soins et dépendance, ainsi que la mise en œuvre de la modulation en fonction de l'activité ; la fixation des tarifs hébergement ; l'affectation des résultats ; la procédure de minoration du forfait soins en cas de refus de signature d'un CPOM.

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

Cette instruction précise les orientations en matière de transformation de l'offre médico-sociale pour les PH. Le CPOM ressort comme l'un des outils de structuration de l'offre.

L'annexe 10 précise comment prendre en compte les évaluations interne et externe dans le cadre de la négociation des CPOM.

- La circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des ESMS accueillant des PH et des PA.

L'annexe 12 de cette circulaire précise les impacts du CPOM ESMS-PH en termes de périmètre de l'EPRD, de détermination de la dotation globale initiale et de son évolution et de détermination des modalités d'affectation du résultat.

1.2 Les différentes étapes d'élaboration d'un CPOM

Les objectifs ainsi que le contenu des CPOM sont détaillés à la fois dans la circulaire de la DGCS du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du CPOM, l'arrêté du 3 mars 2017 qui fixe le contenu du cahier des charges du CPOM et présente un modèle de contrat-type et l'instruction de la DGCS du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté précité.

Ces textes réglementaires s'accompagnent d'outils méthodologiques, en particulier, le **kit méthodologique** d'appui à la mise en œuvre opérationnelle de la contractualisation publié par **l'ANAP** en janvier 2017.





POUR EN SAVOIR +

ANAP – kit méthodologique d'appui à la contractualisation

Ce kit comprend :

- un guide méthodologique d'appui à la contractualisation « **Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social** », qui apporte des préconisations dans la mise en œuvre des différentes étapes de la démarche de contractualisation, depuis la programmation jusqu'au renouvellement du CPOM ;
- une annexe relative à l'état des lieux de la contractualisation au 31 décembre 2014 ;
- une annexe sur les retours d'expériences de gestionnaires engagés dans un CPOM ;
- des outils pratiques permettant de mettre en œuvre la démarche tels qu'un rétro-planning, une cartographie des acteurs, une matrice RACI¹⁵, un suivi des plans d'actions, un modèle de fiche action, etc.

¹⁵ - La matrice RACI (R : responsable ; A : accountable / approuver ; C : consulted ; I : informed) est une matrice des responsabilités, indiquant les rôles et les responsabilités des intervenants au sein de chaque processus et activité.

L'entrée dans le processus de contractualisation nécessite de mettre en place une **méthode de gestion de projet**, articulée généralement en quatre phases détaillées ci-après.

1.2.1 Cadrage de la démarche

Cette étape vise à organiser et structurer la démarche de contractualisation, en fonction de la programmation de signature du CPOM, et implique de :

- identifier, prendre contact et informer l'ensemble des parties prenantes ;
- mettre en place un **comité de pilotage** composé de membres issus de chacune des parties signataires au contrat (organisme gestionnaire, ARS et, le cas échéant, CD), généralement identique au comité de suivi et d'évaluation du CPOM ;
- définir le **périmètre** du CPOM et la **méthodologie** de contractualisation en concertation avec les autorités de tarification et de contrôle (ATC) et, notamment, les modalités de négociation et les données nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic partagé ;
- déterminer un **calendrier de négociation** et élaborer un **plan d'actions détaillé** précisant les rôles et les responsabilités de chacun.

1.2.2 Réalisation et partage du diagnostic

L'élaboration d'un CPOM s'appuie sur un diagnostic partagé dont l'objectif est d'apprécier la situation du gestionnaire et de ses établissements et services couverts par le contrat, et de convenir des axes d'amélioration qui permettront de définir les objectifs.

L'article 3 du modèle de CPOM, joint à l'arrêté du 3 mars 2017, propose la liste des thèmes devant obligatoirement être traités dans le diagnostic. Le diagnostic vise à la fois à :

- positionner les établissements et services par **rapport à leur environnement** ;
- mettre en exergue **les forces et faiblesses** du gestionnaire et de ses structures ;
- faire une analyse globale des **capacités financières** des établissements.

Le diagnostic est initié par l'organisme gestionnaire, à partir, notamment, des résultats des évaluations internes et externes, mais aussi, d'informations issues du tableau de bord de la performance, et **partagé avec les autorités de tarification** afin de l'enrichir et de définir les **thèmes majeurs à retenir pour fixer les objectifs contractuels**.

Il est à noter que certaines ARS mettent à disposition des gestionnaires une grille d'aide à l'élaboration du diagnostic.

1.2.3 Négociation des objectifs et des modalités associées

Fixation des objectifs

À l'issue du diagnostic partagé, il convient de définir les objectifs prioritaires des 5 ans à venir, en adéquation avec la vision stratégique du gestionnaire, les projets d'établissements et les priorités des politiques publiques (plans nationaux, projet régional de santé, schéma régional et schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale).

La fixation des objectifs peut être l'occasion d'impulser une dynamique, notamment, en termes de démarche qualité, de réorganisation interne, de partenariats, de politique de formation.

Les objectifs doivent être déterminés en concertation avec les différentes parties au contrat. Il est recommandé de retenir **un nombre limité d'objectifs** afin d'en assurer la soutenabilité.



POUR EN SAVOIR +

Le choix d'un nombre limité d'objectifs

Les objectifs doivent être concrets, précis, mesurables et réalistes. L'article 3 du modèle du CPOM annexé à l'arrêté du 3 mars 2017¹⁷ précise que « **ces objectifs doivent être en nombre limité afin de permettre aux gestionnaires d'y répondre pleinement** ». Le CPOM oblige les organismes gestionnaires à faire des choix, à les prioriser, à les expliciter et à définir des indicateurs pour évaluer l'atteinte ou non des objectifs fixés.

Dans son guide « **ESSMS : valorisez les résultats de vos évaluations** », l'ANESM précise comment définir et prioriser ses objectifs, passer des objectifs aux actions et suivre la pertinence et l'efficacité du plan d'actions.

Les objectifs sont de deux types :

- Les objectifs stratégiques, finaux ou généraux qui traduisent l'orientation générale donnée par l'organisme gestionnaire, en lien avec les besoins des personnes accompagnées et les priorités des politiques publiques. Ce sont des objectifs globaux à moyen et long terme.
- Les objectifs opérationnels ou intermédiaires qui sont la traduction concrète et opérationnelle des objectifs stratégiques et peuvent être directement traduits en une ou plusieurs actions permettant leur mise en œuvre.

Les objectifs de qualité et d'efficacité fixés dans le CPOM doivent être suffisamment opérationnels pour permettre une amélioration effective de la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes hébergées ou accueillies. Selon l'ANESM, pour être opérationnel, **un objectif doit être SMART¹⁸** et présenter les caractéristiques suivantes :

- **Spécifique** : l'objectif doit être simple, clair, précis et compréhensible par tous ;
- **Mesurable** : l'objectif doit être mesurable, il doit pouvoir être quantifié ou qualifié ;
- **Acceptable** : il doit s'agir d'un objectif ambitieux mais aussi atteignable afin d'être accepté par toutes les parties prenantes ;
- **Réaliste** : il est réalisable et peut s'accomplir avec les moyens dont on dispose ;
- **Temporellement défini** : il est délimité dans le temps avec une date de début et de fin.

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

18 - S.M.A.R.T. est un moyen mnémotechnique pour se souvenir des propriétés d'un objectif.

Selon le guide de l'ANAP et dans un souci de s'assurer de la faisabilité des objectifs, il convient de les **définir de manière opérationnelle** sous forme de **fiches actions**¹⁶ qui précisent, pour chacun d'entre eux :

- les actions à réaliser ;
- les acteurs à mobiliser ;
- les moyens humains, matériels et financiers nécessaires ;
- le calendrier de mise en œuvre ;
- les modalités de suivi et d'évaluation du résultat de l'action.

Afin de pouvoir organiser et planifier l'ensemble des actions à entreprendre, **un plan d'actions** devra être établi et permettra d'avoir une vision globale de la charge de travail à venir.

Suivant l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM et l'instruction du 21 mars 2017 relative à sa mise en œuvre, les objectifs doivent être synthétisés dans le corps du contrat, à l'article 3 « *Objectifs fixés dans le cadre du CPOM sur la base du diagnostic partagé* », puis détaillés dans une annexe au contrat et **assortis d'indicateurs de suivi** pour en mesurer l'évolution. Afin de suivre la réalisation des objectifs, cette annexe devra être actualisée et transmise annuellement aux autorités de tarification en mentionnant pour chacun des objectifs fixés :

- la définition et les modalités de calcul des indicateurs de suivi retenus ;
- la valeur initiale et la valeur cible de l'indicateur retenu ;
- le niveau de réalisation de l'objectif, retracé par l'indicateur comparé à la cible.





POUR EN SAVOIR +

Le choix d'un nombre restreint d'indicateurs

Les indicateurs sont des outils de mesure et de pilotage qui permettent d'objectiver l'atteinte ou non d'un objectif.

Selon l'avis du conseil scientifique de l'ANESM du 12 mars 2015, pour être utiles et aider à la prise de décisions, les indicateurs doivent remplir les conditions suivantes :

- *Simplicité et acceptabilité* : les indicateurs doivent être faciles à établir et à calculer ;
- *Validité et pertinence* : ils permettent d'apprécier l'évolution de la réalisation de l'objectif ;
- *Fiabilité* : ils permettent d'effectuer une mesure précise et reproductible ;
- *Sensibilité et spécificité* : ils varient en fonction du phénomène étudié.

L'ANAP, quant à elle, considère qu'un indicateur doit répondre à trois critères :

- *Pertinence* : l'indicateur doit pouvoir répondre à l'objectif auquel il est associé ;
- *Robustesse* : l'indicateur doit être fiable et précis. Il est précisément défini, ainsi que ses modalités de calcul et ses clés de lecture ;
- *Productibilité* : les données pour le calculer sont disponibles.

L'article 3 du modèle de CPOM annexé à l'arrêté du 3 mars 2017 précise qu'il « convient de **limiter le nombre d'indicateurs** à suivre et de **s'appuyer sur les indicateurs existants**, comme ceux du **tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux (qui seront généralisés à compter de 2018)**, les indicateurs produits par l'**ANESM** dans le cadre de son enquête bienveillance et tout indicateur construit localement ».

Il est à noter que l'ANAP a publié début 2017 un guide¹⁹ des indicateurs du tableau de bord de la performance (indicateurs de dialogue et indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne), avec des fiches indicateurs qui précisent notamment leur signification, leur mode de calcul, les données à recueillir, leur interprétation.

Fixation des moyens

Le CPOM prévoit **les moyens dont dispose le gestionnaire** pendant la durée du contrat. Les parties signataires s'accordent, notamment, sur :

- les dotations financières et leurs modalités d'évolution sur la durée du contrat ;
- les modalités d'affectation des résultats ;
- les frais de siège.

La réalisation d'un diagnostic financier très précis s'avère indispensable afin de déterminer,

le cas échéant, les postes sous ou sur dotés en N-1, puis le montant du budget de référence de la première année du CPOM (souvent appelé budget base 0).

Comme évoqué précédemment, il est à noter que la réforme de la contractualisation s'accompagne d'une réforme de la tarification, qui tend à rendre forfaitaire l'allocation de ressources. Celle-ci est toujours en cours de réflexion pour les ESSMS-PH ; elle est mise en œuvre début 2017 pour les EHPAD avec l'application d'une équation tarifaire.

1.2.4 Rédaction et signature du contrat

Le CPOM doit être rédigé dans le respect du cahier des charges et du modèle de contrat-type annexés à l'arrêté du 3 mars 2017 ; ce dernier pouvant, toutefois, être adapté pour tenir compte des spécificités des territoires d'implantation des établissements et services. En plus des clauses relatives aux objectifs fixés sur la base du diagnostic partagé et aux moyens alloués à la réalisation du CPOM, il convient d'arrêter et de formaliser les autres engagements contractuels. En particulier, les parties doivent s'accorder et formaliser **les modalités de suivi et d'évaluation du CPOM**, mais aussi, les conditions de révision du contrat.

Le CPOM est signé par les personnes habilitées à représenter les parties au contrat. Préalablement à sa signature, qui engage les parties sur l'ensemble du document, annexes comprises, il convient de prévoir **les consultations appropriées pour avis et approbation**, notamment, celle du conseil d'administration, mais aussi du conseil de la vie sociale ainsi que des instances représentatives du personnel. Postérieurement à la signature du contrat, toutes **les communications nécessaires** à son appropriation et à sa mise en œuvre par les différents acteurs concernés devront être faites.



Il est à noter qu'à partir de 2018, **l'outil eCars**, porté par le Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales, devrait être déployé au sein des ARS afin de « **dématérialiser et automatiser** les processus d'élaboration, de signature, de suivi et d'évaluation des contrats (...) afin

d'assurer le suivi de l'ensemble des CPOM grâce à des indicateurs (interfaçage avec le tableau de bord de la performance), de disposer de données régionales et nationales, tant quantitatives que qualitatives relatives à la contractualisation, (...) »²⁰.



POUR EN SAVOIR +

L'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM, incluant un modèle de contrat-type

Le modèle du CPOM comprend :

- un socle contractuel commun à l'ensemble de l'activité de l'OG ;
- des annexes opposables, dont certaines sont facultatives selon les caractéristiques des ESSMS.

Le socle commun du CPOM

TITRE 1 : L'objet du contrat

Article 1 – Identification du gestionnaire et périmètre du contrat

Article 2 – Articulation avec les autres CPOM signés

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

Article 4 – Moyens dédiés à la réalisation du CPOM

TITRE 2 : La mise en œuvre du contrat

Article 5 – Suivi et évaluation du contrat

Article 6 – Traitement des litiges

Article 7 – Révision du contrat

Article 8 – Révision du terme des CTP préexistantes au CPOM.

Article 9 – Date d'entrée en vigueur du CPOM et durée du CPOM

Les objectifs sont synthétisés dans le corps du contrat et détaillés en annexe

Les annexes du CPOM

Annexes obligatoires

Synthèse du diagnostic partagé
Réponse des ESSMS du CPOM aux besoins territoriaux

Annexe évolutive détaillant les objectifs fixés assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution

Plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Le cas échéant

Habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

Abrégé du dernier rapport d'évaluation externe

Arrêté fixant les frais de siège

Éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques

2.

LES CPOM VUS PAR LES DIFFÉRENTS ACTEURS



2.1 Méthodologie et présentation de l'échantillon

2.1.1 Méthodologie de l'étude

Cette étude de terrain, relative à la mise en place des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur social et médico-social, a été menée par KPMG auprès de clients et non-clients du cabinet.

Des questionnaires électroniques ont été envoyés le 1^{er} mars 2017 à des directeurs d'organismes gestionnaires (OG) et d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), qui avaient jusqu'au 17 mars 2017 pour y répondre.

Pour la plupart, les questions étaient fermées, quelques-unes restant cependant ouvertes pour approfondir qualitativement certains sujets. Parfois, plusieurs réponses étaient possibles, entraînant des sommes de pourcentages supérieures à 100 %.

Cette enquête en ligne donne ainsi la parole aux directeurs et cadres dirigeants d'organismes gestionnaires et d'établissements et/ou services. Qu'ils en gèrent un ou plusieurs, leur réponse

compte pour une déclaration. La présentation des résultats ci-après est donc faite par directeur ou cadre dirigeant mais, dans un souci d'en faciliter la lecture, les commentaires des résultats font référence au terme organisme gestionnaire (OG).

Conformément à la pratique d'analyse des réponses issues d'une enquête, les résultats présentés ci-après ont été retraités des réponses « je ne sais pas » (NSP).

Par ailleurs, les résultats de cette enquête en ligne ont été complétés :

- d'une part, par une analyse issue **des retours d'expérience des professionnels KPMG ayant eu à traiter des CPOM** ;
- d'autre part, par **des entretiens**, menés par des professionnels KPMG, **auprès d'organismes gestionnaires déjà signataires de CPOM, d'autorités de tarification et de contrôle et de fédérations professionnelles.**

2.1.2 Le profil des répondants à l'enquête

355 répondants, dont près de 95% relèvent d'un profil de directeurs ou cadres dirigeants d'OG ou d'ESSMS.

Sur les 355 répondants :

- 143 (40%) travaillent à la fois au niveau d'organismes gestionnaires et d'établissement(s) ou service(s) ;
- 138 (39%) au niveau d'établissement(s) et/ou service(s) ;
- 74 (21%) au niveau d'organismes gestionnaires.

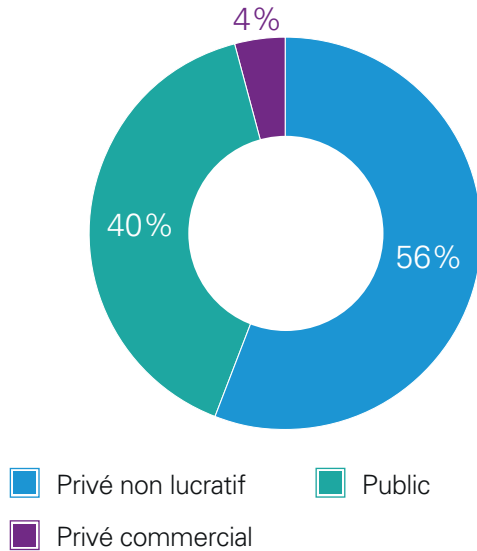
Globalement, cet éventail de répondants permet d'obtenir une assez bonne vision de la manière dont les CPOM sont appréhendés à tous les niveaux de l'organisation des ESSMS « en vie réelle ».

270, soit **plus des ¾ des répondants sont des référents CPOM** au niveau de leur organisme gestionnaire, gage d'une visibilité d'ensemble de la démarche CPOM.

2.1.3 Les caractéristiques des organismes gestionnaires représentés

Si tous les statuts juridiques sont représentés (public, privé non lucratif et privé commercial) dans l'enquête en ligne, l'attention du lecteur est attirée sur le fait que l'échantillon n'est pas représentatif sur ce critère juridique, le secteur privé commercial étant sous-représenté.

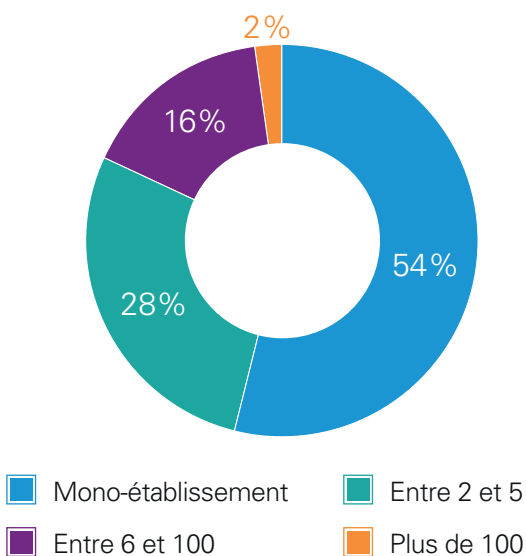
Quel est le statut juridique de votre OG ?



Sur les 355 répondants, 56% relèvent du **secteur privé non lucratif**, 40% du **secteur public** et 4% du secteur privé commercial

Base répondants : 355

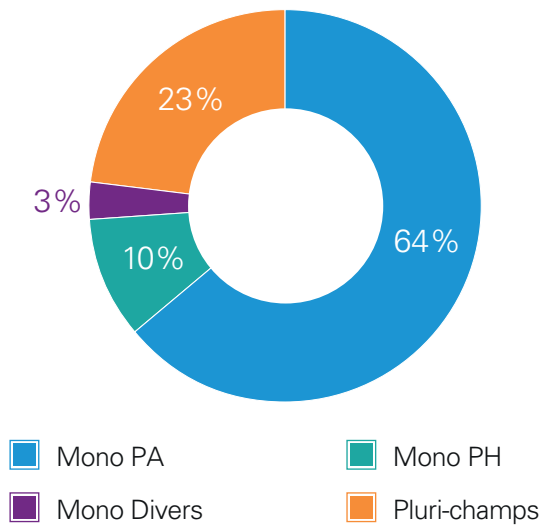
Combien d'établissements et services sont gérés par votre OG ?



Plus de la moitié des OG représentés (54%) sont des « mono-établissements » et ne gèrent qu'un seul établissement ou service, 28% des OG en gèrent entre 2 et 5, 16% entre 6 et 100 et seulement 2% des OG gèrent plus de 100 établissements ou services.

Base répondants : 355

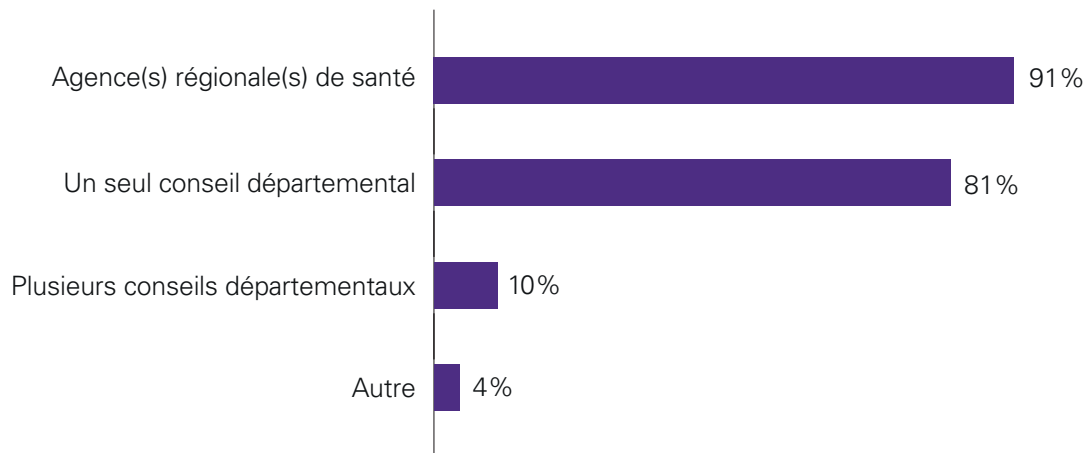
Dans quel(s) champ(s) intervient votre OG ?



77%, soit plus des $\frac{3}{4}$ des OG représentés n'interviennent que sur un secteur d'activité («mono-champ»). Qu'ils interviennent sur un seul champ ou sur plusieurs, il est à noter une très forte présence d'OG intervenant **sur le champ des personnes âgées** (PA : 85%), puis le **champ des personnes en situation de handicap** (PH : 31%). Les autres champs tels que l'inclusion sociale (5%) et la protection de l'enfance (5%) sont moins représentés.

Base répondants : 355

De quelle(s) autorité(s) de tarification relèvent les établissements ou services de votre OG ?



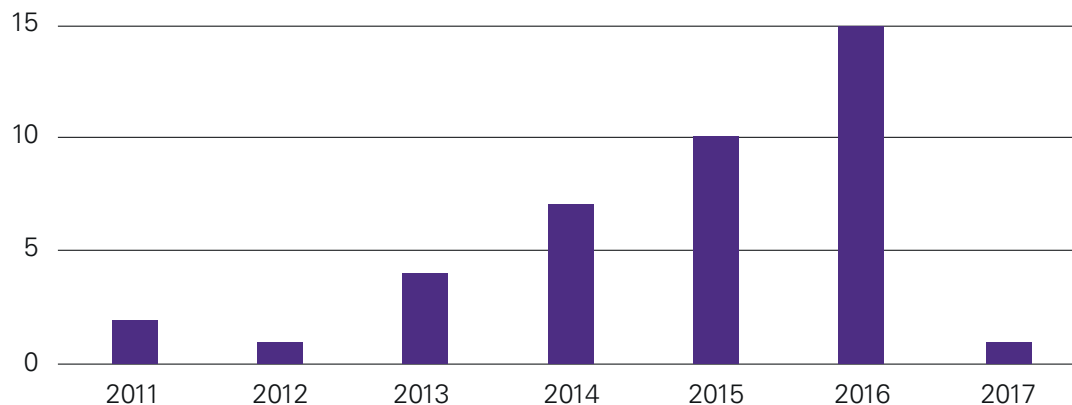
Base répondants : 355

Les établissements et services, des organismes gestionnaires ayant répondu à l'enquête, relèvent principalement, pour tout ou partie, de la compétence de l'ARS (à 91%) et/ou d'un seul conseil départemental (à 81%). Les OG représentés ont rarement des établissements ou services qui dépendent de la compétence de plusieurs conseils départementaux (10%) ou d'autres autorités de tarification (4%).

2.1.4 Les caractéristiques des CPOM analysés

Parallèlement à l'enquête en ligne, KPMG a procédé à **une analyse empirique de 40 CPOM** dont les dates de signature se situent entre 2011 et 2017. Ce travail permet de dessiner une grille de lecture d'autant plus instructive qu'elle s'inscrit dans une période se situant entre le contrat « nouvelle génération », promu depuis 2012, et le CPOM « rénové » dont les textes de 2016 et 2017 fixent le cahier des charges et définissent un modèle de contrat-type dans une perspective de généralisation et d'obligation, puis d'unification du CPOM.

Date de signature des CPOM



Base contrats analysés : 40

Les contrats analysés sont majoritairement signés à compter de 2013 :

- 3 CPOM signés avant 2013 ;
- 37 CPOM signés à partir de 2013 (dont 10 en 2015 et 15 en 2016).

La majorité des contrats analysés par KPMG concerne **le secteur des personnes handicapées (PH)** ; cinq contrats concernent celui des personnes âgées (PA) en totalité (mono-champ) ou partiellement (pluri-champs). Tous ces contrats sont portés exclusivement par des organismes privés à but non lucratif.

La plupart des contrats analysés sont bipartites et signés par une seule autorité de tarification (25 CPOM avec l'ARS et 8 CPOM avec un CD) ; seuls 7 contrats sont tripartites et signés conjointement par deux financeurs (5 CPOM ARS/CD, 1 CPOM ARS avec la direction des services départementaux de l'Éducation nationale et 1 CPOM ARS avec la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale).

2.2 Les grands traits de la démarche CPOM dans l'enquête

Bien que, depuis 2002, les pouvoirs publics n'aient eu de cesse que de promouvoir le CPOM comme outil de contractualisation dans le secteur médico-social, celui-ci n'a pas connu le développement escompté et a conduit le législateur à le rendre obligatoire. Ainsi, comme nous l'avons vu dans la première partie, les lois de fin décembre 2015 relatives à l'adaptation de la société au vieillissement et au financement de la sécurité sociale pour 2016, rendent obligatoire la signature d'un CPOM, à compter de 2017, dans le secteur des personnes âgées, et dès 2016, dans le secteur des personnes handicapées, sur une période s'étalant jusque fin 2021, selon une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du CD.

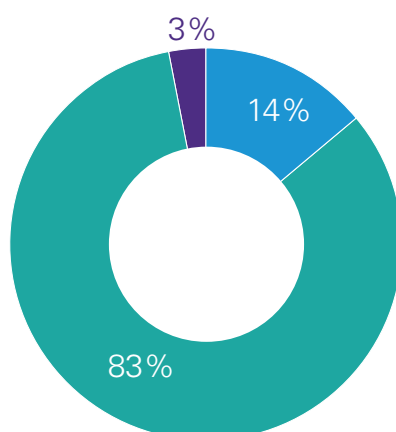
Parmi les 355 répondants à l'enquête en mars 2017, **seuls 49 représentent un organisme gestionnaire ayant déjà signé un CPOM (14%)**, chiffre qui n'a rien d'étonnant compte tenu de la nouveauté, aussi bien, des dispositions législatives contraignantes qui datent de fin 2015, que des dispositions réglementaires visant à la généralisation du CPOM telles que le dernier arrêté avec un modèle de contrat-type qui date seulement du 3 mars 2017.

Cette proportion correspond à celle observée par l'ANAP dans son étude qui indique que seuls 16% des ESMS étaient sous CPOM au 31 décembre 2014²¹, attestant du faible développement des CPOM dans le cadre d'une démarche volontaire.

Par contre, 294 répondants, soit 83%, représentent un OG envisageant de signer un CPOM au cours des cinq prochaines années, ce qui traduit bien le passage d'une démarche proposée à une obligation légale progressive dont la date butoir est le 31 décembre 2021.

Il est à noter que **seulement 12 répondants, soit 3%**, ont répondu que **leur OG n'envisageait pas de signer un CPOM dans les cinq années** à venir.

Niveau d'engagement des OG dans la démarche CPOM



- OG ayant déjà signé un CPOM
- OG envisageant de signer un CPOM, dans les 5 ans
- OG n'envisageant pas de signer un CPOM, dans les 5 ans

Base répondants : 355

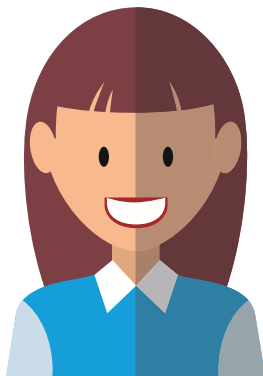
En entrant dans le détail des 294 répondants dont l'organisme gestionnaire envisage de signer un CPOM dans les cinq ans, nous relevons que :

- 40 OG sont déjà engagés dans le processus de contractualisation (14%), dont près des $\frac{3}{4}$ se situent au tout début de la mise en place de la démarche ;
- 135 envisagent de se lancer dans la démarche CPOM dans moins d'un an (46%) ;
- les autres dans un délai plus long, dans les deux ans pour 50 OG (17%) et pas avant deux ans pour 69 OG (23%).

Ces chiffres témoignent de l'inéluctabilité de ce nouveau dispositif de contractualisation, de sa planification et de la **nécessité de l'anticiper et de s'y préparer dans les meilleurs délais.**

Même si le principe de la contractualisation entre établissements et pouvoirs publics est déjà ancien en France, la généralisation des CPOM constitue une étape nouvelle, qui fait du CPOM le cadre juridique de droit commun de la contractualisation dans le secteur médico-social, avec des objectifs et des indicateurs de plus en plus précis et normés, même si une certaine liberté demeure encore dans leur fixation, en fonction notamment des particularités régionales et/ou des organismes gestionnaires.

Face à ce changement et au contexte tant évolutif que de rupture qu'il peut impliquer, investiguer sur le contexte de signature et le périmètre des CPOM déjà signés, ainsi que les raisons pour lesquelles certains organismes gestionnaires n'envisagent pas de signer un CPOM, constituait un premier regard quant à l'acceptation de ce nouveau dispositif.



Champ d'intervention des organismes gestionnaires ayant déjà signé un CPOM

Il est à noter que sur les 49 organismes gestionnaires ayant déjà signé un CPOM :

- 41 % des OG sont mono-champ personnes handicapées ;
- 37% des OG sont pluri-champs ;
- 16% des OG interviennent uniquement sur le champ des personnes âgées ;
- 6% des OG interviennent sur un seul champ autre que personnes âgées et handicapées.

Cette répartition témoigne de l'avance prise par le secteur des personnes handicapées en matière de CPOM sur celui des personnes âgées, non seulement du fait de l'attribution de crédits spécifiques d'appui à la démarche pour ce secteur, mais aussi, de la coexistence de l'obligation de signer une convention tripartite pour les EHPAD qui a constitué une alternative pour ces derniers.

Date de signature du premier CPOM par l'organisme gestionnaire

Concernant la date de signature du premier CPOM par le gestionnaire, il ressort que :

- 54% des OG, ont signé leur premier CPOM entre 2010 et 2015 ;

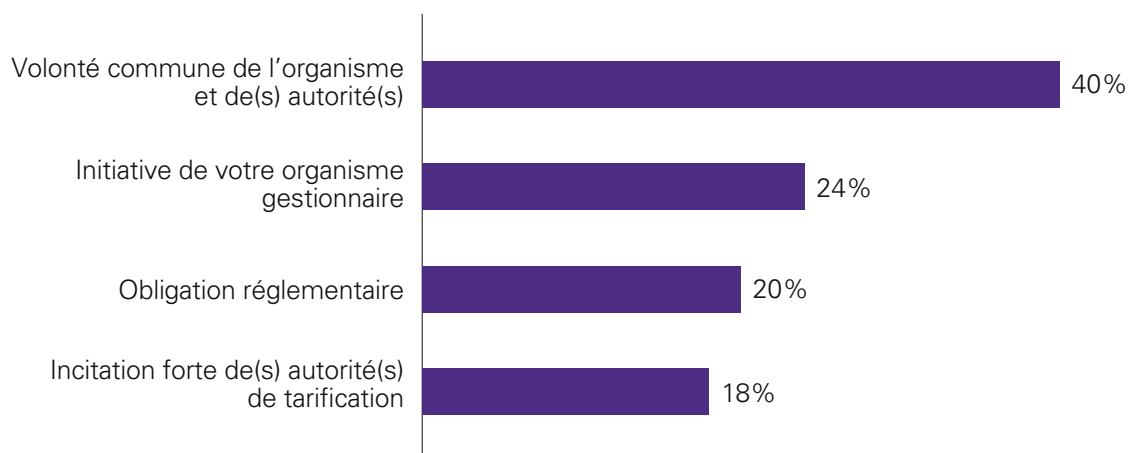
- 29% des OG indiquent l'avoir fait avant 2010 ;
- 17% des OG n'ont signé leur premier CPOM que très récemment en 2016 ou 2017.

Contexte de signature du premier CPOM

Plus de la moitié des répondants ont signé leur premier CPOM entre 2010 et 2015. La signature de ce premier CPOM s'explique principalement par **la volonté de l'organisme gestionnaire d'entrer dans cette démarche de contractualisation**. En effet, l'analyse des raisons invoquées pour la signature du premier CPOM montre qu'il s'agit essentiellement,

à 40%, d'une volonté commune de l'organisme gestionnaire et de(s) autorité(s) de tarification, et à 24%, d'une volonté propre de l'organisme gestionnaire. Seulement 20% des organismes gestionnaires indiquent qu'ils répondaient ainsi à une obligation réglementaire et 18% qu'ils avaient signé en raison d'une incitation forte des autorités de tarification et de contrôle.

Dans quel contexte, votre OG a-t-il signé son/ses premier(s) CPOM ?



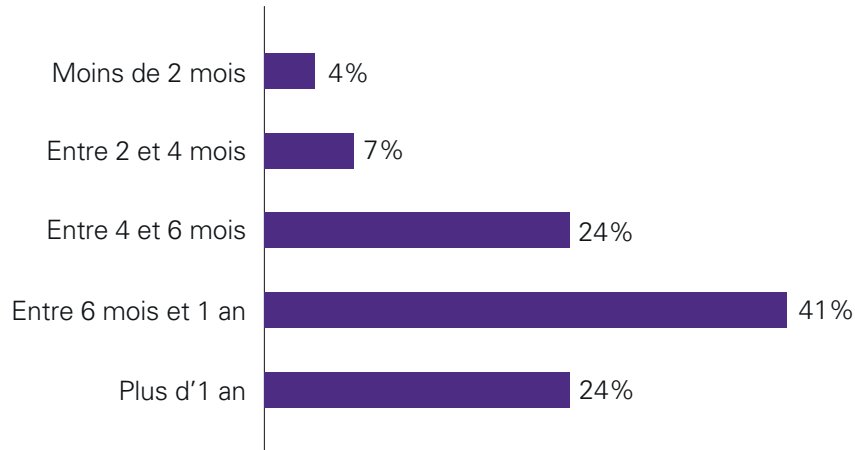
Base répondants : 45 (NSP : 8%) ; Plusieurs réponses possibles, d'où un total des % supérieur à 100%

Durée de réalisation du projet CPOM

Pour les trois-quarts des organismes gestionnaires ayant déjà signé un CPOM, la durée de contractualisation (entre le lancement du projet et la signature du CPOM) est d'un an au plus.

La durée des nouveaux projets CPOM ne devrait pas dépasser un an, étant donné que les textes législatifs ou réglementaires sont parus, de même que les différents guides et outils méthodologiques (ANESM, ANAP, et autres outils mis à disposition par les ARS...), ce qui n'était pas le cas lors des projets antérieurs.

Quelle a été la durée du projet CPOM (entre le lancement du projet et la signature du CPOM) ?



Base répondants : 46 (NSP : 6%)

Périmètre des CPOM de l'enquête

Sur les 49 organismes gestionnaires ayant répondu avoir déjà signé un CPOM, 7 sont mono-établissements et 42 sont pluri-établissements. Dans ce dernier cas, 69% des gestionnaires ont leurs établissements ou services qui se situent dans un même département ou métropole, 19% dans plusieurs départements au sein de la même région et seulement 12% dans plusieurs régions. Pourtant, le **CPOM signé n'a intégré l'ensemble des établissements et services qu'une fois sur quatre (28%)**.

Dans 96% des cas où l'OG n'a pas signé un CPOM commun à tous ses ESSMS, les gestionnaires indiquent que cela est dû à des raisons inhérentes aux autorités de tarification, raisons qui n'ont pas été plus précisées.

Les CPOM signés par les gestionnaires pluri-établissements sont majoritairement mutli-établissements, pluri-champs, interdépartementaux, tri ou multipartites. Toutefois, **des CPOM mono-établissements sont signés par des OG pluri-établissements**, ce qui pourrait traduire la volonté d'isoler certains types d'ESSMS ou de segmenter par champ, par public ou par zone géographique, mais aussi, les difficultés de mise en œuvre d'un CPOM inter-départements.

Partenaires associés à la démarche de contractualisation

S'agissant des autres partenaires qui ont pu être associés à la démarche de contractualisation, aux côtés des principaux signataires que sont l'ARS et le CD, on constate que la majorité des organismes gestionnaires (51%) n'ont associé aucun autre acteur, compte tenu peut-être de la difficulté à réunir plusieurs acteurs autour d'un projet quelque peu structurant.

Pour les organismes gestionnaires ayant associé d'autres parties prenantes, les acteurs suivants sont cités dans des proportions équivalentes : les collectivités territoriales (autres que les CD), les associations d'usagers, la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), des établissements de santé, des OG et/ou ESSMS tiers, l'Éducation nationale ou encore le Conseil régional.



« Nos partenaires étaient des partenaires de longue date. Nous avons l'habitude, depuis plusieurs années, d'avoir des rencontres assez larges auxquelles étaient invitées notamment la MDPH, les associations d'usager, l'URIOPSS, les Fédérations. Nous étions dans la suite logique de ce qui se faisait préalablement au CPOM. »

Laëtitia Pilloy, Directrice générale, ADAPA de Meurthe et Moselle

« Lors de notre 1^{er} CPOM, nous n'avions pas inscrit d'objectif sur les partenariats, bien que nous étions conscients de l'enjeu d'en développer, car nous étions dans l'incertitude des partenariats que nous pourrions nouer. »

Benoît Michaud, Directeur général adjoint, Union Territoriale Mutualiste Lorraine (U.T.M.L)

« L'intervention de l'ARS est déterminante pour l'implication des partenaires institutionnels, tels que l'Éducation nationale ou le Conseil départemental. »

Philippe Mortel, Directeur général adjoint, Fondation OVE

Accompagnement de l'OG par un conseil extérieur dans sa démarche de contractualisation

Il ressort de l'enquête que peu des organismes gestionnaires ayant déjà signé un CPOM ont été accompagnés dans leur démarche de contractualisation, seuls 13% d'entre eux ayant eu recours à un conseil extérieur (principalement fédération ou syndicat, expert-comptable et cabinet de conseil).

Ce chiffre s'explique en partie par le fait que les organismes s'étant engagés sur une base volontaire sont principalement des gestionnaires suffisamment structurés et ayant travaillé en relations étroites avec l'ARS et/ou le CD.

Toutefois, il est à noter que pour les gestionnaires s'étant fait accompagner, cette aide extérieure a été très appréciée et profitable, tous les organismes gestionnaires s'estimant pleinement satisfaits par cet accompagnement (même si la base de répondants est faible).



« Sur le champ qualitatif, un œil externe permettant une rédaction «SMART» des objectifs, adaptée aux attentes de l'ARS, me semble pertinent. »

Benoît Michaud, Directeur général adjoint, Union Territoriale Mutualiste Lorraine (U.T.M.L)



2.3 Attentes et craintes suscitées par le CPOM

2.3.1 Principales attentes

Sur les 294 organismes gestionnaires envisageant de signer un CPOM au cours des cinq prochaines années, les trois-quarts reconnaissent avoir l'obligation d'en signer un pour tous leurs établissements et services, 19% pour certains de leurs établissements ou services et seulement 5% indiquent n'avoir aucune obligation pour aucun établissement ou service, corroborant ainsi le constat fait plus haut de l'inéluctabilité certaine du processus.

Les organismes gestionnaires envisageant de signer un CPOM expriment des attentes importantes vis-à-vis de ce type de contrat, principalement en termes de **visibilité en matière stratégique et financière**. Ainsi, la définition des stratégies à moyen terme conjointement avec les autorités de tarification et le fait de donner une visibilité plus long-terme sur le niveau ou l'évolution des dotations et financements complémentaires sont des préoccupations identifiées respectivement à 69% et 62%.

On peut considérer qu'il s'agit d'une aspiration commune à toute entité, quel que soit le secteur d'activité, bien que les gestionnaires d'ESSMS, étant, en outre, soumis à des autorités tarifaires, se révèlent probablement un peu plus sensibles à ces deux critères. Ces attentes sont en phase avec les apports du CPOM prévus dans la circulaire du 21 mars 2017 « (...) en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des structures. Le CPOM constitue un véritable outil de gestion budgétaire au service de la stratégie d'un gestionnaire ».

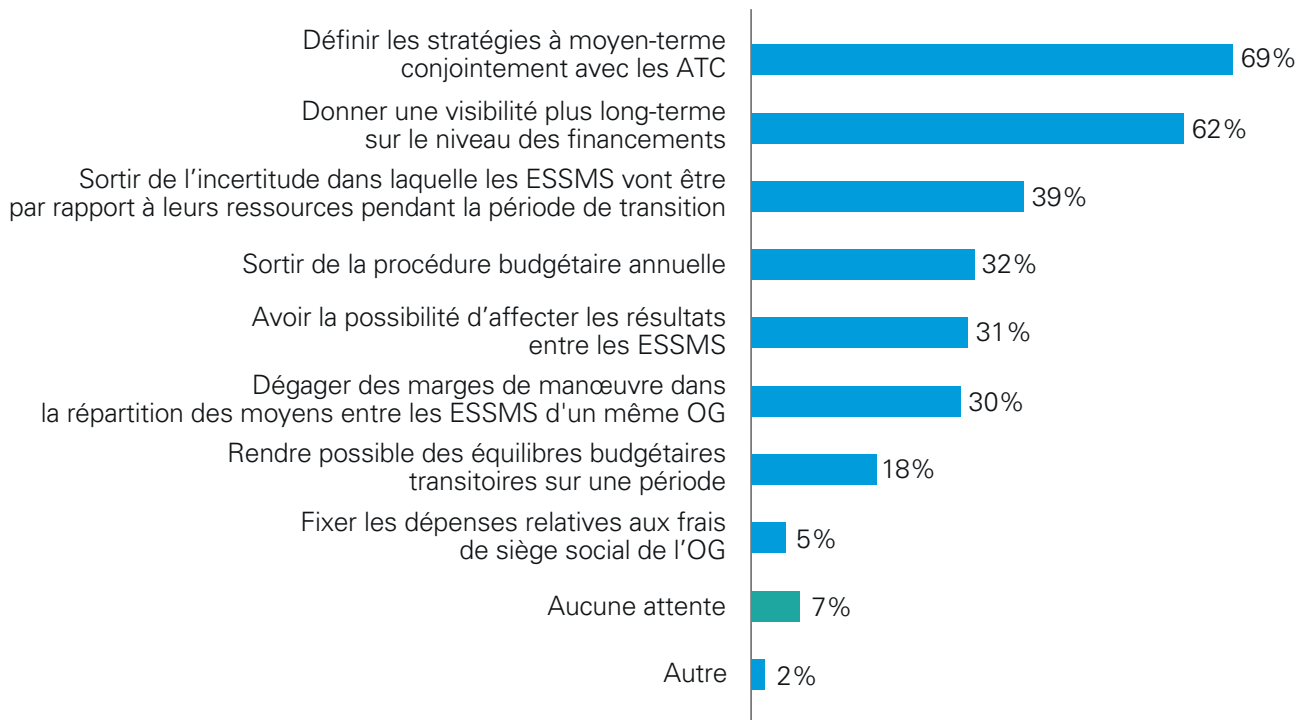
Parmi les autres attentes, viennent successivement, avec des pourcentages quasiment identiques, des éléments relevant de la réassurance budgétaire dans un contexte de compression des financements publics et de réformes de la tarification des ESSMS, source d'incertitudes :

- sortir de l'incertitude dans laquelle les établissements et services vont être par rapport à leurs ressources pendant la période de transition qui s'ouvre (39%) ;
- sortir de la procédure budgétaire annuelle (32%) ;
- avoir la possibilité d'affecter les résultats entre les établissements ou services (31%) ;
- enfin, dégager des marges de manœuvre dans la répartition des moyens entre les établissements et services d'un même gestionnaire (30%).

Il est à noter que la possibilité d'avoir des déséquilibres budgétaires transitoires n'apparaît pas comme une attente prioritaire (18%), s'agissant plus d'une possibilité offerte par la mise en place de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) que par le CPOM lui-même ; ni celle de fixer les dépenses relatives aux frais de siège social de l'organisme gestionnaire (5%), alors même que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit que la demande des frais de siège de l'OG se fasse dans le cadre de la négociation du CPOM lorsque leurs périmètres respectifs coïncident²².

Quelles sont vos principales attentes au regard de la mise en place du CPOM ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



Base répondants : 294

2.3.2 Étapes suscitant le plus de difficultés

Bien évidemment, l'entrée dans une démarche nouvelle, si elle suscite des attentes, n'en provoque pas moins des craintes, fondées ou non, et les gestionnaires qui ont déjà signé un CPOM ou ceux qui l'envisagent ne font pas exception à la règle.

La phase de négociation des objectifs et des modalités financières associées constitue de loin l'étape qui pose, ou qui semble poser le plus de difficultés lors de la mise en place d'un CPOM, avec un score de citation atteignant 71%, largement devant les phases de réalisation et de partage du diagnostic (39%), de mise en place de la démarche (35%), de mise en œuvre et de suivi du CPOM (30%) ou encore de rédaction et de signature du contrat (22%). Il est à noter que pour 10% des OG, aucune étape n'a posé ou ne semble poser de problème.

Quand on entre dans le détail des réponses apportées par les gestionnaires déjà signataires et les futurs signataires, des disparités peuvent être pointées en termes d'appréhension et de perception des difficultés.

Globalement, on constate que **les difficultés rencontrées** par les organismes ayant déjà signé un CPOM **s'avèrent moins importantes**

que celles qui sont appréhendées par ceux s'apprêtant à contractualiser via un CPOM. Les OG ne réagissent pas de la même façon en fonction de la phase dans laquelle ils se trouvent (préparation ou mise en œuvre).

Ainsi la négociation des objectifs et des modalités associées n'a-t-elle posé de difficultés qu'à 45% des OG ayant signé, alors que 75% de ceux qui envisagent de conclure un CPOM craignent que cette étape ne soit compliquée.

Il en est de même concernant la réalisation et le partage du diagnostic, n'ayant posé de problèmes qu'à 20% des signataires, contre 42% des postulants au contrat qui redoutent des difficultés sur cette étape.

En revanche, les OG ayant déjà signé un CPOM appréhendent plus de difficultés concernant la mise en œuvre et le suivi du CPOM (33%) (phase dans laquelle ils se trouvent actuellement) que ceux qui n'ont pas encore acté (29%), signe que cette étape doit être mieux anticipée et prise en compte lors des étapes précédentes, notamment dans la définition des objectifs du CPOM qui vont devoir être mis en œuvre, et des indicateurs associés qui vont permettre de juger de la réalisation de ces derniers.

Quelles sont les étapes de la mise en place du CPOM qui vous ont posé / qui vous semblent poser le plus de difficultés ?

(3 réponses maximum : s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)

	Tous OG	OG ayant signé un ou plusieurs CPOM	OG qui envisagent de signer
Base répondants	343	49	294
Mise en place de la démarche	35%	16%	38%
Réalisation et partage du diagnostic	39%	20%	42%
Négociation des objectifs et des modalités associées	71%	45%	75%
Rédaction et signature du contrat	22%	12%	24%
Mise en œuvre et suivi du CPOM	30%	33%	29%
Aucune étape n'a posé/ne semble poser de difficultés	10%	27%	7%

2.3.3 Raisons de non signature

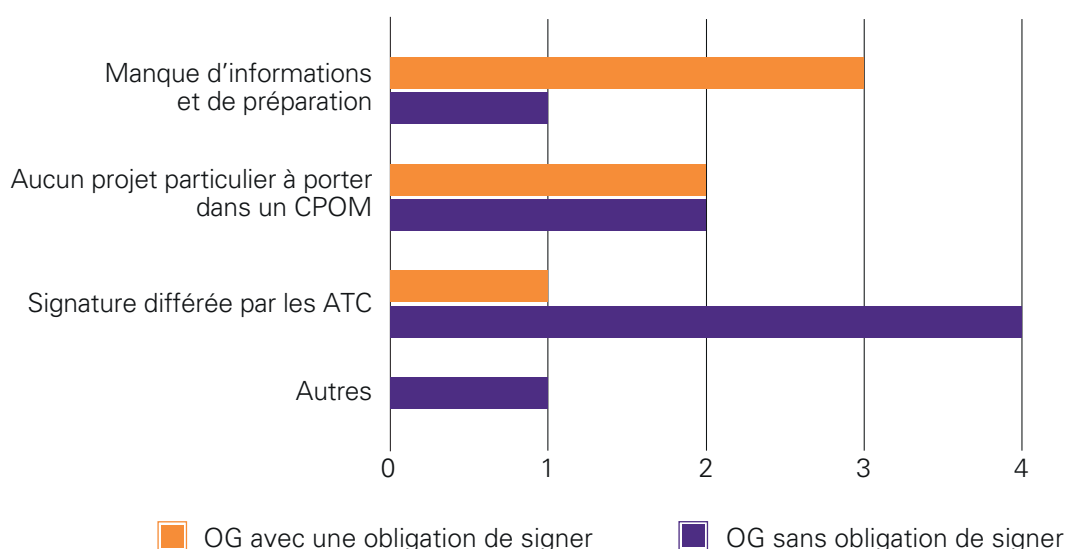
L'étude a mis en évidence que, parmi l'ensemble des organismes répondants, seuls 3% d'entre eux (12 OG) n'envisagent pas de signer un CPOM dans les cinq années à venir, bien qu'un tiers d'entre eux déclarent avoir une obligation d'en signer un d'ici le 31 décembre 2021, date butoir fixée par la loi.

Les principales raisons invoquées par ceux qui sont normalement tenus de signer un CPOM sont le **manque d'informations et de formation** ainsi que **l'absence de projet à porter**. Le premier argument sera difficile à tenir à l'avenir au vu des nombreux textes réglementaires et guides et outils publiés depuis début 2017.

Il est à noter que l'absence de sanction financière, pour les ESSMS intervenant dans le champ des personnes handicapées, n'a pas été une raison de non signature.

En revanche, certaines autorités de tarification et de contrôle ont différé à plus de cinq ans la signature pour les organismes n'ayant pas d'obligation de contractualisation, indiquent les OG répondant.

Pourquoi votre OG n'envisage-t-il pas de signer un CPOM dans les cinq prochaines années ?



Base répondants : 12 ; Plusieurs réponses possibles, donc avec un total des réponses supérieur à la base des répondants.

2.4 Difficultés et facteurs clés de succès, en fonction des étapes de contractualisation

La mise en œuvre d'un CPOM se déroule communément en quatre grandes étapes :

- la mise en place de la démarche ;
- la réalisation et le partage du diagnostic avec les autorités de tarification ;
- la négociation des objectifs et des modalités associées ;
- la mise en œuvre et le suivi du CPOM.

La démarche de contractualisation suppose la mise en place d'une méthode de gestion de projet, en fonction de la programmation de la signature du CPOM arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du CD.

Cette partie vise à **mieux appréhender la réalité du terrain** et à **identifier les bonnes pratiques** en matière de contractualisation.

Les réponses aux questions relatives aux principales difficultés rencontrées ou appréhendées lors des différentes phases de la démarche sont présentées ci-après, distinctement selon que les OG ont déjà vécu ou non l'étape concernée. En effet, les réponses apportées dans les deux cas diffèrent sensiblement. Globalement, il se dégage de l'enquête que les difficultés appréhendées s'avèrent moins importantes dans la réalité.

2.4.1 Mise en place de la démarche

Cette première étape vise à structurer et à cadrer la démarche de contractualisation. Elle a pour finalité essentielle de définir la méthodologie

et le calendrier de négociation et de signature du CPOM, en lien avec l'ensemble des parties prenantes.

Principales difficultés lors du cadrage de la démarche

Il ressort de l'enquête que les OG qui envisagent de signer un CPOM dans les cinq ans mais qui ne se sont pas encore lancés dans la démarche, semblent éprouver un sentiment de subordination. En effet, ils jugent **être dans une position déséquilibrée par rapport aux autorités de tarification et de contrôle (ATC)**, lesquelles, ont déjà un CPOM « préparé » que l'OG devrait accepter (58%) et ont acquis de l'expérience avec la première voire la seconde génération de CPOM. Ce sentiment d'inégalité dans la relation contractuelle avec les ATC n'a été ressenti que faiblement par les OG ayant déjà signé un CPOM à fin février 2017 (14%). Ceci peut s'expliquer, d'une part, par le fait que la démarche étant volontaire jusqu'à récemment, elle était plus concertée entre les parties signataires et, d'autre part, par le fait que ce mode de contractualisation étant « nouveau » dans le secteur médico-social, il a été co-construit par les ATC et les OG précurseurs en la matière ; l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du CPOM et proposant un modèle

de contrat-type n'ayant été pris que le 3 mars 2017. De surcroît, les OG qui se sont engagés les premiers dans cette démarche étaient vraisemblablement parmi les plus importants en taille et en ressources et donc dotés d'un pouvoir de négociation plus important que, par exemple, des mono-établissements.

En outre, il est intéressant de souligner que dans son rapport remis au Parlement en janvier 2017, la DGCS indique : « *La relation entre les ARS, les organismes gestionnaires et, le cas échéant, les conseils départementaux sera par conséquent structurée par la contractualisation sur des objectifs d'activité, de qualité et de performance. Même si cette relation demeurera inégale car les ARS conserveront de légitimes prérogatives de puissance publique vis-à-vis des établissements qu'elles autorisent et financent, cela devrait néanmoins marquer une évolution dans la nature du dialogue de gestion entre les structures du champ médico-social et leurs autorités de tutelles.* »

Au regard des résultats de l'enquête, nous constatons que la principale difficulté rencontrée, lors du cadrage de la démarche, par les OG ayant déjà signé un CPOM ou ayant déjà initié leur démarche est **l'organisation des temps de rencontre et de négociation avec les ATC** (46%), résultant probablement d'un manque d'anticipation et d'un non-respect du calendrier de négociation, faute de moyens suffisants. Dès 2013, dans sa circulaire de juillet, la DGCS suggérait aux ATC de convenir d'une autorité « pivot » en charge de coordonner la négociation du CPOM avec l'OG afin d'en faciliter la préparation et le suivi. Dans son instruction de

mars 2017, celle-ci incite les ARS à formaliser, avec les CD, une procédure de négociation, de suivi et de renouvellement des CPOM (calendrier de signature, circuits de validation, circuits de signature des différents documents, etc.) afin de faciliter les échanges et la mise en œuvre des CPOM. Par ailleurs, certains outils devraient simplifier la mise en place d'un CPOM, en particulier, le système d'informations « eCars », dont le déploiement est prévu en 2018. Celui-ci devrait notamment permettre de favoriser les échanges dématérialisés entre les acteurs et d'automatiser une partie des processus de contractualisation.



« Pour des raisons inhérentes aux calendriers des uns et des autres, nous avons parfois été obligés d'accélérer le mouvement à des moments où nous aurions pu prendre plus de temps pour la réflexion. »

Philippe Mortel, Directeur général adjoint, Fondation OVE

« Nous faisons face à deux difficultés, un déficit méthodologique et un problème quantitatif.

Nous sommes actuellement en train de refondre notre boîte à outils CPOM, afin de pouvoir cadrer la démarche de contractualisation dès le démarrage. Celle-ci comprendra, entre autres, un outil de diagnostic, mais aussi une liste de proposition d'objectifs assortis d'indicateurs.

La deuxième difficulté tient au nombre d'EHPAD dans la région, qui s'élève à environ 950, dont à peu près 80% sont des mono-établissements. Ce qui fait à peu près 180 CPOM-PA à signer par an, pour respecter l'échéance du 31 décembre 2021. »

Marie-Hélène Lecenne, Directrice de l'autonomie, ARS Auvergne-Rhône-Alpes



Les OG, qu'ils soient déjà engagés ou non dans le processus CPOM, soulèvent comme difficulté **le manque de formation et de ressources en interne** pour sa mise en place. Si cette difficulté est citée à 31 % par les OG qui ont déjà signé ou initié leur démarche CPOM, elle l'est d'autant plus, à 40 %, par les OG qui envisagent de se lancer. Cette forte appréhension chez ces derniers s'explique sans doute par le fait qu'ils sont majoritairement plus « petits » en taille et disposent de moins de ressources humaines pour réaliser ce projet. L'accompagnement par des conseils externes, que ce soient des fédérations, experts-comptables ou consultants, peut être un moyen de pallier à cette insuffisance. De plus, il est à noter qu'outre son instruction du 21 mars 2017 qui détaille les modalités de mise en œuvre de la réforme de la contractualisation, la DGCS propose des sessions de formation à destination aussi bien des ARS, que des fédérations et des organismes gestionnaires. Enfin, l'ANAP a publié, en janvier 2017, un kit méthodologique relatif à la contractualisation qui comprend, non seulement, un guide méthodologique avec des préconisations sur la mise en place de la démarche, mais aussi des outils pratiques d'appui au lancement de la négociation du CPOM : check-list des points à aborder lors d'une réunion de lancement, cartographie des acteurs, cartographie des sources d'outils d'appui, procédure de comitologie, matrice RACI, rétroplanning, fiche rôle du référent CPOM.



« La majorité des demandes de nos adhérents ont porté, cette année, sur la réforme de la contractualisation et de la tarification des établissements et services médico-sociaux. Tous les EHPAD doivent passer à l'EPRD dès 2017, alors que la mise en place du CPOM est prévue sur une période progressive qui s'étale jusqu'en 2021.

Aussi, depuis un an, nous proposons à nos adhérents une formation de 2 jours sur la nouvelle procédure budgétaire liée à la mise en place de l'EPRD et les changements induits par la mise en place des CPOM en remplacement des conventions tripartites. Celle-ci est plus axée sur l'EPRD qui présente davantage de difficultés techniques. »

**Annabelle Vêques-Malnou,
Directrice, FNADEPA**

La difficulté tenant à **la définition du périmètre du CPOM** est appréhendée par 31% des OG envisageant de contractualiser alors qu'elle n'est ressentie, comme telle, que par 23% des OG ayant déjà signé un CPOM ou ayant déjà cadré leur démarche. La question ne se pose pas pour les gestionnaires d'EHPAD qui doivent regrouper sous un même CPOM tous leurs EHPAD sis dans un même département. En revanche, des réflexions doivent être engagées par les OG, en concertation avec les ATC, sur l'intégration dans le périmètre du CPOM, d'autres établissements ou services visant à faire un CPOM interchamps (exemple : PA/PH), intercatégories (exemple : IME/ESAT), pluriactivités (exemple : EHPAD/SSIAD/HAD), interdépartemental, voire interrégional et donc, dans certains cas, plurifinanceurs. Ces réflexions doivent être conduites en fonction des souplesses que permettent de tels CPOM (marges de manœuvre dans la répartition des moyens et plus grande liberté dans l'affectation des résultats entre ESSMS, sous certaines conditions), mais aussi des contraintes qu'ils engendrent (maintien de l'obligation de signer des CPOM distincts sanitaire et médico-social, complexité dans les relations contractuelles associant plusieurs financeurs, en particulier, concernant les modalités d'attribution et de suivi des crédits).

En sus, il est intéressant de signaler que parmi les gestionnaires ayant déjà signé un CPOM ou initié leur démarche, 7 (soit 13%) ont été exposés à un **refus d'une ATC pour signer un CPOM tripartite ou multipartite**, principalement en raison d'un manque de coordination et de planification commune de ces dernières, mais aussi, à cause de mésentente sur les aspects financiers ou les objectifs du CPOM entre les ATC. Or, il ressort des réponses à l'enquête que certains OG

incitent à privilégier les contrats tripartites (simplification administrative, meilleure visibilité sur les attentes, besoins et financements). Pour mémoire, la loi ASV impose la signature de CPOM tripartites (OG/ARS/CD) pour les EHPAD, et la LFSS pour 2017 a étendu cette mesure pour les ESSMS PH, ainsi que les SSIAD et SPASAD, qui relèvent de la compétence tarifaire conjointe de l'ARS et du CD.

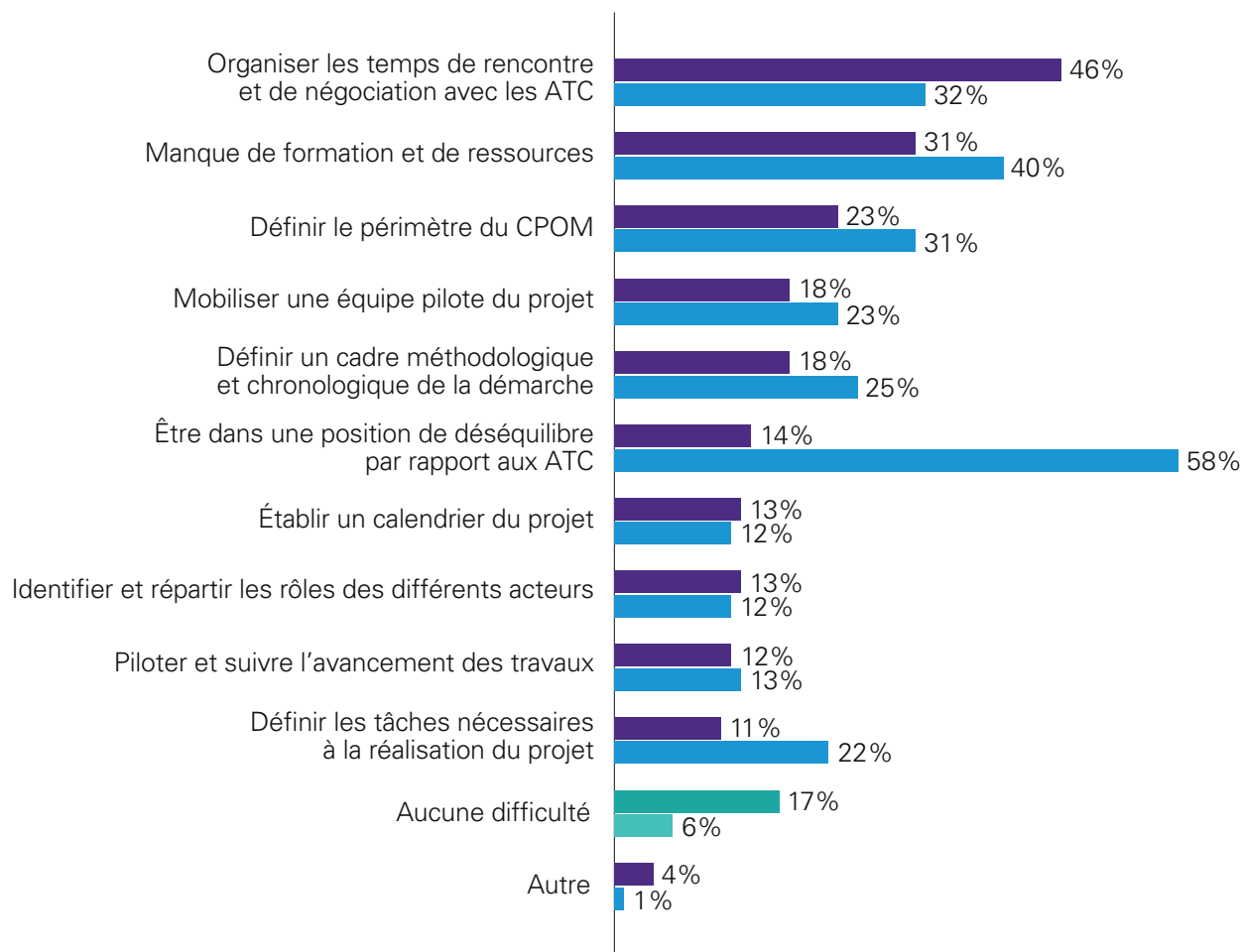
Par ailleurs, nous constatons que des difficultés sont appréhendées par les OG prévoyant de signer un CPOM, non seulement, pour **mobiliser une équipe pilote du projet** (23%), mais aussi, pour **définir un cadre méthodologique et chronologique de la démarche** (25%). Il convient, toutefois, de relativiser ces préoccupations au regard du retour d'expérience des OG déjà signataires d'un CPOM ou ayant initié leur démarche pour lesquels ces difficultés s'avèrent moins importantes (18%).

Enfin, les autres difficultés citées en marge par les gestionnaires portent sur **les aspects méthodologiques et organisationnels de gestion de projet** tels que l'établissement d'un calendrier prévisionnel, la définition des tâches nécessaires à la réalisation du projet, l'identification et la répartition des rôles des différents acteurs, ainsi que, le pilotage et le suivi de l'avancement des travaux. Ces difficultés sont à prendre en compte lors du démarrage de la démarche mais devraient pouvoir être levées grâce à l'utilisation des outils pratiques proposés par l'ANAP et précités.

Pour finir, seuls **17%** des gestionnaires ayant « vécu » cette première étape disent n'avoir rencontré **aucune difficulté lors du cadrage de la démarche** (contre 6% des OG qui ne se sont pas encore lancés).

Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées / appréhendées lors du cadrage de la démarche ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Difficultés rencontrées par les OG ayant vécu l'étape 1
(Base répondants : 83 ; NSP : 5%)

■ Difficultés appréhendées par les OG n'ayant pas vécu l'étape 1
(Base répondants : 242 ; NSP : 5%)

Les facteurs clés de succès pour le cadrage de la démarche

Interrogés sur les facteurs clés de succès pour le cadrage de la démarche, les OG ayant déjà signé un CPOM ou ceux ayant « vécu » cette première étape, retiennent très majoritairement le fait de **rencontrer les autorités de tutelle, dès le lancement du projet, afin de définir en commun tant les objectifs que la méthodologie de la démarche de contractualisation** (75%). Il s'agit, dans cette première étape, d'organiser et de structurer la démarche de contractualisation. Le CPOM repose sur un diagnostic de l'OG partagé avec les ATC, à partir duquel seront fixés, de façon concertée, des objectifs. Le succès de

la démarche nécessite donc l'implication, dès le début du processus, de l'ensemble des parties prenantes au contrat, et l'anticipation de leur disponibilité compte tenu de leur charge de travail respective. Pour ce faire, il est recommandé de désigner au sein de l'OG un référent CPOM et de constituer, dès le départ, un comité de pilotage (OG, ARS et, le cas échéant, autres financeurs impliqués tels que le CD) qui veillera à établir et respecter un planning prévisionnel des rencontres et un échéancier de l'avancée des travaux, afin de prévenir le non-respect des délais.

Les deux autres principaux facteurs clés de succès retenus par les répondants sont **la définition des outils de cadrage et de planification** de la démarche (rétroplanning, identification des ressources, fiches rôles, etc.) et **l'implication des directeurs des ESSMS** concernés dès le commencement du projet (respectivement à 51% et 49%).

Viennent ensuite l'implication et la motivation des équipes en définissant des rôles précis pour chacun (33%), l'identification de l'ensemble des parties prenantes dès le début de la démarche (32%), la question de l'opportunité de revoir la structuration et l'organisation de l'OG (27%), mais aussi, dans des proportions moindres, la désignation d'un référent CPOM au sein de l'OG et l'organisation d'actions de formation.



« La durée des CPOM EHPAD est de 5 ans. En revanche, lorsque la loi n'impose pas la durée du contrat, le Conseil départemental de la Moselle a fait le choix politique d'une pluri-annualité de 3 ans, en particulier pour les CPOM-PH, afin de ne pas afficher une temporalité au-delà de laquelle il estime ne pas pouvoir s'engager financièrement. »

Jean-Claude Bicego, Directeur de la Politique de l'Autonomie, Conseil départemental de la Moselle

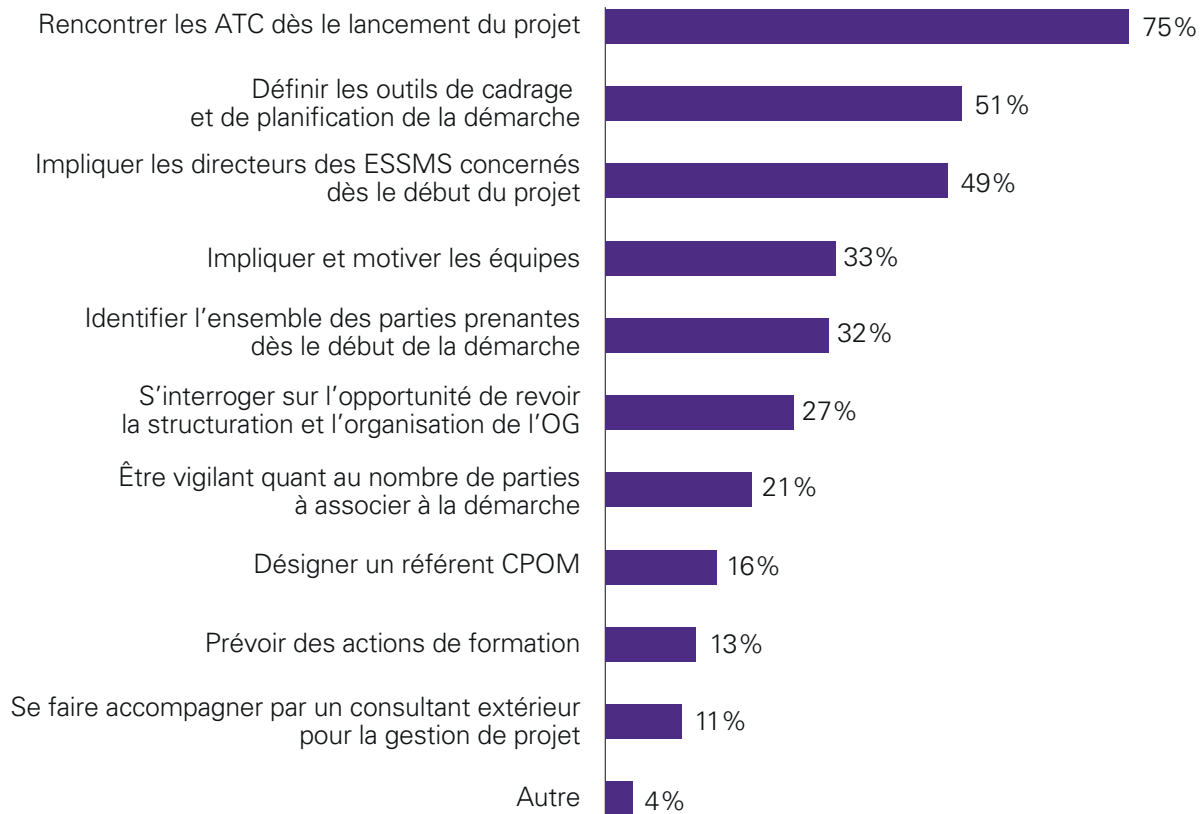
« Une fiche établissement reprend, pour chacun, l'ensemble des actions par axe stratégique. En clair : il s'agit de la feuille de route du directeur pour les 5 ans à venir. C'est un véritable outil de pilotage et de management. »

Philippe Mortel, Directeur général adjoint, Fondation OVE

Enfin, si l'identification et l'implication des acteurs en interaction avec les ESSMS est essentielle au processus de contractualisation, les OG alertent sur **la vigilance à exercer quant au nombre de parties à associer** à la démarche afin d'en garantir l'efficacité (trop d'acteurs rend le processus compliqué).

Quels sont les facteurs clés de succès pour le cadrage de la démarche ?

(5 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Facteurs clés de succès pour les OG ayant vécu l'étape 1
(Base répondants : 85 ; NSP : 4%)



Analyse empirique des 40 CPOM



Les gestionnaires se sont saisis de manière hétérogène de cette partie qui favorise l'appropriation et la présentation partagées de l'objet du contrat. Les visas et les références juridiques sont bien entendu repris de manière récurrente sur la base d'un modèle fourni par l'ARS et/ou le département, même si certaines informations telles que les visas de délibération de l'organisme ou la référence aux schémas territoriaux s'avèrent absentes de quelques contrats. Trois questions importantes ressortent ensuite de l'examen.

1. La question du préambule

Parmi les contrats analysés, six ne contiennent pas de préambule et une vingtaine se limitent à un texte court (quelques lignes) rappelant, soit les principes de la démarche de contractualisation, soit les résultats obtenus dans le précédent CPOM et/ou lors des dernières évaluations. De façon générale, qu'il s'agisse d'un préambule court ou long (une page à une page et demi), le gestionnaire saisit cette opportunité pour **donner du sens à sa démarche**.

Il s'agit de promouvoir, et notamment pour l'interne et les partenaires externes, une conciliation entre « *la finalité d'efficience budgétaire et la mise en œuvre des prestations nécessaires aux besoins et aux attentes des personnes accueillies dans le double cadre du projet associatif et du projet régional de santé* ». Le préambule peut être aussi l'occasion d'exprimer le souhait de l'OG « *de s'inscrire dans une logique de parcours de vie en adaptant son offre de service aux besoins existants, en passant d'une logique d'établissement à une logique de parcours* ».

Cette latitude laissée aux OG et à leurs dirigeants de se saisir du préambule de manière personnalisée contenait en elle-même les **risques de l'hétérogénéité et du désintérêt** (cas des deux-tiers de l'échantillon).

S'agissant des EHPAD, les textes de 2017 font désormais du préambule un outil facultatif **permettant aux ATC de rappeler le contexte et les enjeux territoriaux**. Il est probable que la volonté des gestionnaires de valoriser leurs spécificités devra s'exprimer à l'avenir dans l'article relatif au périmètre du contrat. Cette solution a d'ailleurs été retenue dans cinq documents analysés.

2. La question du périmètre

L'ensemble des CPOM analysés présente le périmètre du contrat, mais de manière plus ou moins détaillée. En règle générale, les gestionnaires renseignent, à minima, la liste des ESSMS couverts par le contrat (sous forme de tableau), en indiquant pour chacun d'eux la capacité totale autorisée. Quelques gestionnaires (une dizaine) complètent l'information en apportant des précisions sur les ESSMS telles que le public accueilli et l'effectif en équivalent temps plein. Enfin, certains (une vingtaine) font une présentation très détaillée des ESSMS, pour partie par renvoi en annexe. Il est à noter que, lorsque les gestionnaires utilisent dans le corps du texte les outils mis à disposition par l'ANAP, ceux-ci sont le plus souvent repris sous forme de tableaux statiques, au risque parfois de nuire à la lisibilité et à la fluidité du document.

Le périmètre du CPOM et la présentation des ESSMS qu'il couvre **ne souffrent guère de lacune** dans l'échantillon. L'ensemble paraît normé. Le champ d'action de l'OG, et sa dimension ressources humaines, sont précisés dans 95% des cas. En revanche, à ce stade, aucune mention d'ordre financier n'est faite, fut-ce sous l'aspect d'un chiffre d'affaires consolidé.

Les partenariats passés par les établissements ne sont pas synthétisés dans ce cadre, alors que le modèle du contrat-type de l'arrêté du 3 mars 2017 prévoit dorénavant que, le cas échéant, les partenariats du gestionnaire soient précisés dans l'article relatif au périmètre du contrat, ainsi que dans une annexe spécifique.

3. La question des annexes

Le débat classique sur la répartition entre le corps d'un texte et ses annexes concerne les CPOM. Une extrême hétérogénéité des annexes peut être constatée qu'il s'agisse de leur présentation, de leur densité ou de leur pertinence. L'échantillon étudié permet d'identifier trois difficultés récurrentes.

La première concerne **l'équilibre formel** à trouver entre le corps du contrat et les annexes. Certains contrats renseignent en détail les différents articles du contrat, y intégrant notamment l'intégralité du diagnostic partagé ainsi que tout ou partie des fiches action. D'autres au contraire renvoient aux annexes la quasi-totalité des documents chiffrés, des tableaux et des bilans.

La deuxième difficulté tient au fréquent **déficit d'articulation** entre les parties du contrat et ses annexes, même si une dizaine de contrats contiennent dans le contrat lui-même des synthèses utiles (diagnostic, objectifs, focus financier) qui renvoient aux documents exhaustifs versés en annexe.

Enfin, quelle que soit la solution retenue, **la qualité de la forme et la lisibilité** des annexes font défaut à huit exceptions près. L'éparpillement des pratiques invitait à clarifier d'une façon ou d'une autre la fonction des annexes dans les CPOM :

- soit en généralisant les très bonnes pratiques, dont les synthèses susmentionnées, que l'on observe dans au moins huit contrats de l'échantillon ;
- soit en renvoyant à des annexes obligatoires, normées et opposables, des éléments importants qui étaient jusqu'ici intégrés, totalement ou partiellement, dans les contrats.

Cette dernière approche a été retenue dans l'arrêté du 3 mars et ce de manière volontariste puisque font partie de la liste des « *annexes obligatoires et communes à tous les CPOM* », la synthèse du diagnostic partagé et l'inscription du CPOM dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire ainsi qu'une annexe « *évolutive* » détaillant les objectifs fixés. Autant d'éléments essentiels que l'on ne retrouvait pas forcément à la même place d'un contrat à l'autre.

2.4.2 Réalisation et partage du diagnostic

La deuxième étape dans le processus d'élaboration d'un CPOM consiste à réaliser un diagnostic visant à positionner l'OG et ses ESSM dans leur environnement et identifier leurs forces et faiblesses. Si ce diagnostic est réalisé

à l'initiative de l'OG, il doit être partagé et validé par les autorités de tarification et de contrôle (ATC), car c'est sur sa base que seront fixés les objectifs du contrat.

Principales difficultés lors de la réalisation du diagnostic

Que les OG aient vécu ou non cette seconde étape, ils estiment que **la réalisation de l'analyse stratégique** (besoins territoriaux, attentes des parties prenantes, évolutions de la prise en charge et de l'offre de services...) est la principale difficulté, respectivement, à 39% et 45%. Plusieurs documents et/ou outils peuvent être utiles au diagnostic tels que le projet

régional de santé, le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, les résultats des dernières évaluations interne et externe, certains diagnostics territoriaux et, bien entendu, le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social²³ qui permet aux ESSMS de se positionner au regard de structures comparables.



« L'établissement du diagnostic d'un territoire est compliqué du fait de la difficulté à recueillir les données existantes. Les diagnostics partagés du CREAL, sur les territoires de parcours de préfiguration, sont longs mais riches. Le fait que les travaux du PRS n'étaient pas dans le même calendrier que le CPOM est un élément à prendre en compte. »

Philippe Mortel, Directeur général adjoint, Fondation OVE

Concernant **la réalisation de l'analyse organisationnelle** (modalités de fonctionnement et ressources humaines) **et financière** (état des lieux des moyens financiers et matériels dont dispose l'OG), nous constatons que si elle est perçue comme difficile par les OG n'ayant pas encore vécu cette étape (37%), celle-ci ne s'avère pas si compliquée pour ceux ayant passé l'étape (13%).

En outre, il ressort des résultats de l'enquête que les OG ayant passé cette étape ont été confrontés au fait de **gérer les temps de rencontre et de négociation** avec l'ensemble

des parties prenantes (34%), **synthétiser les éléments des diagnostics** (stratégie, organisation, finances, qualité, matériel, investissements) et mettre en exergue les points forts et les points faibles (32%), **définir les axes ou orientations stratégiques** avant déclinaison en objectifs opérationnels (32%) et **obtenir la validation des ATC** (32%). Il est à noter que la validation par les tutelles est, quant à elle, redoutée par 45% des OG qui envisagent d'entrer dans la démarche. En effet, il est essentiel que le diagnostic soit entériné par les ATC, afin de partir sur une base commune pour définir les objectifs du CPOM.

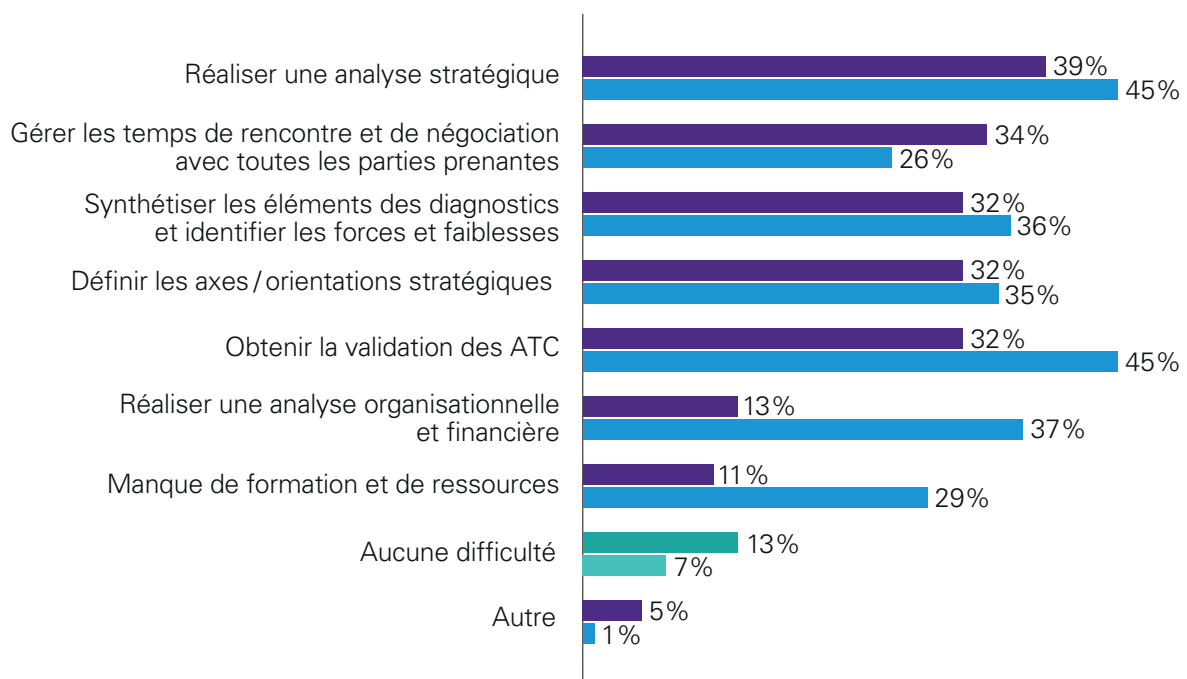
23 - Le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social présente de manière synthétique, sous la forme de tableaux et de graphiques, un ensemble d'indicateurs renseignés à l'occasion de campagnes annuelles. Il a pour objectifs de contribuer au dialogue de gestion, d'aider au pilotage interne des structures, d'améliorer la connaissance de l'offre et de permettre aux structures de se comparer. Il est accessible via le lien suivant : <https://tdb-esms.atih.sante.fr/> (source : site internet ANAP).

Enfin, **le manque de formation et de ressources en interne** pour la mise en œuvre est appréhendé par 29% des OG qui vont se lancer, contre seulement 11% des OG qui ont déjà signé un CPOM ou initié leur démarche. Ceci peut s'expliquer, comme précédemment, par le fait que les OG qui se sont lancés les premiers étaient, certainement, les plus matures, structurés et suffisamment dotés en personnel fonctionnel.

Par ailleurs, on notera que 13% des OG qui ont fait un diagnostic dans le cadre d'un CPOM déclarent ne pas avoir rencontré de difficulté.

Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées / appréhendées lors de la réalisation du diagnostic et de son partage avec les ATC ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



- Difficultés rencontrées par les OG ayant vécu l'étape 2
 (Base répondants : 56 ; NSP : 7%)
- Difficultés appréhendées par les OG n'ayant pas vécu l'étape 2
 (Base répondants : 273 ; NSP : 4%)

Les facteurs clés de succès pour la réalisation et le partage du diagnostic

Pour ce qui est des facteurs clés de succès, les OG ayant vécu cette étape du diagnostic mettent en exergue **à 71% le fait d'impliquer les ATC afin d'appréhender correctement l'offre et les besoins existants**. Comme lors de la première phase, on constate, que le dialogue régulier avec les tutelles doit être considéré comme un élément capital dans la réussite d'un CPOM.

Il paraît indispensable de solliciter les ATC, le plus en amont possible, pour recueillir leurs attentes et les informations dont elles disposent, de manière à pouvoir identifier au mieux les besoins sur le territoire. Il est à noter que la plupart des ARS fournissent aux OG des trames de diagnostic à compléter sous format Excel.



« Concernant les mono-établissements, une analyse doit être réalisée sur les territoires afin de voir si des rapprochements seraient pertinents, compte tenu de plus en plus de normes, de professionnalisme, de responsabilités, notamment quand le directeur est seul dans une association mono-établissement. Dans un environnement, même non lucratif, il convient de se professionnaliser ce qui peut passer par des rapprochements. »

**Paul-Charles Aubert, Chef du Service des Établissements Sociaux,
Conseil départemental de la Moselle**

En outre, 49% des OG préconisent de **définir une véritable stratégie d'offre**, afin de pouvoir répondre de manière ambitieuse aux finalités du diagnostic partagé.

De plus, il ressort de l'enquête que **les échanges avec l'ensemble des parties prenantes** sont essentiels à la réalisation du diagnostic partagé. Il convient de sensibiliser, mobiliser et **impliquer les instances de gouvernance** de l'OG (45%), mais aussi, solliciter tous les acteurs pouvant disposer d'éléments nécessaires au diagnostic et prendre en compte leurs attentes (44 %), ou encore, impliquer les instances représentatives du personnel (22%). L'OG doit, bien entendu, veiller à planifier et organiser ces temps de rencontre.

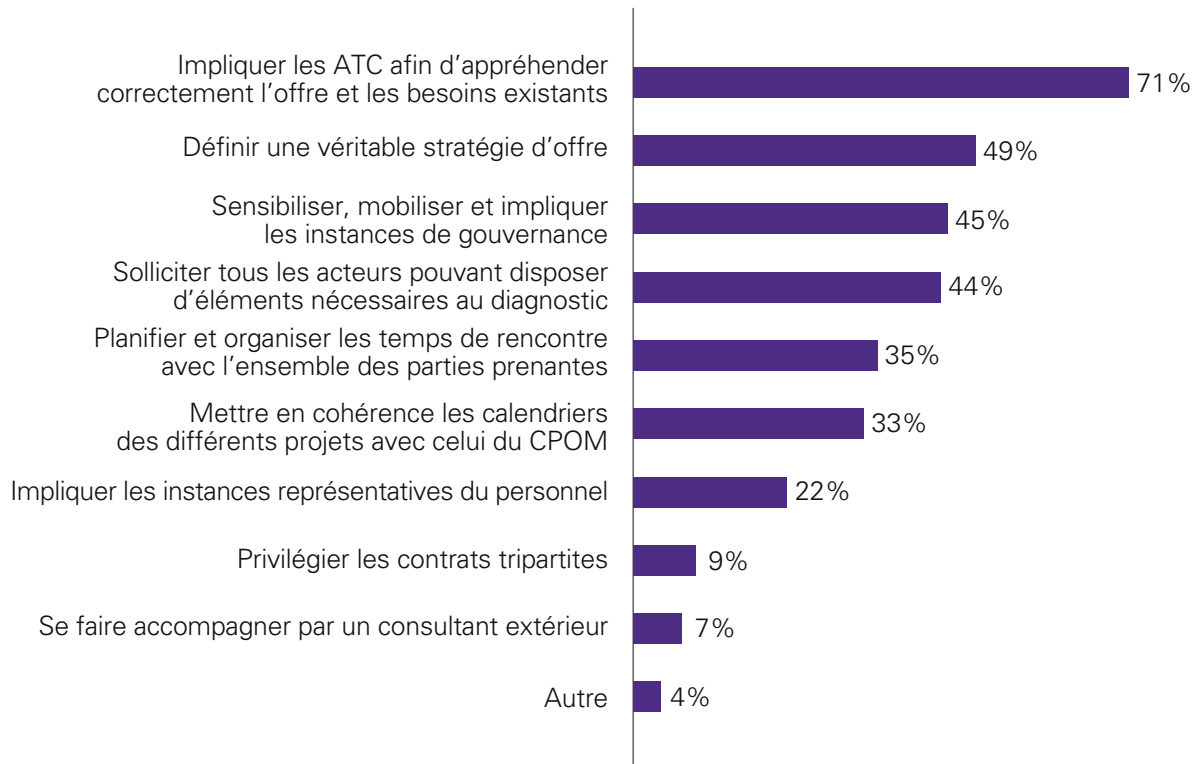
Par ailleurs, nous notons que 33% des OG recommandent de **mettre en cohérence les calendriers des différents projets** (évaluations internes et externes, projets d'établissements, plan pluriannuel d'investissements, démarche développement durable...) avec celui du CPOM.

Enfin, nous relevons que seuls 7% des OG estiment que l'accompagnement par un consultant extérieur est un plus. Toutefois, nous considérons que, dans certains cas, le recours à des prestataires externes devrait s'avérer utile et bénéfique.

Les résultats de l'enquête traduisent l'importance de la nécessité d'impliquer l'ensemble des parties prenantes dans la phase de diagnostic : les ATC, les instances de gouvernance de l'OG, mais aussi, les directeurs des ESSMS, les salariés et leurs instances représentatives, ainsi que les instances représentatives des usagers et les autres acteurs du secteur tels que les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). C'est la clé du diagnostic partagé attendu par tous à savoir « *une réflexion objective et partagée sur la situation de l'organisme et sur son avenir*²⁴ ».

Quels sont les facteurs clés de succès pour la réalisation du diagnostic et son partage avec les ATC ?

(5 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Facteurs clés de succès pour les OG ayant vécu l'étape 2
(Base répondants : 55 ; NSP : 8%)

Analyse empirique des 40 CPOM



L'étude a permis de confirmer le caractère structurant du diagnostic dans la construction d'un CPOM. Formalisé et souvent très complet (jusqu'à 70 pages), il permet de décrire les facteurs et mesures d'amélioration, voire les efforts que le contrat doit prendre prioritairement en compte. Dans une quinzaine de cas, le diagnostic n'est présent ni dans le corps du contrat ni dans ses annexes. Il est évoqué comme « existant », ayant été pris en considération mais non retranscrit. Le choix fait par la DGCS de « transférer » le diagnostic partagé vers des annexes opposables va modifier substantiellement les habitudes mais ne représente en rien une relégation dès lors que l'arrêté du 3 mars 2017 précise que les objectifs du CPOM sont fixés « sur la base du diagnostic partagé ».

1. Le diagnostic présenté comme... ...résultante

Le partage du diagnostic est présenté dans la majorité des CPOM étudiés comme l'aboutissement d'un processus d'évaluation et de concertation qui met à contribution la capacité des OG à impulser un autodiagnostic et des évaluations de leurs ESSMS. Le dispositif se fonde sur le questionnaire interactif transmis par l'ARS et, lorsqu'il s'agit d'un renouvellement, intègre le bilan du précédent CPOM (volet financier principalement). La trame fournie par l'ARS, appelée aussi grille de diagnostic, permet de construire ce qui est qualifié dans certains contrats de « situation initiale » à partir de laquelle le dialogue va se nouer. Elle guide le raisonnement en imposant au gestionnaire une double approche :

- une restitution globale de la situation telle qu'analysée au niveau du siège de l'OG ;

- la photographie de chaque ESSMS concerné au regard de son activité propre.

Le mot consensus est employé dans plusieurs contrats pour conforter l'image d'un contrat équilibré entre les parties, malgré la « directivité » dont fait preuve le financeur à tous les stades d'élaboration et de suivi du CPOM.

... socle de la future réflexion stratégique

Présenté comme tel dans les textes, le diagnostic se voit reconnaître ce rôle explicitement dans de nombreux contrats. L'ARS préempte certes une partie de l'impact sur les objectifs puisque son analyse de l'organisme porte systématiquement sur la qualité de l'accompagnement, les modes de gestion, d'organisation et de gouvernance et sur son inscription dans la dynamique de mise en œuvre des politiques publiques sur les territoires, thèmes qui nourriront des « axes de progrès » ou des « axes stratégiques » selon les

contrats. Pour autant, la méthode incite aussi les gestionnaires les plus dynamiques à enrichir le diagnostic en vue de faire accepter par la tutelle ses objectifs prioritaires propres. La spécificité des contrats induit des aménagements dans la manière de concevoir le diagnostic.

... outil pédagogique

Certain des contrats étudiés présentent des diagnostics de grande qualité qui sont autant d'apports pour le management et le pilotage. L'un d'entre eux, qui pourrait utilement être partagé à titre d'exemple, traite ainsi en détail des problématiques listées ci-après, en détaillant pour chacune les forces et les faiblesses et en terminant par une synthèse des constats :

- **M**odalités d'organisation et de gouvernance générale ;
- **C**aractéristiques des publics accueillis ;
- **M**odalités de prise en charge ;
- **S**colarisation et apprentissages ;
- **R**essources humaines ;
- **S**ituation financière et budgétaire ;
- **G**estion des risques ;
- **P**rojets associatifs.

2. La matrice forces-faiblesses comme synthèse opératoire du diagnostic partagé

Le diagnostic apporte une lisibilité stratégique d'autant plus remarquable qu'il peut déboucher avec l'accord de tous sur la publication de

matrices forces-faiblesses, le plus souvent transcrites en termes de points forts et points d'amélioration. Dans les deux tiers des contrats analysés, le diagnostic proprement dit est placé en annexe ou n'est pas joint au contrat. La matrice forces-faiblesse figure alors, à titre de synthèse du diagnostic, dans le corps même du contrat, contribuant ainsi à renforcer la légitimité de la partie objectifs. Le tableau ci-après dresse en quelque sorte une synthèse de ces synthèses.

3. La dimension territoriale de plus en plus prégnante

La recherche de cohérences des politiques au bénéfice de l'usager comme les démarches d'efficience, conduisent les financeurs, en accord d'ailleurs avec les acteurs, à identifier plus finement les attentes et les potentialités des territoires. Cette référence territoriale devient la règle dans les raisonnements proposés par les ARS, dont le positionnement au niveau de la région s'avère structurant. La notion de « dynamique régionale » doit d'ailleurs être inscrite dans les diagnostics puis les stratégies des OG interdépartementaux, en vue par exemple de définir des conditions nouvelles de mobilité à leurs personnels. L'ensemble des contrats étudiés se réfèrent, en visa ou dans le développement, aux schémas régionaux en vigueur.

DIAGNOSTIC PARTAGÉ	
<i>Forces et faiblesses les plus fréquemment recensées</i>	
FORCES	FAIBLESSES
Qualité de l'accompagnement / Démarche d'amélioration continue de la qualité	
<p>Qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> * implication des familles dans la prise en charge * respect du droit des usagers * individualisation des parcours * diversité et qualité des prises en charge * adaptation continue de l'offre à l'évolution des besoins/publics * politique bientraitance intégrée * formation * mise en place du dossier unique de l'usager * développement durable * liste d'attente conséquente <p>Bâti</p> <ul style="list-style-type: none"> * locaux et matériels adaptés ou neufs <p>Gestion des risques</p> <ul style="list-style-type: none"> * protocole de signalement des risques et des situations de maltraitance * sécurisation du médicament * ré-examen des prescriptions 	<p>Qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> * segmentation des pratiques des ESSMS * rupture de parcours * accès plus difficile à l'information, à la prévention et/ou aux soins * procédures d'admission à clarifier * contenu des projets d'établissement incomplet * absence de formation récente des professionnels sur la bientraitance/maltraitance * absence de formalisation du circuit du signalement pour les événements indésirables graves * insuffisance de liens avec le sanitaire (notamment pour les suivis psychiatriques) * peu d'alternatives à l'internat <p>Bâti</p> <ul style="list-style-type: none"> * immobilisations vétustes / locaux inadaptés et exigus <p>Gestion des risques</p> <ul style="list-style-type: none"> * renforcement de la politique de sécurité * obligation de mise aux normes d'accessibilité des locaux récents
Mise en place d'une organisation efficiente : gestion, organisation, gouvernance	
<p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> * valeurs fortes du projet associatif/établissement * un climat social serein <p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> * gouvernance décentralisée * renforcement de la transversalité entre établissements * politique de gestion des ressources humaines active / dynamique <p>Ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> * pluridisciplinarité de l'équipe * bien-être, assiduité, et adaptation des salariés au travail * plan de formation continue existant et actualisé * communication interne et externe satisfaisante ; <p>Ressources financières</p> <ul style="list-style-type: none"> * situation financière et patrimoniale confortable / saine * existence de diagnostics précis par établissement 	<p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> * faible implication des familles dans les instances au sein des établissements * parc informatique vétuste inadapté aux besoins actuels <p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> * gouvernance à renouveler (« usure » des adhérents) * absence d'autorisation administrative pour le siège social * missions du siège social au profit des établissements non clarifiées * délégations de pouvoirs et de signatures non actualisées ou non conformes <p>Ressources humaines</p> <ul style="list-style-type: none"> * développement de la professionnalisation de la gestion des ressources humaines * difficulté à recruter des personnels qualifiés dans le domaine médical et paramédical <p>Ressources financières</p> <ul style="list-style-type: none"> * optimisation de la fonction achats * gestion documentaire problématique / pas de dématérialisation * sous-activité de certaines structures (vigilance à apporter sur le taux d'activité) * insuffisance des moyens pour l'aide à l'intégration
Inscription des ESSMS dans la dynamique territoriale / dans la dynamique de développement des politiques publiques	
<p>Publics accueillis</p> <ul style="list-style-type: none"> * réponses aux besoins de la population sur le territoire * veille stratégique <p>Partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> * réseau dense et impliqués/actifs de partenaires * relations partenariales de proximité avec les pouvoirs publics, les organisations professionnelles et les autres associations/fédérations 	<p>Publics accueillis</p> <ul style="list-style-type: none"> * faible attractivité territoriale * augmentation du nombre de personnes en aménagement CRETON par manque de places dans les établissements pour adultes * proportion importante de déficiences intellectuelles légères sans troubles associés * internat sursollicité en regard des déficiences prises en charge * gestion de la liste d'attente <p>Partenariats</p> <ul style="list-style-type: none"> * difficultés à conventionner avec le secteur sanitaire * pas de convention avec le secteur psychiatrique * réseau partenarial insuffisamment développé * problématique des transports pour développer la mobilité

2.4.3 Négociation des objectifs et signature du contrat

Tout l'objet du CPOM est de « *s'accorder (OG/ATC) sur un certain nombre d'objectifs à mettre en œuvre au cours de l'exécution du CPOM* ²⁵ ».

Lors de cette troisième et dernière étape avant la signature du CPOM, il convient donc de déterminer les objectifs, non seulement, sur la base du diagnostic partagé, mais aussi, en fonction des moyens mobilisables pour leur

réalisation. Afin de pouvoir apprécier leur atteinte ou non, les objectifs doivent être assortis d'indicateurs appropriés.

À l'issue de la fixation des objectifs et des moyens du CPOM, il s'agit de finaliser la rédaction du contrat et le soumettre à la signature des personnes habilitées à représenter respectivement l'OG et les ATC.

Principales difficultés lors de la fixation des objectifs et de la rédaction du contrat

En préambule, comme nous avons pu le constater pour les étapes précédentes, nous tenons à souligner que des disparités importantes apparaissent dans les réponses données par les OG selon qu'ils ont, ou non, vécu cette étape.

Ainsi, pour les OG qui envisagent de signer un CPOM mais qui ne sont pas encore entrés dans la phase de négociation des objectifs, les deux principales difficultés appréhendées sont **le manque de ressources en interne** (54% contre seulement 18% pour les OG ayant vécu cette étape) et **l'obtention de l'accord des ATC sur les propositions d'objectifs** (51% contre 35% pour les OG ayant vécu cette étape). Le contraste des réponses peut trouver une partie de son explication, comme commenté précédemment, dans le fait que les OG qui se sont engagés les premiers étaient, sans doute, les plus « gros », disposant de fait d'une plus grande capacité de négociation et de plus de personnel dans les fonctions support.

En revanche, pour les OG ayant signé un CPOM ou en cours de signature, la principale difficulté réside dans **la définition des indicateurs de suivi et de résultat** (43% contre 32% pour les OG qui n'ont pas encore vécu cette étape). Le choix des indicateurs est essentiel car ce sont eux qui permettront de suivre annuellement la réalisation des objectifs et, en fin de contrat, d'apprécier s'ils ont, ou non, été atteints. L'arrêté du 3 mars 2017 et son modèle de contrat-type incite à s'appuyer sur les indicateurs existants, tels que ceux du tableau de bord de la performance des établissements médico-sociaux construit par l'ANAP (dont la généralisation est prévue à compter de 2018), les indicateurs produits par l'ANESM dans le cadre de son enquête bien-être et tout indicateur construit

localement (à titre d'exemple, on peut citer les indicateurs Flash des ARS).

Par contre, qu'ils aient vécu ou non cette troisième étape, 37% des OG citent au titre des quatre principales difficultés, **la définition des modalités budgétaires**, laquelle comporte une dimension pluriannuelle. La fixation des moyens dédiés à la réalisation du CPOM doit tenir compte des réformes de la tarification qui tendent à objectiver l'allocation de ressources (réforme actée pour le champ des personnes âgées et en cours pour celui des personnes handicapées), avec, toutefois, la possibilité de négocier des financements complémentaires sous certaines conditions. Par ailleurs, doivent être précisées dans le contrat certaines dispositions financières, notamment quant aux modalités d'affectation des résultats et de fixation des frais de siège.

S'agissant toujours de la négociation des objectifs, il ressort de l'enquête que les OG ont du mal à **transcrire de façon opérationnelle les axes/objectifs stratégiques** arrêtés à l'issue du diagnostic partagé. En particulier, les OG remontent les difficultés relatives à la déclinaison des orientations stratégiques en objectifs opérationnels, l'établissement d'un calendrier pluriannuel des actions à réaliser, ou encore, l'établissement d'un plan d'actions détaillées. Le guide de l'ANESM « *ESSMS : valorisez les résultats de vos évaluations* », publié en décembre 2016, apporte des précisions pratiques sur la définition d'un objectif et sa transformation en actions, mais aussi, propose des modèles de plan d'actions, de calendrier et de fiche-actions.

Enfin, il est à noter que seuls 16% des OG ayant déjà vécu cette phase de négociation signifient n'avoir rencontré aucune difficulté.



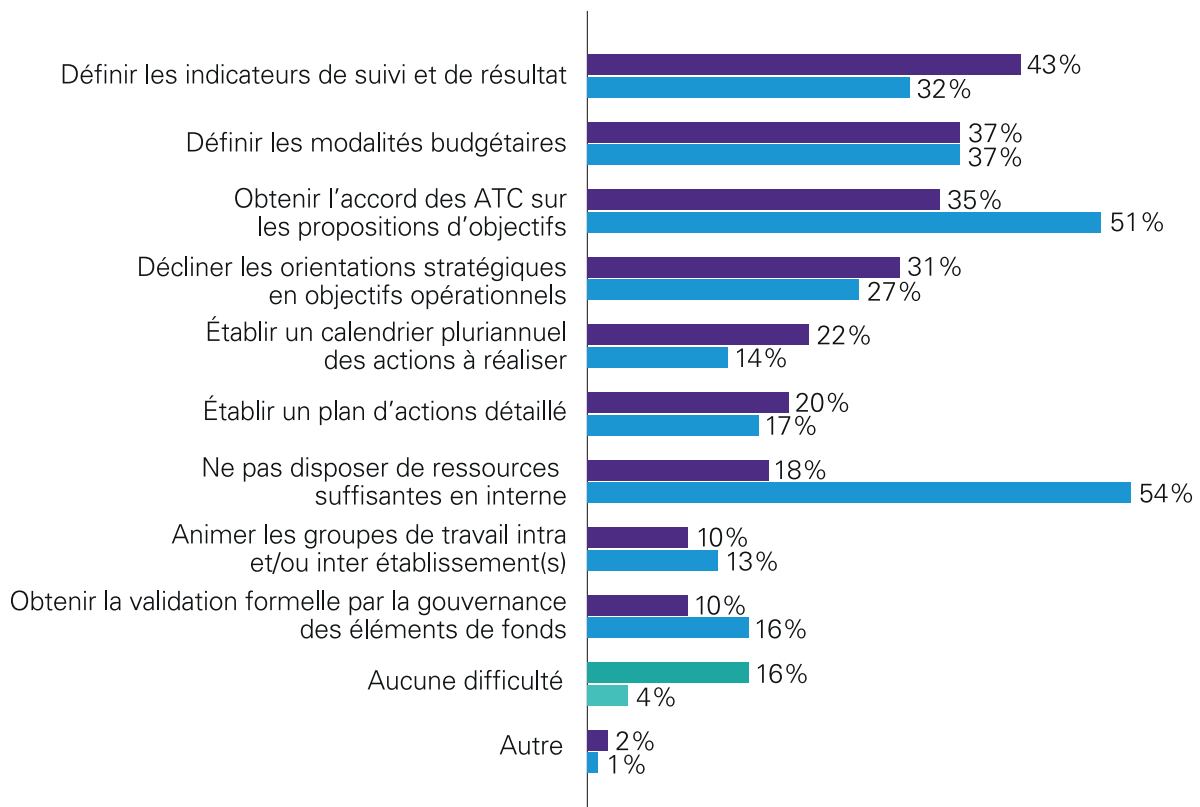
« Pour le secteur des personnes âgées, nous avons un CPOM type régional, élaboré en lien avec les 13 collectivités de la région et les fédérations du secteur.

9 objectifs obligatoires ont été inscrits, assortis d'indicateurs émanant de sources de données standard, telles que le tableau de bord de l'ANAP et le référentiel qualité de l'ANESM. Ont été ajoutés 34 autres objectifs selon les spécificités des établissements, parmi lesquels le gestionnaire, en concertation avec les autorités publiques, peut en sélectionner jusqu'à 10. Ainsi, cette boîte à outils a permis d'industrialiser le processus de contractualisation, tout en gardant du sens stratégique. Elle devrait être complètement aboutie en septembre 2017 pour le secteur des personnes âgées, ce qui ne sera pas le cas pour le secteur du handicap, beaucoup plus complexe. »

Marie-Hélène Lecenne, Directrice de l'autonomie, ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées / appréhendées lors de la formalisation des objectifs et des fiches actions ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Difficultés rencontrées par les OG ayant vécu l'étape 3
(Base répondants : 49 ; NSP : 9%)

■ Difficultés appréhendées par les OG n'ayant pas vécu l'étape 3
(Base répondants : 278 ; NSP : 4%)

Concernant la phase de rédaction et de signature proprement dite du CPOM, nous constatons que les principales difficultés sont classées pratiquement dans le même ordre qu'il s'agisse des OG ayant déjà signé un CPOM ou de ceux qui l'envisagent. En revanche, elles sont beaucoup plus fortement appréhendées par les OG n'ayant pas encore signé que par ceux ayant déjà signé un CPOM. Il est d'ailleurs intéressant de noter que **plus du quart (26%) des OG ayant déjà signé un CPOM déclarent ne pas avoir rencontré de difficulté** lors de cette phase.

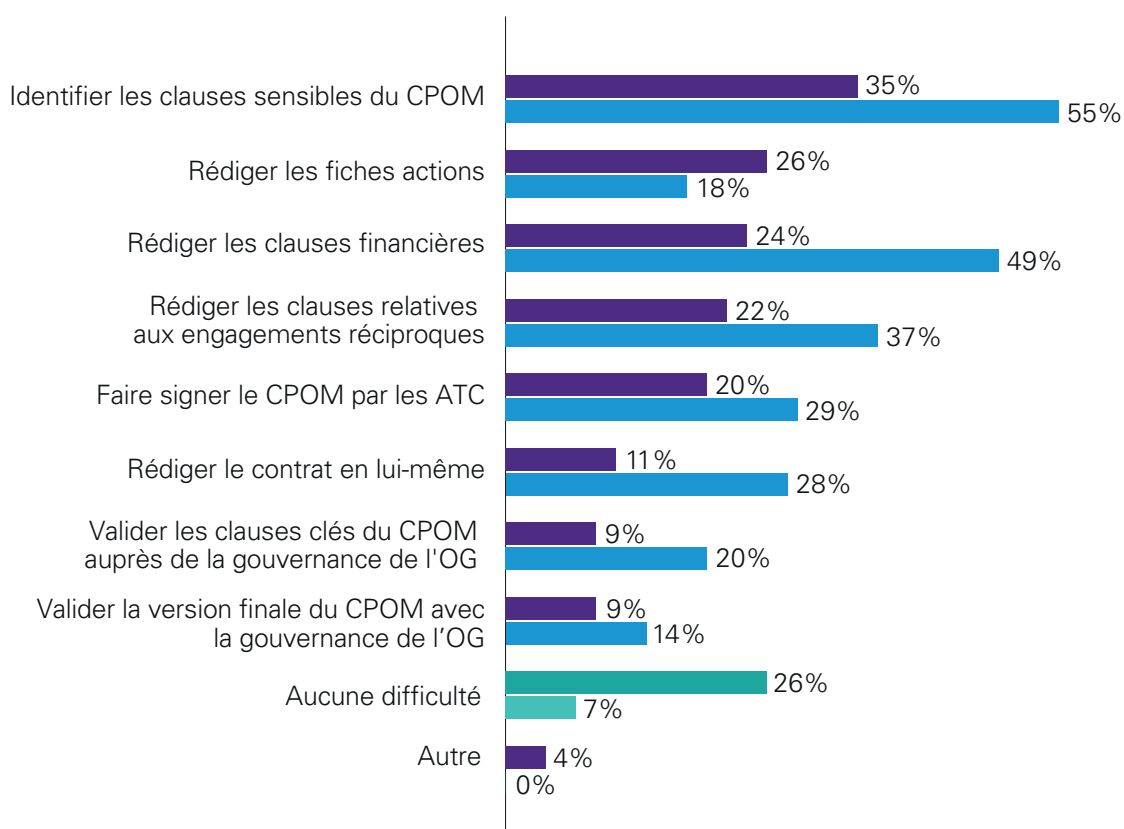
Les principales difficultés remontées par les OG concernent, en premier lieu, **l'identification des clauses sensibles du CPOM**, afin de sécuriser les relations juridiques de l'OG avec les ATC (citée à 35% par les OG ayant signé et à 55% par les OG qui envisagent de signer), mais aussi, **la rédaction des fiches actions** (qui fait figure d'exception car elle est plus citée, à 26%, par

les OG ayant signé, que par ceux qui envisagent de signer et qui l'appréhendent à seulement 18%), ou enfin, **la rédaction des clauses financières et des clauses relatives aux autres engagements réciproques** des parties signataires (citées respectivement à seulement 24% et 22% par les OG ayant signé, alors qu'elles constituent une réelle inquiétude pour les OG qui envisagent de signer et qui les citent respectivement à 49% et 37%).

Le modèle de contrat-type, joint en annexe de l'arrête du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM, devrait conduire à faciliter la procédure de contractualisation et harmoniser le formalisme des contrats. Quant à la rédaction des fiches actions, celle-ci sera abordée lors de la présentation des facteurs clés de succès ci-après. Cependant, il est intéressant de dire à ce stade, que certaines ARS proposent une trame de fiche actions.

Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées / appréhendées lors de la rédaction et signature du CPOM ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Difficultés rencontrées par les OG ayant vécu l'étape 4
(Base répondants : 46 ; NSP : 10%)

■ Difficultés appréhendées par les OG n'ayant pas vécu l'étape 4
(Base répondants : 267 ; NSP : 9%)

Les facteurs clés de succès pour la fixation des objectifs et la rédaction du contrat

Le premier élément clé rapporté par les OG ayant signé un CPOM ou qui sont en cours de signature, est de bien **appréhender et mesurer les impacts financiers des objectifs et actions du CPOM** (52%). Les moyens dont l'OG dispose étant limités, il paraît essentiel d'identifier et de chiffrer les moyens (humains, matériels et financiers) nécessaires à la réalisation de chacun des objectifs retenus, afin de s'assurer de leur faisabilité.

Ensuite, les OG recommandent de **définir précisément les objectifs avec un plan d'actions détaillé** (46%). Pour ce faire, l'ANAP propose de décliner chaque objectif en fiche action, en s'appuyant sur le modèle proposé par l'ANESM²⁶. Les fiches actions se construisent

autour des items suivants : état des lieux, actions, responsable, moyens à mettre en œuvre / coût, échéancier, résultats attendus et indicateurs de suivi.

De plus, les OG conseillent, lors de la fixation des objectifs, de veiller à définir **un nombre d'objectifs restreint** (44%), choisir **des indicateurs de suivi simples** (40%), mettre en place **des objectifs réalisables et précis** (38%), définir **un calendrier réaliste** (36%). Le gestionnaire doit avoir la capacité de mettre en œuvre les objectifs fixés et d'en assurer le suivi. Ces préconisations ont été, en grande partie, formellement reprises dans l'arrêté du 3 mars 2017 et l'instruction du 21 mars 2017.



« Il est indispensable de corréliser les moyens aux objectifs, en s'appuyant en amont sur un diagnostic très précis des inducteurs de coûts, qui va au-delà des indicateurs standards utilisés par le secteur médico-social.

La phase de diagnostic, à l'issue de notre 1^{er} CPOM, a permis de faire ressortir des insuffisances de financement partagées par l'ARS, mais le rebasage n'est pas possible au vu des enveloppes régionales. Nous avons donc, à ce stade, bloqué la signature de notre 2nd CPOM. »

Benoît Michaud, Directeur général adjoint, Union Territoriale Mutualiste Lorraine (U.T.M.L)

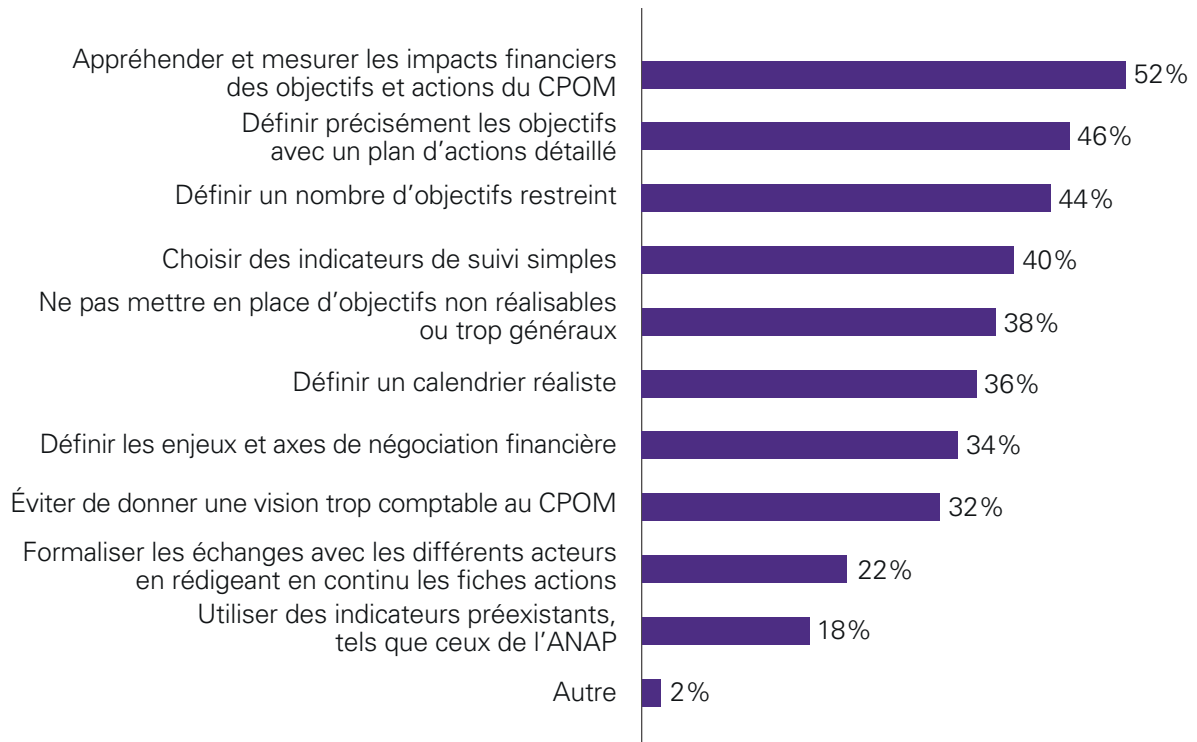
« Le nombre d'indicateurs à suivre dans la mise en œuvre du CPOM doit être limité. Comme nous avons 20 fiches actions, nous nous sommes limités à un indicateur de résultat par fiche.

Nous avons choisi en priorité des indicateurs ANAP sur les domaines ressources humaines et financiers, afin de bénéficier d'un recueil déjà existant des données. »

Philippe Mortel, Directeur général adjoint, Fondation OVE

Quels sont les facteurs clés de succès pour la fixation des objectifs et la formalisation des fiches actions ?

(5 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Facteurs clés de succès pour les OG ayant vécu l'étape 3
(Base répondants : 50 ; NSP : 7%)



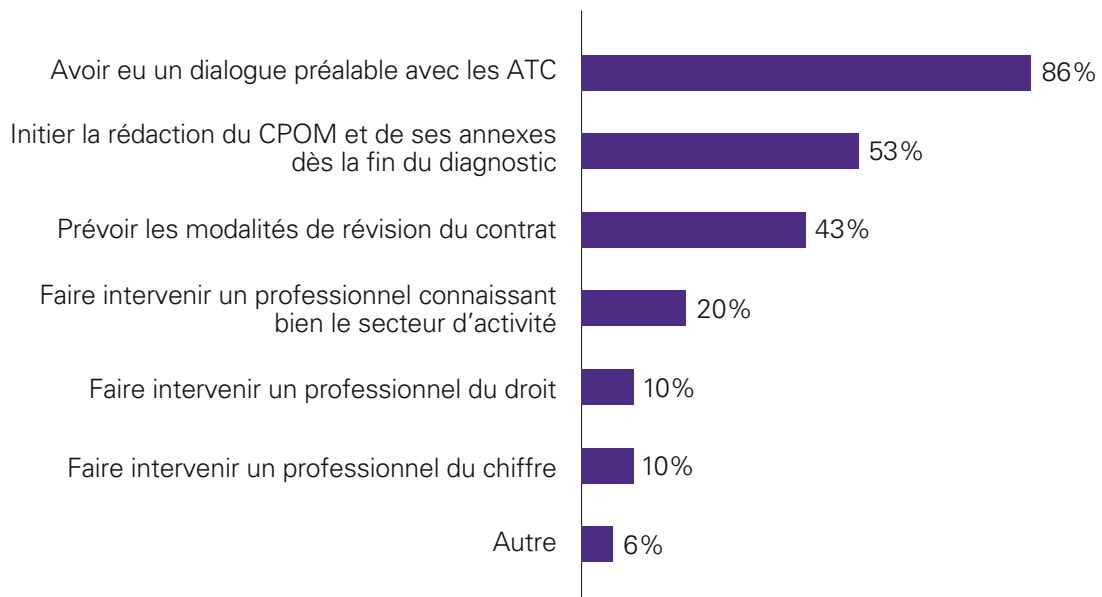
Sans trop de surprise, il ressort de l'enquête que l'élément clé conditionnant la réussite de la mise en place d'un CPOM, est **l'établissement d'un dialogue préalable avec les ATC** (86%), ce qui permet, notamment, d'avoir pu anticiper les disponibilités des uns et des autres et d'avoir pu se concerter avant sur la détermination des engagements réciproques des parties au contrat.

S'agissant des autres facteurs clés de succès pour la phase de rédaction du contrat, les OG invitent à **initier la rédaction du CPOM et de**

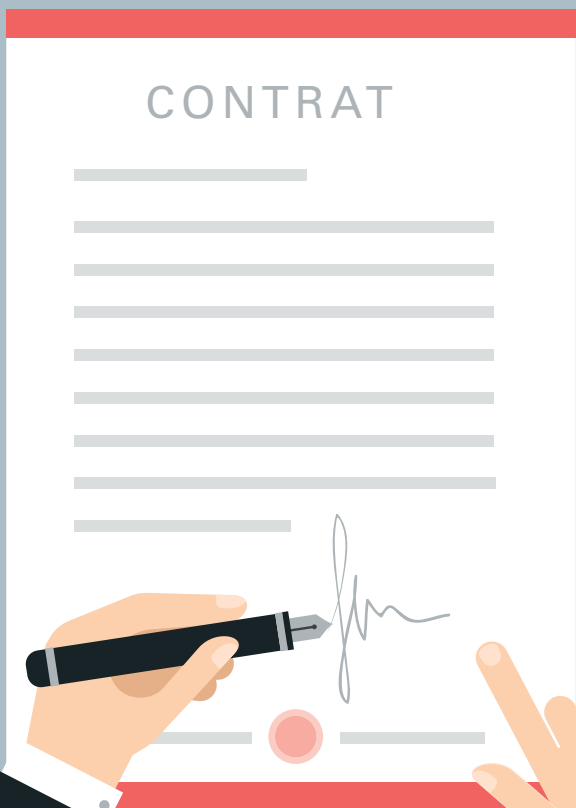
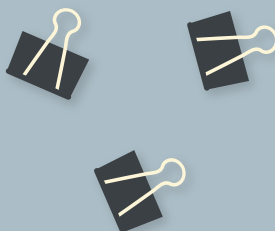
ses annexes dès la fin du diagnostic (53%), notamment, la rédaction de la synthèse du diagnostic partagé et des fiches actions ; mais aussi, **prévoir les modalités de révision du contrat** (43%), afin par exemple d'intégrer de nouveaux ESSMS dans le périmètre du CPOM ; ainsi que, **faire intervenir un consultant ou prestataire externe** ayant une bonne connaissance du secteur d'activité (20%).

Quels sont les facteurs clés de succès pour la rédaction et signature du CPOM ?

(5 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Facteurs clés de succès pour les OG ayant vécu l'étape 4
(Base répondants : 49 ; NSP : 4%)



Analyse empirique des 40 CPOM



Il ressort de l'analyse des contrats que l'approche par objectifs n'est pas stabilisée. Le dispositif se caractérise par un certain flou quant à la qualification et au nombre desdits objectifs mais aussi une certaine hétérogénéité de leur traduction opérationnelle. Par ailleurs, la définition et l'usage des indicateurs comportent des marges d'amélioration.

1. La qualification et la hiérarchisation des objectifs

Depuis les lois de 2002 et 2005, des « axes fondamentaux » servent de référence aux politiques suivies dans le secteur médico-social. Les ARS définissent pour leur part trois « domaines d'action », qualifiés parfois « d'axes de progrès », qui figurent dans une majorité de contrats et représentent dans quelques-uns les seuls objectifs retenus dans le CPOM : qualité de l'accompagnement ; gestion, organisation et gouvernance ; inscription dans la dynamique des politiques publiques.

Dans certains cas, la justesse et la profondeur de la réflexion stratégique de certains OG est susceptible de se traduire par une volonté de « tout embrasser » en définissant, au-delà des orientations stratégiques nationales, diverses catégories d'objectifs dont **l'abondance et l'hétérogénéité ne favorisent pas une vision claire** de la démarche contractuelle et de ce que l'on en attend.

L'analyse des CPOM fait ressortir toute une série de qualificatifs relatifs aux objectifs sans que leur hiérarchisation apparaisse clairement. Malgré cette dispersion terminologique, **la fixation des objectifs s'avère pertinente et en phase avec les éléments du diagnostic dans plus des deux tiers des contrats.**

Un autre point positif est relevé concernant l'adéquation des objectifs aux priorités, laquelle peut se traduire dans les faits. Ainsi, dans un cas, le diagnostic ayant mis en lumière la difficulté pour certains établissements de l'OG à prendre les tournants nécessaires en termes d'organisation, de management, de dématérialisation et de transversalité, les signataires ont choisi de mettre l'accent exclusivement sur des objectifs de type managérial²⁶.

En dehors de ces cas particuliers, la structuration par objectifs comprend généralement deux ou trois strates, sans pour autant que la typologie ne soit harmonisée ou validée.

26 - Objectifs de type managérial, tels que l'adaptation des établissements à l'évolution des accompagnements, l'amélioration de la gestion des ressources humaines, l'amélioration de l'efficacité des systèmes d'information, le développement des partenariats et réseaux et l'amélioration de la qualité.

Le premier niveau porte sur les axes « ARS », qualifiés parfois **d'axes stratégiques**, au nombre de trois ou quatre selon les contrats :

- Prestations d'accompagnement des personnes ;
- Pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité (parfois) ;
- Mise en place d'une organisation efficiente ;

- Inscription des établissements et services dans la dynamique territoriale.

Un deuxième niveau se réfère aux **objectifs stratégiques** propres à l'OG, qui sont une déclinaison « personnalisée » des domaines d'action de l'ARS mais restent assez généraux. Le tableau ci-après présente les principales catégories d'objectifs stratégiques recensés dans les contrats.

OBJECTIFS STRATEGIQUES <i>les plus fréquemment recensés</i>	
Domaines d'action / Axes stratégiques	Principaux objectifs stratégiques
Qualité de l'accompagnement / Démarche d'amélioration continue de la qualité	Améliorer l'accueil, la participation et l'accompagnement des usagers
	Prestations d'accompagnement personnalisées garantissant l'autonomie et la qualité de vie des personnes
	Pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité
	Poursuivre et développer les actions de prévention en santé
	Restructuration immobilière
	Adapter les équipements à la demande du public et à l'évolution des politiques sociales
	Développement de la bientraitance
	Démarche de gestion des risques
	Poursuivre la démarche engagée en matière d'évaluation interne - externe
	Optimiser les moyens financiers de l'association
Mise en place d'une organisation efficiente	Parvenir à un équilibre budgétaire et financier durable
	Structurer la gestion de l'association
	Mise en place d'une organisation efficiente
Inscription des établissements et services dans la dynamique territoriale	Développer la communication efficiente
	Engager l'association dans une démarche partenariale
	Mise en œuvre de la politique nationale médico-sociale
	Inscription dans une dynamique territoriale

Le troisième niveau porte sur les **objectifs souvent qualifiés d'opérationnels** auxquels correspondent naturellement une ou plusieurs fiches-action. Nous avons dénombré dans l'échantillon plus d'une trentaine d'items répondant à cette qualification d'opérationnelle.

Les rédacteurs peuvent aussi introduire des « **objectifs complémentaires** » ou « **spécifiques** », qui se situent, soit en sus,

soit en substitution des objectifs du 2^{ème} ou du 3^{ème} niveau. Il peut s'agir du renforcement de l'identité structurelle du siège, d'une politique de promotion de la santé et/ou de la prévention, de conventionnement avec des partenaires, d'optimisations métiers comme l'adaptation de certaines prises en charge ou bien d'aspects méthodologiques comme l'appui sur les bonnes pratiques.

Au regard de ces typologies et de la diversité des contextes, **le nombre des objectifs** qui sont qualifiés d'opérationnels dans les quarante contrats étudiés se situe entre 4 et 41, avec **une médiane de 15** et une moyenne de 17.

Au-delà de cette approche typologique, **trois enjeux majeurs** émergent de l'ensemble des travaux : **la professionnalisation du management** du siège et des établissements, **la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement de l'utilisateur, la dynamique attachée à l'inscription de l'offre dans le territoire**. À ces impératifs assumés s'ajoutent, plus en creux, **les progrès nécessaires en matière de dématérialisation et de modernisation des systèmes d'informations** en vue de répondre aux exigences actualisées de l'article L.312-9 du CASF.

2. La diversité des fiches action

Cette diversité des fiches action est bien sûr étroitement corrélée aux choix et à la typologie des objectifs. Nombre d'entre elles reprennent les boîtes à outils fournies par l'ANAP et les ARS qui décrivent la déclinaison d'objectifs réellement opérationnels. **La structure de chaque fiche répond globalement au modèle**. L'analyse a permis de constater des exceptions à ce principe, peu surprenantes au regard de l'hétérogénéité constatée en matière d'objectifs. Certaines fiches sont rédigées de telle manière qu'elles ne peuvent donner lieu à une évaluation précise. Parfois, la fiche action traite de la réalisation d'un projet spécifique innovant et/ou expérimental, se situant ainsi à l'intersection du stratégique et de l'opérationnel, en particulier dans l'accueil ou le parcours des personnes.

Globalement **les items de suivi calendaire et les objectifs chiffrés relatifs aux indicateurs ne sont majoritairement pas renseignés** à la date de la signature du contrat.

3. La perfectibilité dans le choix et la définition des indicateurs

La définition et l'usage d'indicateurs de suivi des objectifs et des actions qui s'y attachent font l'objet de développements pédagogiques importants, au premier rang desquels le guide des indicateurs que l'ANAP a publié dans le cadre du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social et le guide de l'ANESM intitulé « *Valoriser les résultats de vos évaluations* ». Ces documents rappellent les principales caractéristiques d'un indicateur, sa pertinence, sa robustesse et sa productibilité. L'analyse de l'échantillon des CPOM a permis de déceler de **fortes marges de progression** dans ces trois dimensions.

On observe en premier lieu que les indicateurs Flash, qui ont trait à la qualité et à la sécurité des soins et des accompagnements, paraissent les mieux compris et utilisés, dès lors qu'ils apparaissent comme parties prenantes du dialogue de gestion.

En second lieu, plus de la moitié des contrats analysés, y compris les plus récemment signés, contiennent une **abondance d'indicateurs qui correspondent plutôt à des repères d'avancement** d'un dossier, non datés et non chiffrés (ex : enquêtes de satisfaction, conventions de partenariats, production de documents, etc.) qu'aux outils préconisés par l'ANAP. Près de vingt pour cent des CPOM font suivre l'item « indicateurs de l'action » de la mention « à préciser ». Quelques contrats ne comprennent aucune mention d'indicateurs.

Lorsque les OG se situent dans la logique du tableau de bord de la performance, ils utilisent plus aisément les indicateurs clés d'analyse et de pilotage interne que les indicateurs de dialogue qui figurent au tableau de bord sous forme de taux à atteindre.

De plus, lorsque les indicateurs sont énoncés dans les contrats, ils sont **très rarement chiffrés**, et leur méthode de calcul n'est jamais spécifiée. Enfin, il est à noter que les contrats « départementaux » font apparaître, à la marge, une directivité plus forte du financeur concernant la fixation des objectifs et surtout la mesure de leurs résultats dans le temps. Cela se constate pour les actions prioritaires ou spécifiques telle la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

L'instruction du 21 mars 2017 concernant les CPOM, adressée aux ARS, traduit la prise de conscience des tutelles sur ce sujet puisqu'elle invite les ARS à favoriser un usage mesuré et adapté des indicateurs. Le retour d'expérience que nous avons eu sur les contrats signés depuis six ans confirme la pertinence des orientations 2017 de la DGCS visant à bâtir des CPOM plus cadrés et opératoires. Mais comme dans d'autres secteurs publics ou privés, les organismes gestionnaires doivent s'engager dans une démarche de longue haleine visant à acculturer, dans leurs services, des modes de pilotage par la performance et à les concilier avec leurs valeurs.

4. Les modalités financières et de suivi

Cette partie du contrat ne comporte que d'infimes variations dans l'échantillon puisque qu'elle apparaît comme la traduction des desiderata du ou des financeurs. Le dispositif de suivi et d'évaluation s'avère pratiquement normé.

Les modalités financières suivantes sont reprises dans la majorité des contrats entre les ESSMS-PH et l'ARS :

- les modalités de financement des « mesures nouvelles » ;
 - **la fixation des frais de siège** ;
 - **les modalités de versement de la DGC** (par douzième) ;
 - **la détermination du mode d'évolution de la DGC** sur la durée du CPOM (selon l'une des trois modalités prévues à l'article R.314-40 du CASF) ;
 - le traitement des recettes au titre de l'amendement CRETON ;
 - les règles de **virements de crédits entre groupes fonctionnels** et/ou de **fongibilité des moyens alloués entre les ESSMS** concernés par le CPOM (décisions budgétaires modificatives) ;
 - les règles d'**affectation des résultats** ;
 - le calendrier et la liste des documents budgétaires et comptables à fournir, en dérogation à la procédure budgétaire annuelle contradictoire.
- **la détermination de la dotation globalisée commune (DGC)**, incluant les modalités de calcul de la DGC de référence pour la première année du contrat, répartie par ESSMS du périmètre CPOM, hors crédits non reconductibles ;



2.4.4 Pilotage et suivi du CPOM

À compter de sa signature, le CPOM doit être mis en œuvre et fait l'objet d'un suivi, notamment, au travers des indicateurs précédemment définis qui permettront de veiller à la bonne atteinte des objectifs.

Cette étude n'a pas pour objet de traiter de la mise en œuvre, à proprement parler, des engagements contractuels du CPOM.

Cependant, nous avons souhaité interroger les OG ayant déjà signé un CPOM sur les difficultés qu'ils ont pu rencontrer lors de la mise en œuvre et du suivi du CPOM, ainsi que sur les facteurs clés de succès qu'ils ont pu identifier, afin de pouvoir les prendre en compte, le cas échéant, dans la démarche de contractualisation, avant la signature du CPOM.

Principales difficultés dans le pilotage et le suivi du CPOM

Dans cette phase post-signature, la principale difficulté rencontrée par les OG signataires tient **à la mobilisation des ATC pour la réalisation du dialogue de gestion** (45%). Cela confirme l'importance d'anticiper et d'organiser les temps d'échanges avec les ATC, comme cela a déjà été mis en avant dans les phases pré-signature étudiées ci-avant.

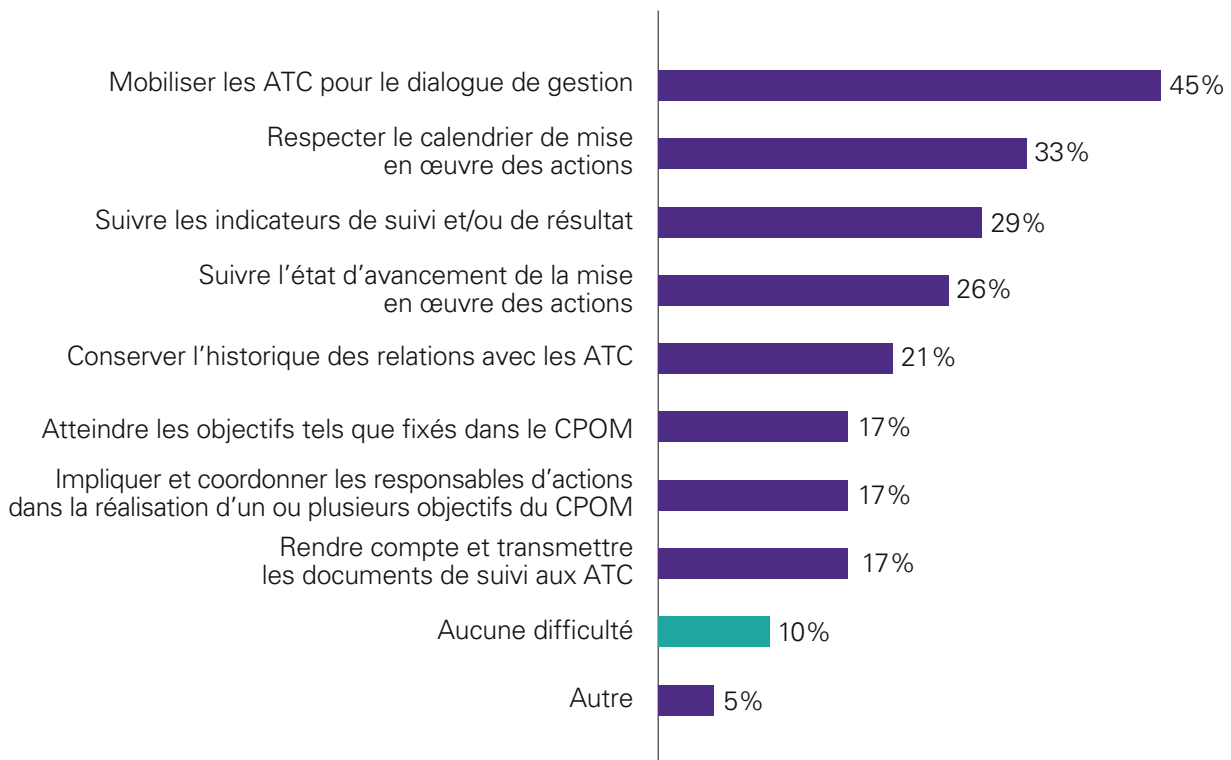
Les autres difficultés majeures remontées par les OG concernent **le respect du calendrier de mise en œuvre des actions** telles que prévues au contrat (33%), devant **le suivi des indicateurs de suivi et/ou de résultat** tels que définis dans le CPOM (29%), ainsi que **le suivi de l'état d'avancement de la mise**

en place des actions (26%). Là encore, les réponses apportées mettent l'accent sur les principaux points d'attention et facteurs clés de succès formulés dans l'étape de négociation des objectifs, en particulier, la nécessité de définir des objectifs réalistes et de retenir des indicateurs tout à la fois pertinents et simples à calculer.

Parmi les autres difficultés pointées, nous relevons la conservation de **l'historique des relations avec les ATC** (21%), notamment due à des changements d'interlocuteurs. Il paraît donc utile de conserver les comptes rendus des réunions et les documents transmis aux ATC.

Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées lors de la mise en œuvre et du suivi du CPOM ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Difficultés rencontrées par les OG ayant vécu l'étape 5
(Base répondants : 42 ; NSP : 14%)

Les facteurs clés de succès pour le pilotage et le suivi du CPOM

Parmi les facteurs clés de succès identifiés pour réussir la mise en œuvre et le suivi du CPOM, deux se détachent plus nettement : **avoir fixé des objectifs clairs, précis et atteignables** (57%) et **la planification d'échanges réguliers avec les ATC** (52%). Ces recommandations sont le corollaire des difficultés précédemment identifiées.

Nous observons, par ailleurs, que les OG invitent à **harmoniser les outils de suivi et les documents à transmettre aux ATC** (41%). L'outil e-Cars, dont le déploiement, au sein des ARS, est prévu courant 2018, devrait « *faciliter l'échange et le partage d'information entre les parties prenantes sur les différentes phases de la vie d'un CPOM (élaboration initiale, évaluation, modification par voie d'avenants ou par prorogation)*²⁷ ».



« En tant que chef de projet national métier sur l'outil e-CARS, nous aspirons à ce que cet outil soit articulé avec le tableau de bord de l'ANAP, notamment parce que la plupart de nos objectifs et indicateurs de suivi sont pensés dans son cadre.

Celui-ci doit être le support national d'une mécanisation de la contractualisation, tout en gardant une marge d'adaptation au niveau territorial. »

Marie-Hélène Lecenne, Directrice de l'autonomie, ARS Auvergne-Rhône-Alpes

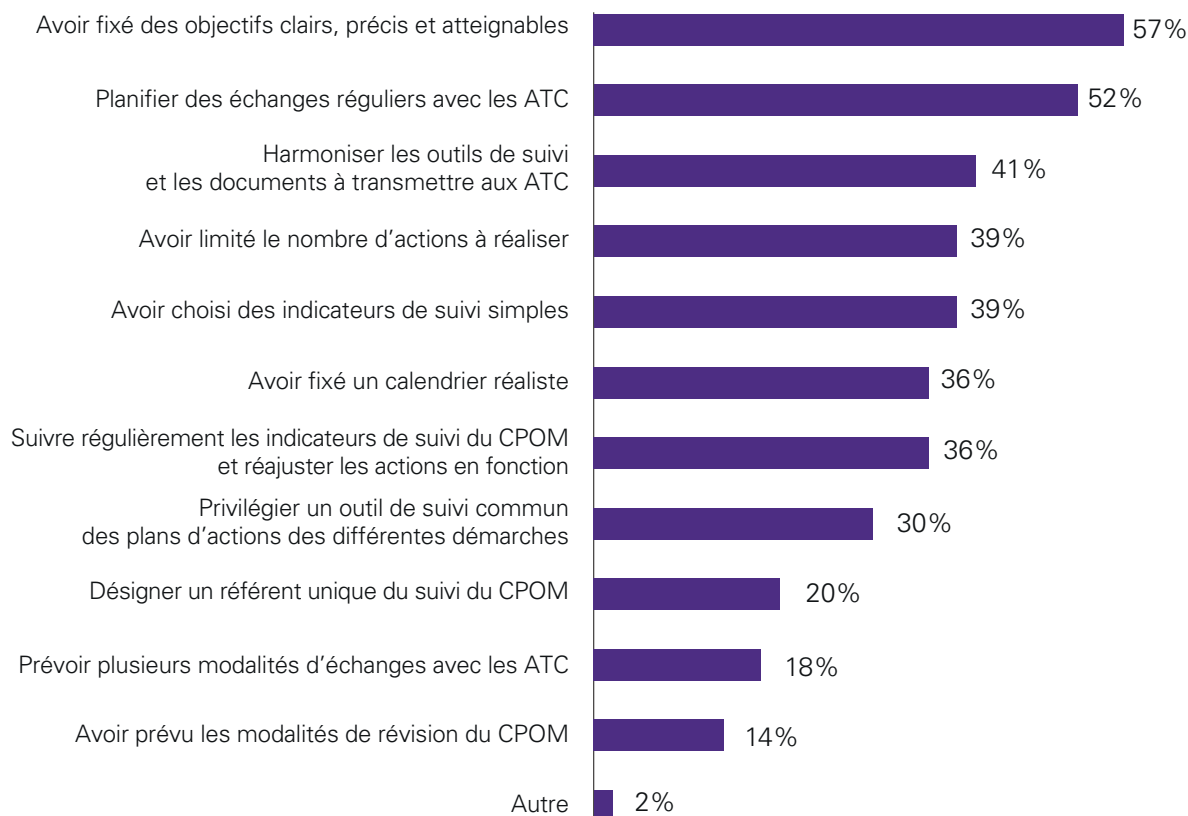
Les facteurs clés de succès suivants, cités par les OG, doivent être pris en considération dès la phase de négociation des objectifs : **avoir limité le nombre d'actions à réaliser** (39%), avoir choisi **des indicateurs de suivi simples** (39%), avoir fixé **un calendrier réaliste** (36%).

Enfin, nous constatons que les OG préconisent de **suivre régulièrement les indicateurs de suivi** du CPOM et de **réajuster les actions en**

fonction (36%), mais aussi de privilégier un outil de suivi commun des plans d'actions des différentes démarches (évaluations internes et externes, projets d'établissements,...) (30%), de désigner un référent unique du suivi du CPOM (20%), de prévoir plusieurs modalités d'échanges avec les ATC, que ce soit physiques ou téléphoniques ou encore par courriels (18%), et enfin d'avoir prévu des modalités de révision du contrat (14%).

Quels sont les facteurs clés de succès pour la mise en œuvre et le suivi du CPOM ?

(5 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



■ Facteurs clés de succès pour les OG ayant vécu l'étape 5
(Base répondants : 44 ; NSP : 10%)



2.5 Impacts, avantages et inconvénients du CPOM

Dans cette partie, nous avons tenté d'apprécier les effets de la mise en place d'un CPOM, mais aussi ses avantages et inconvénients, en

interrogeant les représentants d'OG ayant déjà signé un tel contrat.

2.5.1 Impacts de la mise en place du CPOM

Impacts sur le pilotage de l'OG et de ses ESSMS

Concernant le pilotage de l'OG et de ses établissements et/ou services, les deux principaux impacts mentionnés sont **l'obligation d'une vision à moyen terme** (55%) et **la nécessité de définir des grands projets structurants** (51%) ; viennent ensuite le changement de logique et de stratégie de négociation (43%), le développement d'un management transversal (33%), mais aussi la mise aux normes de certaines structures (27%).

Par ailleurs, sont cités à égalité (22%), le renforcement du rôle de la gouvernance de l'OG, ainsi que l'organisation tant du dialogue que de la circulation d'informations entre l'OG et ses ESSMS, ce qui passe par la nécessité de former les membres des instances de gouvernance.

Seuls 2% des répondants affirment n'avoir constaté aucun impact.



« Le CPOM est un formidable accélérateur de projet parce que nous avons la main sur une enveloppe avec laquelle nous faisons des choix de gestion, en fonction des choix stratégiques validés dans le CPOM. »

Philippe Mortel, Directeur général adjoint, Fondation OVE

« La réforme CPOM / EPRD permet une relative libre affectation des résultats. Les gestionnaires pourront affecter leurs éventuels excédents sur des objectifs prédéfinis avec les financeurs. En revanche, en cas de déficits, ils ne seront pas repris. Cela permet de mieux responsabiliser les gestionnaires en leur donnant davantage la main sur leur mode de gestion.

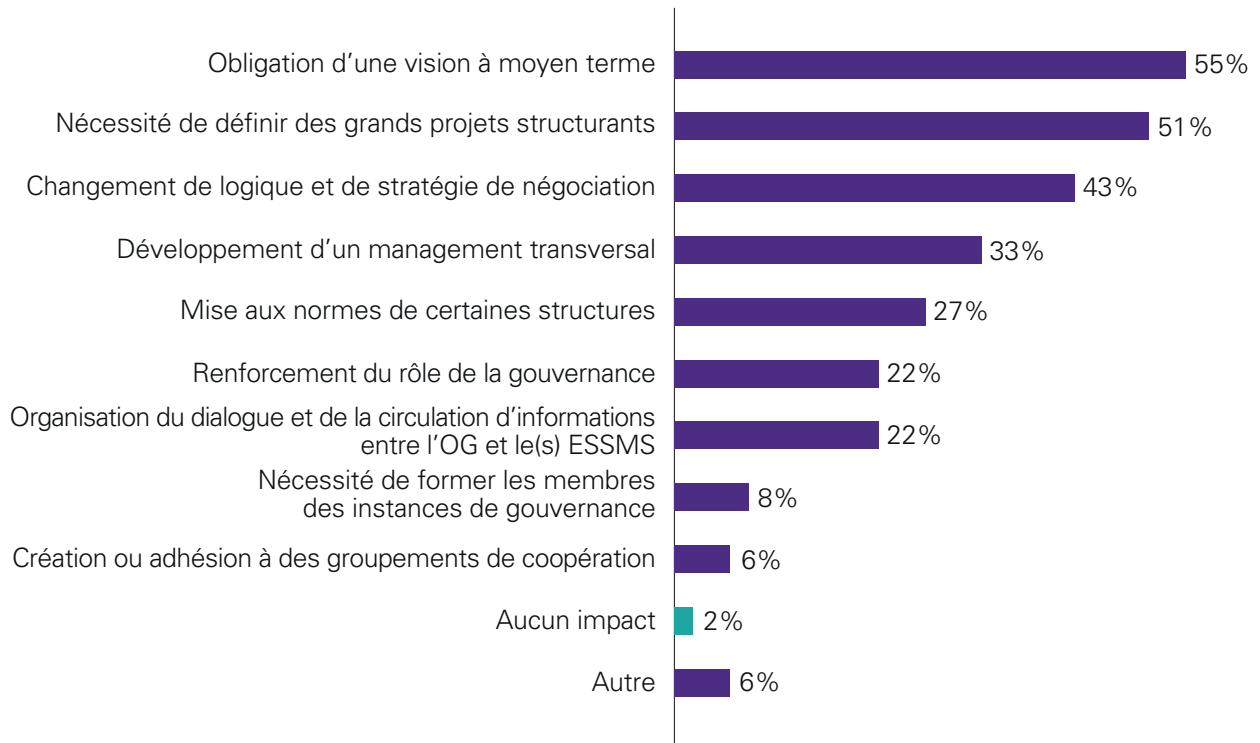
Nous espérons qu'il s'agira vraiment de CPOM (des objectifs avec des moyens associés) et non pas de CPO (seulement des objectifs), c'est la crainte qu'ont certains gestionnaires. L'avenir nous le dira. »

Annabelle Vêques-Malnou, Directrice, FNADEPA



Selon vous, quels sont les principaux impacts du CPOM sur le pilotage de votre (vos) ESSMS / OG?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



Base répondants : 49 ; NSP : 0%



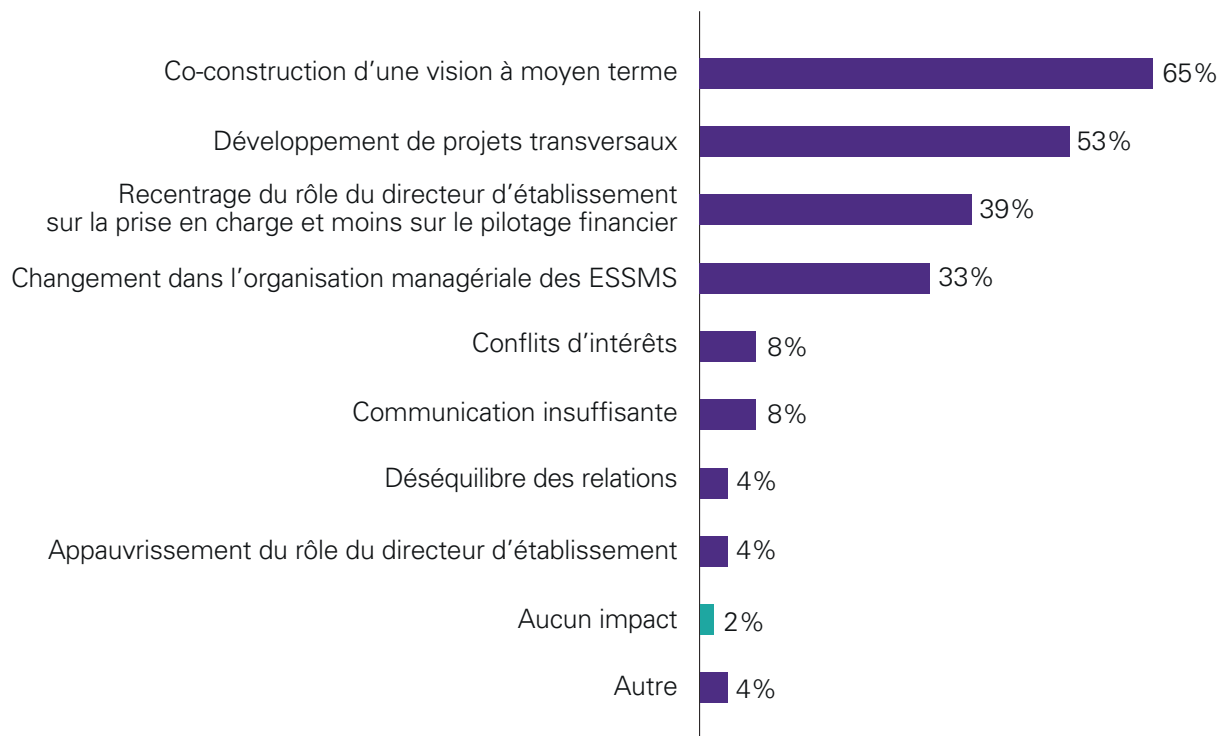
Impacts sur les relations entre l'OG et les directeurs de ses ESSMS

Pour ce qui ressort des relations entre l'OG et les directeurs d'établissements, quatre grands impacts arrivent en tête : la **co-construction d'une vision à moyen terme** (65%), devant le **développement de projets transversaux** (53%), le recentrage du rôle du directeur d'établissement plutôt sur la prise en charge et moins sur le pilotage financier (39%) et le changement dans l'organisation managériale des établissements et services (33%).

Les notions de conflits d'intérêts, de déséquilibre des relations ou d'appauvrissement du rôle du directeur ne sont que très faiblement citées par les répondants à l'enquête.

Selon vous, quels sont les principaux impacts du CPOM sur les relations entre l'OG et les directeurs d'ESSMS concernés ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



Base répondants : 49 ; NSP : 0%

Impacts sur la relation entre l'OG et les ATC

En ce qui concerne les relations entre l'OG et les autorités de tarification, les deux principaux impacts retenus tiennent, d'une part, à **l'augmentation de l'autonomie des gestionnaires** dans le cadre d'un dialogue de confiance (63%) et, d'autre part à la sortie de la procédure budgétaire annuelle formelle **au profit d'un dialogue plus constructif** (51%). Ces deux points rencontrent la volonté des législateurs successifs de donner aux OG, à la fois, plus de responsabilités et une plus grande liberté de gestion.

Au titre des autres impacts positifs mentionnés par les répondants vient la simplification de la relation contractuelle, en tendant vers un contrat unique (37%).

Les autres impacts financiers remontés par les répondants ont un caractère plus négatif et concernent la limitation de la négociation budgétaire aux financements complémentaires sur des projets spécifiques (33%), l'avantage contractuel donné aux ATC (22%), ainsi que le manque de souplesse dans l'allocation de ressources, notamment en raison de la convergence tarifaire (22%).

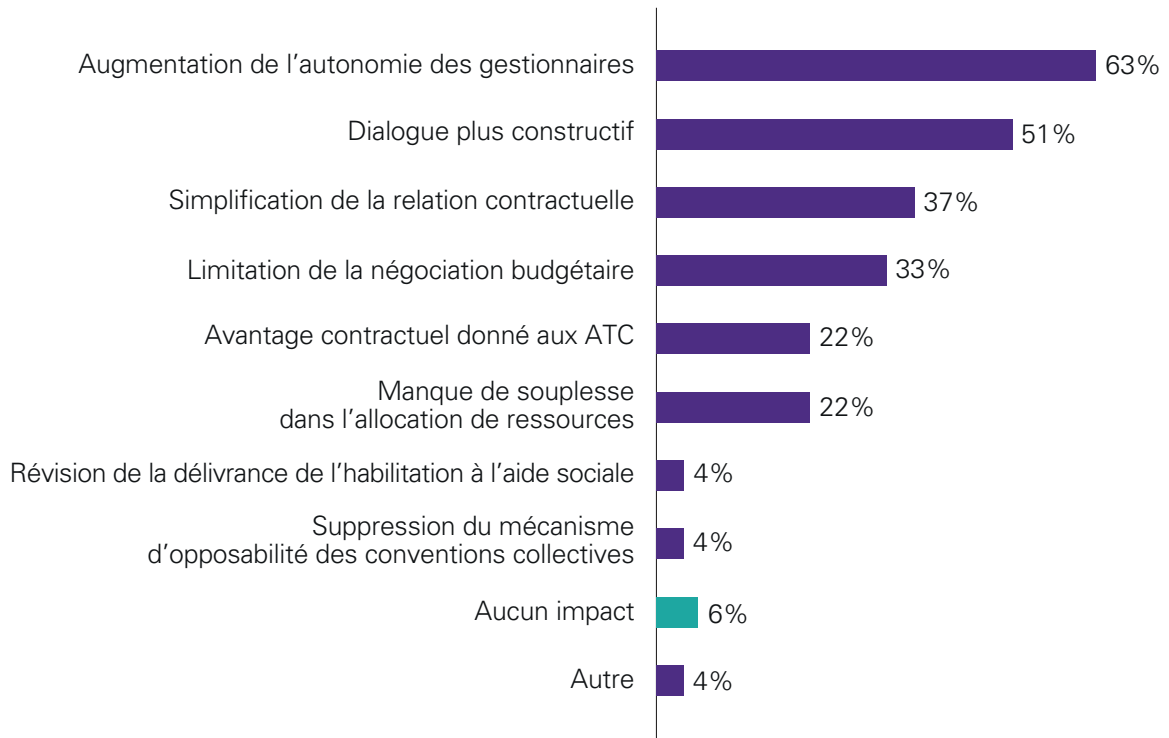


« Le CPOM permet un dialogue plus stratégique. La gestion de l'enveloppe globale responsabilise et oblige l'organisme gestionnaire. C'est une totale rupture avec la logique annuelle et la reprise des résultats à N+2. »

Philippe Mortel, Directeur général adjoint, Fondation OVE

Selon vous, quels sont les principaux impacts du CPOM sur la relation entre l'OG et les ATC ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



Base répondants : 49 ; NSP : 0%



Impacts sur la coopération de l'OG et de ses ESSMS avec les autres acteurs territoriaux

Quant à la coopération avec les autres acteurs territoriaux, les principaux effets attendus par les OG sont **la disparition des gestionnaires mono-établissements**, probablement par fusion (39%), **l'émergence d'une logique de filière** (spécialisation), ainsi que **le regroupement** des établissements ou services, via par exemple un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) ou un groupement

d'intérêt public (GIP). Des réflexions paraissent devoir être engagées sur les regroupements et la mutualisation, tant dans une perspective financière, que d'amélioration de la qualité.

Toutefois, nous relevons que **33%** des répondants considèrent que le CPOM n'aura **aucun impact** en termes de coopération avec les autres acteurs territoriaux.



« Le département n'impose rien mais il suggère fortement. La loi du marché est ainsi faite qu'il vaut mieux anticiper des dépôts de bilan plutôt que de les subir. Nous sommes par ailleurs en train de nous interroger à l'occasion de l'élaboration du nouveau schéma de l'autonomie sur ce qu'est le seuil d'efficience d'un établissement ; par exemple, est ce qu'un établissement pour personnes âgées de 70 places est encore efficace aujourd'hui, ou encore un groupe avec 2 000 lits, est-il trop important ?

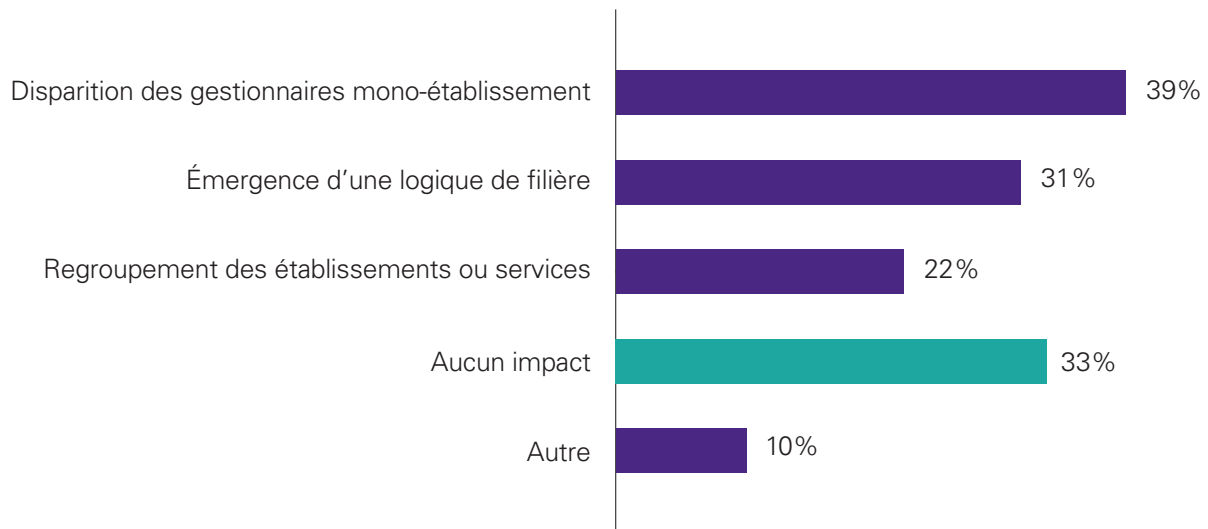
Nous n'avons pas les réponses, mais conjointement avec l'ARS, nous invitons les établissements à se projeter, à parler ouvertement. Ce n'est plus un tabou aujourd'hui de dire qu'il faut envisager, à court ou moyen terme, un mariage, une fusion, une coopération.

Dans notre département, il y a des fusions en perspective dans le champ du handicap. Par contre, dans le champ des personnes âgées c'est plus difficile parce qu'il y a une gouvernance locale encore réfractaire à cette idée. On travaille ensemble, c'est bien, mais on ne veut pas encore « se marier ». Cependant, les gestionnaires prennent conscience qu'ils ne peuvent plus continuer à travailler seuls. Il est nécessaire de travailler ensemble sur la formation de ses collègues, sur le partage de services communs, d'animateurs, d'experts financiers, de démarches qualité, etc. »

Jean-Claude Bicego, Directeur de la Politique de l'Autonomie, et Paul-Charles Aubert, Service des Établissements Sociaux, Conseil départemental de la Moselle

Selon vous, quels sont les principaux impacts du CPOM sur la coopération de votre (vos) ESSMS / OG avec les autres acteurs territoriaux ?

(4 réponses maximum ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



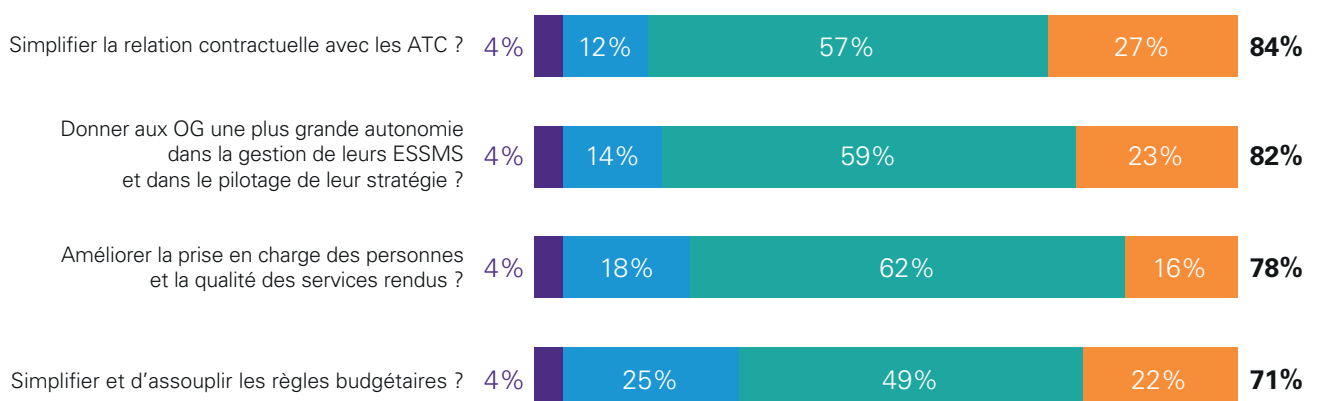
Base répondants : 49 ; NSP : 0%

2.5.2 Avantages et inconvénients

Atouts du CPOM

Il ressort de l'enquête que les OG ayant déjà signé un CPOM estiment que celui-ci permet de simplifier la relation contractuelle avec les ATC (à 84%), mais aussi, qu'il permet de donner aux OG une plus grande autonomie dans la gestion de ses ESSMS et dans le pilotage de sa stratégie (à 82%), ainsi que d'améliorer tant la prise en charge des personnes que la qualité des services rendus (à 78%) et, enfin, de simplifier et d'assouplir les règles budgétaires (71%).

Selon vous, le CPOM permet-il de :



■ Pas du tout d'accord
 ■ Plutôt pas d'accord
 ■ Plutôt d'accord
 ■ Tout à fait d'accord

Base répondants : 49 ; NSP : 0%

Si l'on entre dans le détail des réponses apportées à l'enquête, il ressort que :

- 84% des OG considèrent que le CPOM **permet de simplifier la relation contractuelle avec les ATC** :
 - en favorisant un dialogue plus stratégique avec les ATC sur les objectifs, le développement et l'efficacité de l'OG (78%) ;
 - en permettant aux groupes de conclure un contrat unique avec les ATC pour l'ensemble de leurs établissements ou services (41%) ;
 - en faisant du CPOM un document central de la contractualisation, avec notamment l'habilitation à l'aide sociale qui fait partie intégrante de ce contrat (39%).

Les 16% d'OG qui ne sont pas d'accord avec l'avantage précité avancent, notamment, que la négociation et les comptes rendus sur le CPOM s'ajoutent aux négociations déjà existantes.

- 82% des répondants pensent que le CPOM **donne aux OG une plus grande autonomie dans la gestion de ses ESSMS et dans le pilotage de sa stratégie** :
 - en donnant la visibilité d'un cadre pluriannuel aux objectifs et aux financements (73%) ;
 - en permettant de dégager des marges de manœuvre dans la répartition des moyens entre les ESSMS d'un même OG (68%) ;
 - en favorisant les projets de mutualisation, structuration du système d'information, amélioration de l'activité entre plusieurs ESSMS liés par un même contrat (60%).

Les 18% des OG qui ne sont pas d'accord avec le gain d'une plus grande autonomie avancent, en particulier, l'existence de contraintes budgétaires trop fortes et l'intervention des ATC notamment sur les objectifs stratégiques du CPOM.

- 78% des répondants estiment que le CPOM **contribue à améliorer la prise en charge des personnes et la qualité des services rendus** :
 - en instaurant un diagnostic partagé et un dialogue plus stratégique avec les ATC (63%) ;
 - en donnant une dimension pluriannuelle propice au déploiement de projets, notamment immobiliers (61%) ;
 - en permettant une transversalité entre ESSMS de différentes catégories (45%) ;
 - en incitant à la concrétisation de partenariats (34%) ;
 - en exonérant de la procédure d'appel à projets, certains projets de transformation d'ESSMS avec modification de la catégorie de bénéficiaires et augmentation de la capacité d'accueil, sous conditions (34%).

Sur les raisons de désaccord (22%), les répondants mettent en avant que, malgré tout, l'aspect budgétaire et financier prédomine le plus souvent dans le CPOM, au détriment de la qualité de l'accompagnement et de la relation avec les usagers.
- 71% des répondants jugent que le CPOM **apporte une simplification et un assouplissement des règles budgétaires** :
 - en disposant d'une certaine liberté d'affectation des résultats entre ESSMS au sein d'un même CPOM (69%) ;
 - en mettant fin à la procédure budgétaire annuelle (66%) ;
 - en donnant la visibilité d'un cadre pluriannuel aux objectifs et aux financements (54%) ;
 - en sécurisant la trésorerie par le versement des ressources sur la base d'un douzième par mois, et non à la facturation de l'activité réalisée (43%), entraînant de facto la diminution du nombre de factures ;
 - en rendant possible des déséquilibres budgétaires transitoires sur une période (40%), via l'établissement d'un EPRD.

Les 29% ne partageant pas ce point de vue allèguent le fait que le processus budgétaire reste lourd, avec toujours autant de documents et d'informations à fournir aux ATC, mais aussi que le CPOM n'apporte pas de solution pérenne en matière de financement.

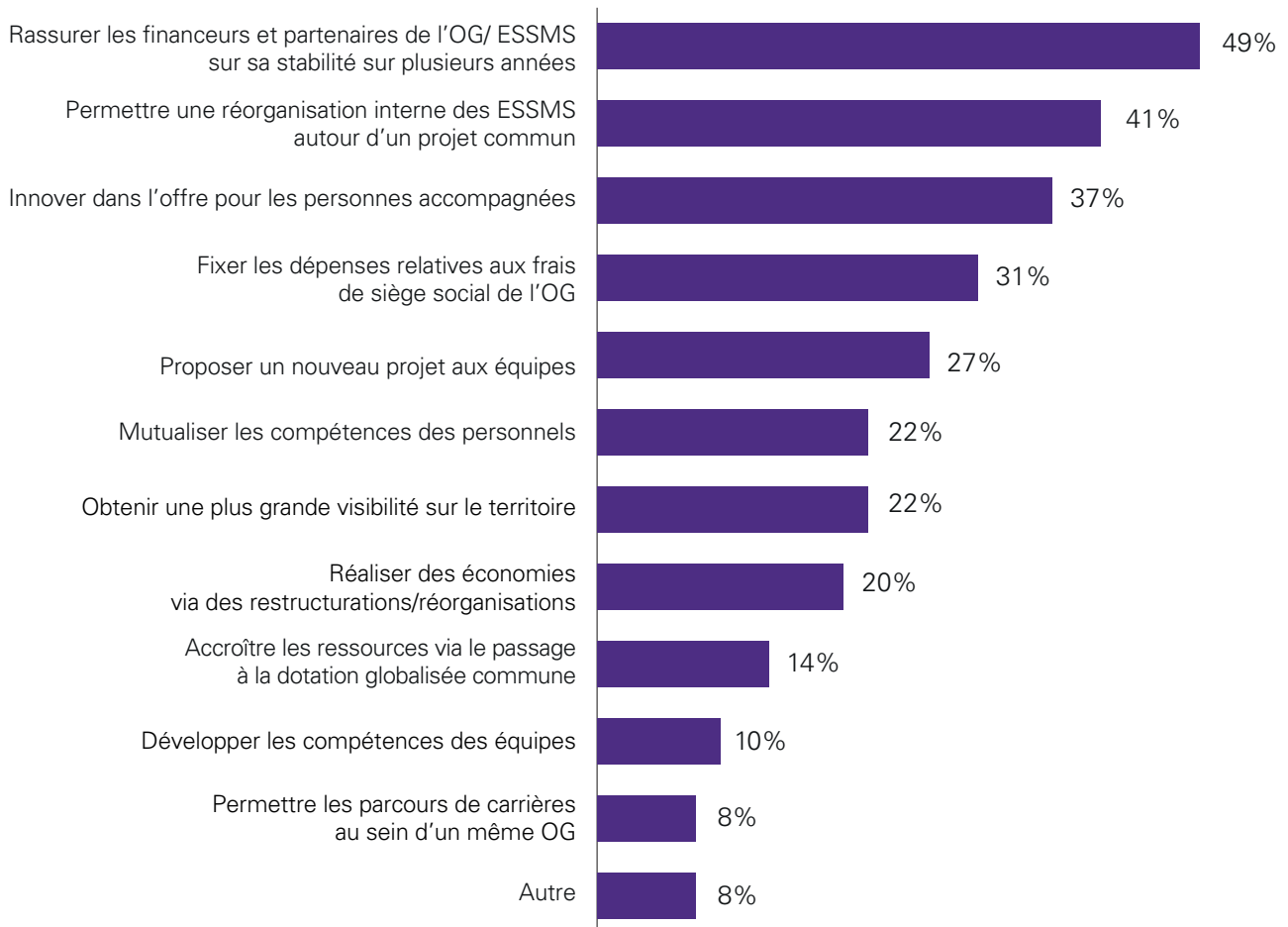
Au-delà des avantages majeurs du CPOM que nous venons de présenter ci-avant, plusieurs autres avantages ont été retenus par les répondants à l'enquête.

Parmi ces **autres avantages**, le CPOM rassure les financeurs et les partenaires de l'OG et de ses ESSMS sur leur stabilité sur plusieurs

années (49%) ; il permet de mettre en œuvre une réorganisation interne des ESSMS autour d'un projet commun (41%) mais aussi d'innover dans l'offre à destination des personnes accompagnées (37%) ; il est, également, l'occasion de fixer une nouvelle enveloppe pour les dépenses relatives au siège social de l'OG (31%).

Selon vous, le CPOM présente-t-il d'autres avantages que ceux détaillés précédemment ?

(Plusieurs réponses possibles ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



Base répondants : 49

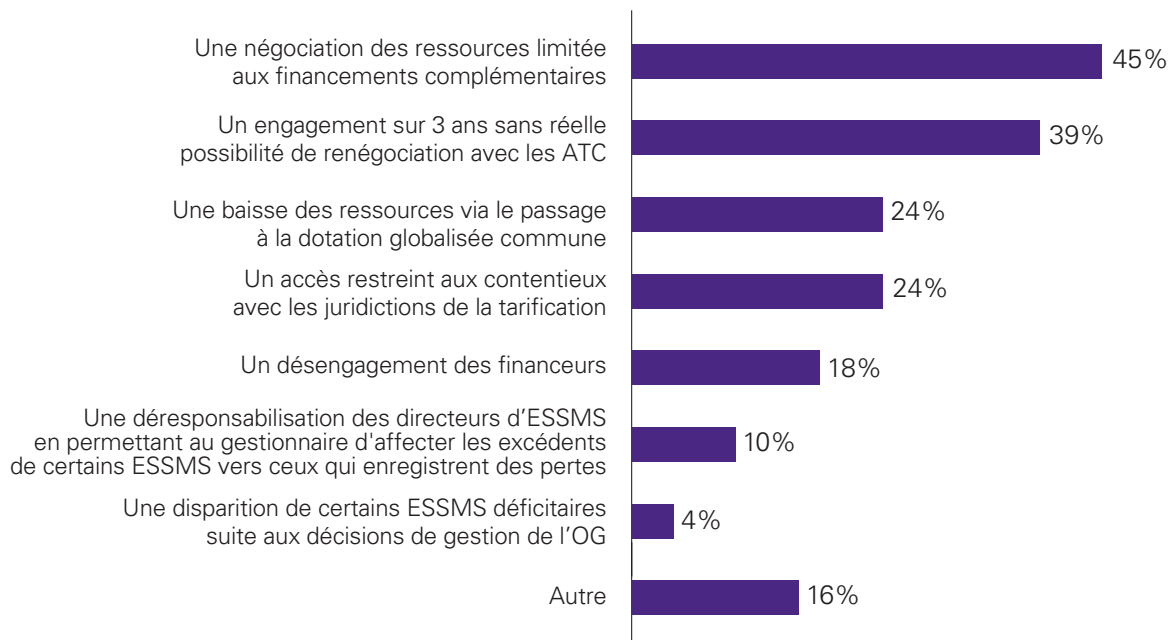
Inconvénients du CPOM

Les désaccords évoqués par les OG sur les avantages précités trouvent leur prolongation dans les réponses relatives aux principaux inconvénients du CPOM. C'est ainsi, qu'à 45% les répondants expriment leur mécontentement sur le fait que **la négociation des ressources est limitée** aux financements complémentaires, ce qui, d'ailleurs, résulte plus de la réforme de la tarification que du CPOM lui-même ; à 39%, ils estiment qu'il s'agit d'un engagement **sans**

réelle possibilité de renégociation pendant 3 ans (date du 1^{er} dialogue de gestion avec les ATC) ; à 24% qu'il y a un risque d'une **baisse des ressources** via le passage à la dotation globalisée commune, ainsi qu'un risque de **réduire les possibilités de recours contentieux** auprès des juridictions de la tarification en cas de conflit avec les ATC, alors que le CPOM reposant sur des objectifs opposables, entraîne de facto une obligation de résultat liée à leur atteinte.

Selon vous, quels sont les principaux inconvénients du CPOM ?

(Plusieurs réponses possibles ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



Base répondants : 49

Perception de l'objectif du CPOM

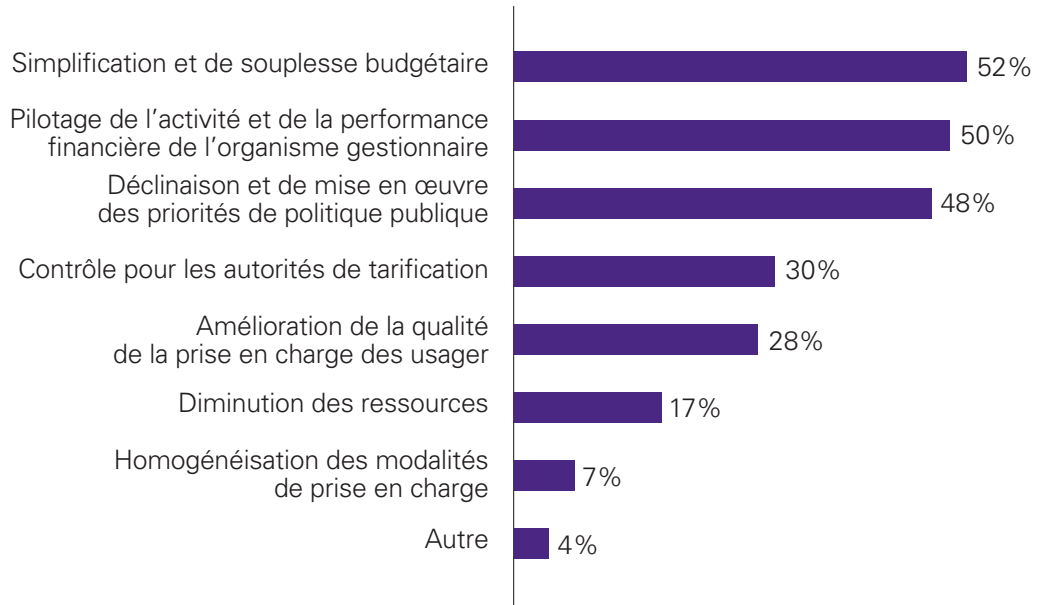
Globalement, le CPOM est plutôt jugé positivement par les répondants dont l'OG a déjà signé un CPOM. Malgré son caractère obligatoire, le CPOM apparaît comme un véritable outil, non seulement, de **simplification et de souplesse budgétaire** (52%), mais aussi, de **pilotage de l'activité et de la performance financière de l'OG** (50%).

Il reste, néanmoins, un dispositif de déclinaison et de mise en œuvre des priorités des politiques publiques (48%) et de contrôle par les ATC (30%).

En revanche, moins d'un tiers des répondants perçoivent le CPOM comme un « vrai » outil d'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers (28%).

De par votre expérience du CPOM, comment le qualifieriez-vous ? Avant tout comme un outil de ... ?

(3 réponses maximum possibles ; s'agissant d'une question à choix multiples, le total des % n'est donc pas égal à 100%)



Base répondants : 46 ; NSP : 6%



3.

ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES



Les grands enseignements

Cette enquête de terrain, en « vie réelle », met en évidence que les difficultés rencontrées par les organismes gestionnaires lors des différentes étapes de la mise en place d'un CPOM se révèlent souvent différentes et moins impactantes que celles qui avaient été identifiées ou appréhendées avant de rentrer dans le processus.

Par ailleurs, les premiers signataires des CPOM sont essentiellement des organismes pluri-établissements, ceux-ci disposant en effet de beaucoup plus de compétences et de capacités en matière de ressources internes ou externes, de temps et d'organisation.

De fait, la question du devenir des organismes mono-établissements va se poser de manière assez aiguë, ceux-ci allant devoir s'engager dans une démarche de coopération ou de mutualisation, avec comme seule alternative une adaptation aux changements induits par la logique des CPOM ou leur disparition à plus ou moins brève échéance.

Le choc culturel produit par les CPOM va également modifier la gouvernance des organismes gestionnaires, notamment les rapports entre les établissements et le siège, ce dernier devenant progressivement l'interlocuteur de référence des autorités de tarification à la fois pour la mise en place du CPOM et la réalisation budgétaire.

Autre point d'importance, les relations entre les organismes gestionnaires et les autorités de tarification, que cela soit dans les phases préparatoires à la signature (en particulier la définition des indicateurs, leur robustesse, leur opposabilité et leur pertinence dans le temps) ou dans les phases d'évaluation (intermédiaire et/ou finale), risquent d'évoluer du dialogue entre acteurs vers une forme plus ou moins larvée de contrainte administrative.

En effet, ce point a été évoqué de manière non équivoque par les organismes gestionnaires qui signalent, au nombre des difficultés rencontrées, cette position de déséquilibre ainsi que la crainte de ne pas obtenir l'accord des autorités de tarification, à la fois lors de la réalisation du diagnostic ainsi qu'au moment de la fixation des objectifs.

Il appartiendra donc aux autorités de tarification et de contrôle, et plus spécifiquement aux Agences Régionales de Santé, de convaincre, de rassurer et de bien gérer les temps de rencontres avec les organismes gestionnaires, considérés comme autant de facteurs clés de succès identifiés par les répondants à cette enquête.

Quel avenir pour les CPOM ?

Les CPOM sont appelés à devenir un outil essentiel pour modifier et faire évoluer l'offre et la prise en charge des personnes âgées et/ou handicapées dans une période de budgets limités ou, à tout le moins, contraints.

Si, dans un premier temps, les CPOM se révélaient assez disparates, voire parfois imprécis dans les objectifs, aussi bien en termes d'actions que budgétaires, il apparaît clairement que les CPOM de « nouvelle génération » ou « rénovés » seront de plus en plus « normalisés » et « normalisateurs », ne serait-ce que du fait de l'intervention des ARS (et probablement de la volonté des pouvoirs publics), dont plusieurs ont d'ores et déjà élaboré des outils structurants, sans compter le modèle de contrat-type annexé à l'arrêté du 3 mars 2017.

Par ailleurs, on peut raisonnablement penser que la définition et l'usage des indicateurs comporteront des marges d'amélioration, éléments qui avaient été repérés à la fois par la DGCS et les ARS et qui ont donné et donneront lieu tant à des clarifications qu'à des simplifications, comme le montre bien le contenu des différents textes réglementaires parus en 2017.

Il convient, également, de noter l'importance que vont prendre, dans les mois qui viennent, les « guidelines » rédigées par les différentes agences, que cela soit l'ANAP, l'ANESM ou encore les ARS.

Conscient des difficultés posées aux organismes gestionnaires, l'ANAP met en place un groupe de travail pour accompagner le secteur médico-social dans son appropriation de la démarche CPOM. Ce groupe de travail sera composé de personnes issues des ARS, des conseils départementaux ou encore d'organismes gestionnaires d'établissements. Les objectifs fixés par l'agence sont le partage d'expériences, l'identification des besoins des acteurs des CPOM, la production de publications et outils et la promotion d'une culture partagée de la contractualisation. Trois réunions du groupe sont d'ores et déjà programmées en 2017 (en juillet, septembre et novembre) et d'autres suivront en 2018 afin de poursuivre la réflexion et finaliser les travaux engagés.

Le « clap de fin » de la réforme n'aura lieu qu'en 2022. D'ici-là, il faut espérer que l'accompagnement annoncé ci-avant permettra aux organismes gestionnaires de s'approprier pleinement la démarche de contractualisation.

Liste des abréviations et sigles

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Loi du 28 décembre 2015 d'Adaptation de la Société au Vieillessement
ATC	Autorité de Tarification et de Contrôle
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CD	Conseil Départemental
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CTP	Convention Tripartite Pluriannuelle
DGC	Dotation Globalisée Commune
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
E-Cars	Outil de gestion Electronique des Contrats en ARS
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPRD	État des prévisions de recettes et de dépenses
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissements et Services Médico-Sociaux
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
FNADEPA	Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIE	Groupement d'Intérêt Public
IME	Institut Médico-Educatif
Loi HPST	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
Loi LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
NSP	Ne Sait Pas ou Ne Se Prononce pas
OG	Organisme Gestionnaire
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PA	Personnes Âgées
PDS	Personnes en Difficultés Spécifiques
PGFP	Plan Global de Financement Pluriannuel
PH	Personnes Handicapées
PRS	Projet Régional de Santé
PUV	Petite Unité de Vie
RACI	Responsible, Accountable, Consulted, Informed
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SERAFIN-PH	Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
SGMAS	Secrétariat général des ministères des affaires sociales
SMART	Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste, Temporellement défini
SPASAD	Services Polyvalents d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
UNA	Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Bibliographie

Textes légaux et réglementaires

- 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.
- Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
- Rapport de la DGCS remis au Parlement début janvier 2017 intitulé « *Rapport au Parlement portant sur l'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)* ».
- 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.

Publications et guides professionnels

- Kit méthodologique de l'ANAP, dont guide méthodologique d'appui à la contractualisation - « *Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social* », publié en janvier 2017.
- Guide de l'ANAP - « *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social* » - Guide des indicateurs (version 2017).
- Guide de l'ANESM - « *ESSMS : valorisez les résultats de vos évaluations* », publié en décembre 2016.
- Guide méthodologique de rédaction d'un CPOM – 5 Décembre 2007 (documentation ministérielle disponible sur le site internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr>).

Remerciements

Cette étude a été conduite par KPMG sous la direction de Bernard Bazillon, Associé Directeur National Économie Sociale et Solidaire, Benoît Péricard, Associé, Directeur national Secteur public et Santé et Sidonie Hanouët Derhy, Directrice de projets, avec la collaboration de Aude Personnic.

Marie-Christine Bucalo, Thierry Champion, Sandrine Demesse, Mohammed El Yamani, Benoît Heurtault, Eric Le Bihan, Stephane Poreye, Laurent Pradere, Jocelyn Scamps, Irène Scolan et Emmanuel Seive ont contribué à la réalisation de cette étude.

Nous remercions les acteurs du secteur social et médico-social qui ont accepté d'apporter leurs témoignages et éclairages dans le cadre de cette étude :

Paul-Charles Aubert, Chef du Service des Établissements Sociaux, Conseil départemental de la Moselle ;

Jean-Claude Bicego, Directeur de la Politique de l'Autonomie, Conseil départemental de la Moselle ;

Line Lartigue Doucoure, Directrice santé, UNA ;

Marie-Hélène Lecenne, Directrice de l'autonomie, ARS Auvergne-Rhône-Alpes ;

Thierry Le Goaziou, Directeur général, ADAPEI de la Nièvre ;

Benoît Michaud, Directeur général adjoint, Union Territoriale Mutualiste Lorraine (U.T.M.L.) ;

Philippe Mortel, Directeur général adjoint, Fondation OVE ;

Laëtitia Pilloy, Directrice générale, ADAPA de Meurthe et Moselle ;

Annabelle Vêques-Malnou, Directrice, FNADEPA.

Nous sommes particulièrement reconnaissants aux 355 directeurs et cadres dirigeants d'organismes gestionnaires et d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux qui ont accepté de répondre à notre enquête.

Nous remercions également Bernard Nicolaieff, Bruno Rivals et Denis Lalance, consultants externes, qui ont contribué à la réalisation de ce rapport.

Le recueil des données et leur analyse statistique ont été réalisés avec INIT, études marketing & capital clients.

Contact

Direction Nationale Économie Sociale et Solidaire

Tour Egho - 2 avenue Gambetta - 92066 Paris La Défense Cedex

Tél. : 33 (0)1 55 68 94 59

E-mail : ecosociale@kpmg.fr

kpmg.fr

Les informations contenues dans ce document sont d'ordre général et ne sont pas destinées à traiter les particularités d'une personne ou d'une entité. Bien que nous fassions tout notre possible pour fournir des informations exactes et appropriées, nous ne pouvons garantir que ces informations seront toujours exactes à une date ultérieure. Elles ne peuvent ni ne doivent servir de support à des décisions sans validation par les professionnels ad hoc. KPMG S.A. est le membre français du réseau KPMG International constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative, une entité de droit suisse (« KPMG International »). KPMG International ne propose pas de services aux clients. Aucun cabinet membre n'a le droit d'engager KPMG International ou les autres cabinets membres vis-à-vis des tiers. KPMG International n'a le droit d'engager aucun cabinet membre.

© 2017 KPMG S.A., société anonyme d'expertise comptable et de commissariat aux comptes, membre français du réseau KPMG constitué de cabinets indépendants adhérents de KPMG International Cooperative, une entité de droit suisse. Tous droits réservés. Le nom KPMG et le logo sont des marques déposées ou des marques de KPMG International. Imprimé en France. Conception - Réalisation : Communication - OLIVER - Juillet 2017.

Ref. : Etude CPOM ; Code : 1667