

Anne-Cécile FOURRAGE

Titulaire d'une maîtrise de Droit Privé et d'un Master en Ingénierie et Gestion des Interventions Sociales, elle anime le secteur des politiques médico-sociales au sein de l'URIOPSS des Pays de la Loire. Elle propose aux adhérents de l'URIOPSS des Pays de la Loire un soutien technique et un relais politique au sein des différentes instances du territoire. Correspondante régionale « Semaine Bleue », elle anime également des formations, des commissions et groupes de travail nécessaires à l'information, à l'échange et à la mutualisation des pratiques entre adhérents, gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le réseau UNIPSS URIOPSS, a pour vocation depuis 70 ans d'unir et fédérer les acteurs du champ non lucratif de solidarité. Il se positionne comme trait d'union entre les associations qui se mobilisent au quotidien au plus près des personnes en situation de fragilité et leurs partenaires institutionnels. Au terme de cette première journée de colloque riche d'étayages juridiques, techniques et stratégiques, je vous propose de partager avec vous des positionnements nationaux et régionaux de notre réseau sur les conditions de mise en œuvre de la contractualisation par l'outil « CPOM ».

Sur la page du site internet de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, dédiée à la contractualisation, nous pouvons lire ce propos liminaire : « *Le contrat se décline différemment selon les secteurs sanitaire, médico-social ou libéral, mais il s'appuie systématiquement sur les principes suivants :*

- + *une vision pluri annuelle,***
- + *le fruit d'une procédure de négociation,***
- + *un suivi périodique prenant appui sur les outils du dialogue de gestion***
- + *et enfin, une évaluation finale du contrat. »***

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/contractualisation-1>.

En mai 2017, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) adressait ses directives aux Agences Régionales de Santé (ARS), en vue de la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui s'imposent aux gestionnaires d'Ehpad, de petites unités de vie, de SSIAD et de structures médico-sociales pour personnes handicapées.

Le CPOM, que doivent conclure les gestionnaires de structures médico-sociales pour personnes âgées ou en situation de handicap, conformément aux lois Adaptation de la Société au Vieillessement et lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017, constitue « *un véritable outil de gestion budgétaire au service de la stratégie négociée d'un gestionnaire* », indique la DGCS dès les premières lignes de l'instruction qu'elle a adressée aux services déconcentrés, pour les guider dans la conduite des négociations.

Entre l'ambition politique et stratégique annoncée et les effets réellement produits (parfois à l'opposé de ce qui était projeté) par l'usage effectif de cet outil, nous constatons malheureusement parfois un décalage flagrant.

Si nous nous réalisons un flash-back en 2009, à la lecture du rapport d'activité de l'UNIOPSS 2008, voici les points d'Actualité législative, réglementaire et conventionnelle et rentrée sociale du réseau à l'ordre du jour d'un « Séminaire de conjoncture » :

- ✚ *Contexte et prévisions économiques de la rentrée sociale,*
- ✚ *Principales mesures et évolutions sociales, fiscales et comptables,*
- ✚ *Zoom sur le contexte de restructuration dans le secteur associatif sanitaire, social et médico-social et les outils de contractualisation (CPOM), groupements de coopération (GCSMS, GCS),*
- ✚ *Point sur les outils pratiques du réseau pour l'accompagnement aux restructurations (Cahier n° 20 « CPOM », Cahier n° 19 « Associations de solidarité, acteurs économiques et politiques », juin 2007, Fiches et outils « Droit social et Restructuration », Fiches pratiques de gestion, etc.)*
- ✚ *Etude des réalités de terrain concernant les restructurations : quels secteurs concernés ? Quelles pratiques d'accompagnement des Uriopss ? Quels besoins de mutualisation d'outils, méthodes ?*

Cette même année, le réseau UNIOPSS-URIOPSS mettait à disposition de ses adhérents ce Cahier N° 20 intitulé « Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) », avec un franc succès dès sa publication (Ventes au 31/12/2008 : 1 119 ex 😊).

On pouvait lire en éditio la mention suivante : « Confortées par la loi 2002-2, les médiatiques CPOM sont fortement encouragés par les pouvoirs publics. Comment les associations peuvent-elles se saisir de cet outil ? Comment tirer parti d'une démarche partenariale et gagner en souplesse de gestion dans le respect du projet associatif et de la liberté d'initiative et d'organisation ?

Ce Cahier livre les clés de compréhension techniques et apporte les éclairages politiques pour un usage raisonné du CPOM. Il propose également un accompagnement méthodologique et pratique, pas à pas, issu de l'expérience du réseau Uniopss-Uriopss ».

Si le terme de « restructuration » a laissé aujourd'hui la place au vocable « transformation de l'offre », si la « liberté d'initiative et d'organisation » a été mise de côté au profit des facultés « d'innovation » des acteurs, le changement de paradigme n'est pas si flagrant qu'on nous le laisserait supposer.

Aujourd'hui nous continuons avec la même pugnacité à interroger la relation de confiance entre le gestionnaire et ses partenaires institutionnels, au regard de la proximité nécessaire et de la latitude réellement laissée aux opérateurs pour construire des réponses sur mesure aux besoins du territoire.

Une décennie plus tard, l'Uniopss publiait, le 25 février 2019, une lettre ouverte, dans laquelle elle alertait les ministres Agnès Buzyn et Sophie Cluzel, ainsi que Frédéric Bierry, Président de la commission Solidarité et Affaires sociales de l'Association des départements de France, sur les conditions de mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens (CPOM), pénalisant fortement les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

https://www.uniopss.asso.fr/sites/default/files/article/fichiers/lettre_ouverte_uniopss_-_cpom.pdf

En effet, les conditions de mise en œuvre de la réforme viennent parfois creuser l'iniquité et les disparités territoriales.

Cela se manifeste avec une acuité particulière au regard des critères suivants :

- ✚ le degré d'appropriation, tant par les organismes gestionnaires que par leurs services tarifificateurs du nouveau cadre de contractualisation,
- ✚ la proximité et le rapport de confiance réciproques entre les interlocuteurs,
- ✚ la disponibilité et la formation des directions et gouvernances afin qu'elles s'engagent qualitativement, tant sur un plan technique que stratégique,
- ✚ le respect de la programmation arrêtée censée donner de la visibilité, en termes d'échéance.

De quelle latitude disposent réellement les organismes gestionnaires au regard de trames CPOM préétablies, de bibliothèques d'indicateurs imposées, d'une raréfaction des crédits alloués ?

Et ceci au regard d'injonctions parfois irréalistes (taux d'activité cible) et paradoxales (la transformation de l'offre médico-sociale, incitant à davantage de modularité, au développement de l'accueil séquentiel).

Comment disposer d'espaces de construction, de coopération et de coordination inter établissement et services, qui partagent l'ambition de répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sur un même territoire ? N'est-il pas nécessaire de reconnaître à chacun sa légitimité, les limites et leviers de son intervention ? Le CPOM ne pourrait-il pas être un réel outil en la matière, à travers un diagnostic réellement partagé à l'échelon du territoire ?

En janvier 2016, l'URIOPSS Pays de la Loire, comptant parmi ses adhérents une trentaine d'associations gestionnaires de SSIAD, avait pu interpeler le Directeur de l'Accompagnement et des soins et le Directeur Efficience de l'offre de l'ARS des Pays de la Loire en ces termes :

« Dans le cadre de la politique du libre choix du lieu de vie des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) constituent un maillon indispensable de la chaîne des interventions.

Ils offrent des prestations en soins infirmiers contribuant au maintien à domicile des personnes âgées, des adultes en situation de handicap ainsi que des adultes atteints de maladies chroniques en leur préservant la qualité de vie la meilleure possible, notamment du fait de la coordination qu'ils assurent auprès de la personne.

Au lendemain de l'adoption définitive de la Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ayant pour enjeu de mobiliser l'ensemble des politiques publiques afin de donner les moyens aux personnes âgées, même fragilisées, d'être actrices de leur parcours, il nous paraît particulièrement pertinent de vous solliciter en vue d'une rencontre.

Nous souhaiterions aborder avec vous particulièrement les points suivants :

- ✓ *les conditions d'exercice par les SSIAD de leur mission sur les territoires au regard de leurs projets associatifs, de service, de leur environnement et des moyens dont ils disposent ;*
- ✓ *les conditions de dialogue de gestion : campagne budgétaire, allocation des Crédits Non Reconductibles, indicateurs, ratios, reprise des provisions ;*
- ✓ *les outils et le cadrage de la prise en charge par les SSIAD en lien avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne ;*
- ✓ *les modalités de coopération et leur formalisation ;*
- ✓ *le maillage de l'offre de SSIAD et de SPASAD au regard des besoins en Pays de la Loire. »*

Un accueil favorable nous a été accordé et la réponse de l'Agence s'est alors exprimée en ces termes dès le mois de mars 2016 :

→ Sur le volet de ***l'Expérimentation SPASAD*** : annonce du lancement des Appels à Candidatures sur les territoires. « Une déclinaison du cahier des charges national sera opérée sur chacun des territoires.

2 critères pour entrer dans l'expérimentation :

- un critère juridique sur la forme de coopération (fusion/GCSMS ou convention),
- une capacité à pouvoir être en conformité aux attendus du cahier des charges (maturité de la coopération SAAD/SSIAD).

Le CPOM SPASAD peut être signé jusqu'en juin 2017, or l'évaluation nationale du dispositif sera effective en décembre 2017 !

L'ARS et les Conseils Départementaux envisagent deux vagues d'appels à candidatures : l'une en 2016, l'autre en 2017. »

Un comité de suivi de l'expérimentation associera, quelques mois plus tard, les fédérations du secteur à la mise en œuvre de l'expérimentation.

Deuxième volet de la réponse de l'Agence à nos questionnements, en ce premier trimestre 2016 :

→ L'ARS des Pays de la Loire s'engage à adresser à l'ensemble des associations, unions et fédérations de SSIAD en région Pays de la Loire ***une proposition de « cahier des charges de l'offre SSIAD en Pays de la Loire »***, qui pourra être amendée par les acteurs et leurs représentants. Il s'agit d'une étude ambitieuse, qui intègre l'ensemble des thématiques repérées dans le courrier précité. Seront donc abordés, tant les éléments relatifs au fonctionnement des SSIAD, du volet ressources humaines aux enjeux d'articulation et de coordination des interventions, ...sur des plans quantitatifs et qualitatifs.

Dans le cadre de cette consultation des acteurs, l'URIOPSS Pays de la Loire, les unions, associations et fédérations de SSIAD en Région Pays de la Loire ont alors pu être mobilisés et associés aux chantiers thématiques enclenchés par l'Agence, au terme d'un état des lieux des pratiques et des besoins pour les SSIAD sur le territoire ligérien.

L'écoute et la méthode ont pu être au rendez-vous en territoire ligérien à l'échelle régionale, afin d'aboutir à une production d'outils partagés et repères, produits par et pour les organismes gestionnaires avec leur partenaire institutionnel privilégié.

Voici les principaux enseignements de l'enquête SSIAD 2017 qui a été conduite.

► *Taux d'équipement*

7 172 places de SSIAD (6 605 PA, 317 PH et 250 ESA), gérées par 106 SSIAD, soit un taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale et comportant des disparités interdépartementales.

► *Couverture territoriale*

Une couverture intégrale du territoire ligérien, mais une pression des besoins hétérogène selon les territoires (plus forte tension au sein des départements de la Vendée et de la Loire-Atlantique).

► *Activité*

Des niveaux d'activité hétérogènes selon les territoires :

- Un taux d'occupation très hétérogène sur le secteur des personnes handicapées, supérieur à la moyenne nationale sur le secteur des personnes âgées ;
- Un taux de rotation des places particulièrement important dans le département de la Sarthe ;
- Une activité centrée sur l'accompagnement de personnes âgées dépendantes, avec un GMP parfois supérieur aux EHPAD.

► *Origine de la demande*

- Un positionnement régional marqué, en aval de l'hospitalisation, notamment en Mayenne et en Sarthe.
- Une faible représentativité des médecins traitants dans l'origine de la demande.
- Une proportion de refus d'accompagnement liée à 42 % à une inadéquation des besoins en soins.

► *Modalités de fonctionnement*

- Un renforcement considérable de la structuration des services au niveau de l'activité (outils d'admission, systèmes d'information, évaluations interne et externe, certification, protocoles de gestion) et du fonctionnement interne/management (organigrammes, fiches de postes, projets de service...).
- Des amplitudes d'ouverture adéquates aux besoins.
- Des modalités de gouvernance hétérogènes et un risque de fragilisation en termes de gouvernance et de continuité des soins dans les SSIAD de petite taille.

► *Coopération*

- Une forte participation des SSIAD aux instances de gouvernance territoriale et à la gouvernance d'autres acteurs du soin (la réciprocité n'étant pas vraie).

► *Ressources humaines*

- Un taux d'encadrement moyen de 0,22 ETP/place de SSIAD, variant en fonction de la taille, du statut et de la structuration du SSIAD.
- Une gestion des ressources humaines à consolider.

► *Situation financière*

- L'absence d'homogénéité des profils économiques et l'impossibilité de définir précisément les principaux déterminants de l'équilibre budgétaire.
- Une nécessité de sécuriser le financement des SSIAD, notamment face à l'augmentation du poste IDEL et à la disparition des Crédits Non Reconductibles.

Cette démarche se poursuit et est toujours d'actualité aujourd'hui. Elle se traduit, par exemple, à travers une expérimentation de SSIAD soins renforcés lancée pour cette année 2019.

Cette nouvelle expérimentation vise à :

- ✚ faire face à l'augmentation du coût de la prise en charge en soins (nomenclature des Actes Médico-Infirmiers), lorsqu'elle déroge au cadre d'intervention classique d'un SSIAD,
- ✚ assurer la continuité du parcours de soins de patients, dont l'accompagnement dépasse le cadre d'intervention classique d'un SSIAD, sans toutefois relever de l'HAD,
- ✚ permettre une équité dans l'allocation de ressources aux SSIAD.

Je vous propose de nous saisir de la méthodologie et du résultat encourageant de cette démarche de diagnostic partagé à l'échelle régionale, comme illustration de ce que pourrait être le préalable et le fondement d'un dialogue de gestion de qualité dans le cadre du CPOM.

Or, comme le rappelle l'UNIOPSS, dans sa lettre ouverte « *L'objectif initial des CPOM était - notamment - de remonter les procédures budgétaires au niveau de l'organisme gestionnaire dans un objectif de simplification, d'amélioration de gestion et de visibilité afin d'ouvrir la voie à une meilleure qualité de dialogue et de discussion. A cet égard, la mise en place d'un CPOM suppose d'engager une démarche extrêmement rigoureuse pour l'ensemble des parties prenantes, qui nécessite un temps de préparation et de négociation important.*

L'Uniopss a toujours milité pour le développement des conventions entre les pouvoirs publics et les associations, et a largement plébiscité l'introduction d'un dispositif de pluri annualité budgétaire, notamment lors de la concertation précédant l'adoption de la loi 2002-2. Cette demande prenait corps dans le constat que souvent, l'autorité de tarification ne se souciait plus des projets déployés mais se focalisait sur des questions de forme des propositions budgétaires et invoquait systématiquement l'enveloppe financière pour refuser des moyens nouveaux.

Les premières générations de CPOM ont effectivement été l'occasion de réflexions partagées et d'un dialogue entre les parties sur le développement de projets à moyen et long terme, ainsi que d'engagement réciproques autour d'objectifs précis découlant d'orientations stratégiques et de priorités définies ensemble à l'occasion de temps de travail identifiés.

Or ce temps, les autorités de tarification ne l'ont plus. Forcées par des contraintes calendaires et des objectifs quantitatifs, les constats jadis posés rejaillissent: dialogue de gestion souvent inexistant, des trames de CPOM et fiches actions standardisées et non modifiables, absence de diagnostic partagé, enveloppe financière contrainte...Faute d'avoir le temps et les moyens d'en faire les outils auxquels ils étaient destinés, les CPOM tendent à devenir des outils à produire du chiffre et de l'administratif. Trop peu de temps est ainsi laissé tant aux gestionnaires qu'aux autorités de tarification pour réaliser de réelles projections en faveur d'une transformation de l'offre intelligente.

Dans ces circonstances, le principe même d'un contrat reposant sur un accord négocié des parties prenantes est profondément ébranlé. Le rapport de force est déséquilibré avec une situation avec des dispositions défavorables uniquement aux gestionnaires ; obligation de contractualiser assortie d'une sanction financière pour les EHPAD en cas de refus de signature (section soin uniquement) et modulation de la dotation à la baisse en fonction de l'activité.

A cela s'ajoute la difficulté de conclure des CPOM pluri-financeurs, pluriactivités et pluri-départements pourtant rendu possible par les textes. Ce frein est souvent lié à l'impossibilité pour les autorités de tarification de travailler ensemble malgré les sollicitations des organismes gestionnaires. A titre d'exemple, une association gérant plusieurs établissements ou services sur trois départements a récemment été contrainte de conclure un CPOM ARS et trois CPOM départementaux, ce qui signifie autant d'EPRD ! Cette surenchère administrative produit l'inverse de l'effet attendu.

Autre constat : la généralisation des CPOM et donc de l'EPRD n'a pas fait l'objet de mesures d'accompagnement auprès des associations gestionnaires, accompagnement pourtant nécessaire face à ces nouveaux outils de pilotage et budgétaires en particulier à destination des associations de petite taille n'ayant pas toujours de telles compétences en interne. Cette problématique est également constatée au sein des services tarificateurs où de nombreux agents, qui par manque de formation et d'un accompagnement nécessaire, peinent à répondre aux interrogations des associations gestionnaires. Le degré d'appropriation de la réforme est aléatoire selon les régions ou les départements, créant ainsi de fortes disparités territoriales dans l'accompagnement des associations gestionnaires.

Plus encore, la souplesse de gestion prévue par le CPOM est loin d'être mise en œuvre : à la multitude de documents à produire et à transmettre s'ajoute une pluri-annualité tronquée et une liberté d'affectation limitée. En effet, si l'association gestionnaire doit se projeter sur 5 ans, les crédits, eux, sont votés annuellement, et donc au final peuvent être totalement déconnectés des négociations initiales. Sur la libre affectation, il est constaté que de nombreuses trames identifient des priorités d'affectation mais également des reprises de dotation en cas de forts excédents et à l'inverse ne souhaitent pas s'engager dans une fongibilité des résultats, mesure qui va pourtant en faveur d'une souplesse de gestion.

Enfin, certaines trames de CPOM se réfèrent à des cibles d'activités fixées, assorties de modulation de la dotation. Nous avons notamment pu constater des taux d'occupation de 95% en SSIAD ou encore à 100% en Ehpad, ce qui est tout à fait irréalisable. Ces cibles d'activités sont également parfois assorties d'une injonction à accueillir ou accompagner une personne lors de l'absence d'un usager. Ce qui interroge par ailleurs les notions de vie privée et de droit à l'intimité à l'aune d'une parole politique qui promeut la « logique domiciliaire » et le fait de pouvoir se sentir chez soi peu importe le mode d'accompagnement. En outre, dans une logique de transformation de l'offre, du développement de l'accueil séquentiel et modulaire, il paraît essentiel de faire davantage confiance aux organismes gestionnaires et d'estimer que si l'activité est inférieure à ce qui a été prévu, il ne s'agit pas d'une stratégie de sous occupation mais d'une conséquence liée à des difficultés de ressources humaines, architecturales, de dynamique du territoire d'implantation de l'ESMS.

Les SAAD ne sont pas épargnés par ces constats, d'autant plus qu'ils peuvent se trouver contraints à signer des CPOM dans des délais de temps particulièrement limités afin de bénéficier de fonds d'appui sans aucune vision pluriannuelle. Là encore, la contractualisation dans l'urgence ne fonctionne pas !

L'Uniopss souhaite ainsi que le processus de contractualisation engagé puisse se faire dans un cadre plus serein, tant pour les associations gestionnaires que les autorités de tarification : mise en œuvre d'un véritable dialogue de gestion basé sur une confiance réciproque, suppression des freins identifiés notamment en favorisant les CPOM multi-activités et pluri-départements mais aussi en permettant une véritable souplesse de gestion (libre affectation des résultats et pluri annualité effectives, etc.) et sans risque de sanction financière en cas de non contractualisation si les conditions d'une bonne négociation ne sont pas remplies.

L'Uniopss plaide pour qu'un accompagnement à la hauteur de l'enjeu de contractualisation soit mis en œuvre afin de permettre aux ARS et aux Conseils départementaux de bénéficier de tous les moyens et compétences nécessaires pour accompagner au mieux les associations

gestionnaires dans la construction et la signature de leurs CPOM. Cela passe notamment par de véritables référents de proximité à l'échelon départemental et non régional.

Enfin, l'Uniopss souhaite que l'acronyme du CPOM soit pleinement effectif : il doit s'agir d'un Contrat, issu d'une négociation entre les parties prenantes, qui s'engagent dans une vision Pluriannuelle, avec des Objectifs partagés reposant sur des Moyens à la hauteur des ambitions définies. »

La clarté des objectifs coconstruits, l'équité dans les arbitrages parfois nécessaires et la responsabilité de chacune des parties prenantes face aux engagements réciproques, doivent donc être au cœur de la contractualisation, afin de s'assurer de l'adéquation des ressources aux besoins du territoire.

Je vous remercie pour votre accueil et votre écoute.

