



DOSSIERS & GUIDES
PRATIQUES DE NEXEM

TENDANCES ET PERSPECTIVES BUDGÉTAIRES

2020

nexem
employeurs, différemment

Sommaire

1. Analyse du contexte économique général : un ralentissement limité en 2020 pour la France	p. 04
• 1.1 Ralentissement généralisé de l'activité mondiale	p. 04
• 1.2 France : soutien budgétaire et hausse de l'emploi	p. 05
• 1.3 Une « fuite en avant » monétaire	p. 05
2. Loi relative à l'Organisation et à la transformation du système de santé du 26 juillet 2019 : quels impacts pour le secteur social et médico-social ?	p. 08
• 2.1 Transformer le système de santé : décloisonnement et coordination	p. 09
• 2.2 Secteur social et médico-social : souplesse et simplifications diverses	p. 13
• 2.3 Conclusion et perspectives	p. 15
3. Changement de règlement comptable pour le secteur privé non lucratif à compter du 1^{er} janvier 2020	p. 17
• 3.1 Les principales nouveautés du règlement ANC 2018-06	p. 17
• 3.2 Le projet de règlement comptable applicable aux organismes gestionnaires d'ESSMS	p. 19
• 3.3 Impacts et enjeux pour les gestionnaires	p. 21
4. Négociation des CPOM : un rapport de force de plus en plus déséquilibré	p. 23
• 4.1 Un contrat par nature déséquilibré	p. 23
• 4.2 Industrialisation du processus de négociation et standardisation des contrats	p. 25
• 4.3 La fin de la négociation budgétaire	p. 27
• 4.4 Zoom sur la mise en œuvre du CPOM pour les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)	p. 28
• 4.5 Conclusion	p. 31
5. SERAFIN-PH, un outil technique au service d'une vision politique et sociétale	p. 33
• 5.1 Les premiers outils de la réforme	p. 34
• 5.2 Les modèles tarifaires proposés par le groupe projet SERAFIN-PH	p. 37
• 5.3 Perspectives et positionnement Nexem	p. 40
6. Indicateurs budgétaires économiques et sociaux	p. 44
• 6.1. Contexte et informations d'ordre général	p. 44
• 6.2 Les indicateurs économiques généraux	p. 46

CHAPITRE 1

CONTEXTE ÉCONOMIQUE

*Article proposé par Alain Tourdjman,
directeur des Études économiques et de la Prospective
de la Caisse d'Épargne - Groupe BPCE*

1. Analyse du contexte économique général : un ralentissement limité en 2020 pour la France

L'économie mondiale tend à s'affaiblir depuis le début de 2018, le secteur industriel semblant même s'installer dans une quasi-récession renforcée par l'accumulation d'incertitudes géopolitiques, institutionnelles et commerciales pesant sur la confiance des agents économiques. L'absence d'anticipations inflationnistes de part et d'autre de l'Atlantique – phénomène inhabituel à ce stade avancé du cycle –, le tournant plutôt expansif des politiques budgétaires aux États-Unis, en Europe et en Chine, ainsi que le changement complet d'orientation stratégique de la Fed et de la BCE vers une forme de « fuite en avant monétaire » devraient éviter que ce ralentissement

ne se transforme en récession. Ce « laxisme monétaire », justifié implicitement par la faiblesse des anticipations inflationnistes, tendrait à ancrer durablement les taux d'intérêt réels, voire nominaux, à court et en partie à long terme, en territoire anormalement négatif. La plupart des économies subiraient ainsi en 2020 une réduction de leur rythme de croissance. La France n'échapperait pas au ralentissement mondial. Cependant, moins compétitive et moins exposée aux aléas du commerce international, bénéficiant en outre d'une impulsion budgétaire en faveur des ménages, elle stabiliserait sa croissance aux alentours de 1 %.

1.1. RALENTISSEMENT GÉNÉRALISÉ DE L'ACTIVITÉ MONDIALE

L'économie mondiale décélère depuis le début de 2018, après avoir connu un pic d'activité en 2017 et un cycle d'expansion modérée et non inflationniste d'une durée de 10 ans. Au premier semestre 2019, le secteur industriel est entré dans une quasi-récession, qui ne s'est pas encore propagée à celui des services. Ce revirement industriel a été amorcé au quatrième trimestre 2018 en Europe et en Asie, principalement dans l'automobile mais également dans l'électronique, ce qui a contribué à la contraction des échanges mondiaux. L'accumulation d'incertitudes, qui s'est exacerbée dès le début de 2019, a pesé sur la confiance des agents économiques : crises géopolitiques notamment avec l'Iran ; risque d'escalade protectionniste entre les États-Unis et la Chine, voire l'Europe ; émergence d'un Brexit dur ; tensions sur la trajectoire des finances publiques italiennes ; montée de l'endettement mondial etc.

Le rebond mécanique observé au premier trimestre 2019 de part et d'autre de l'Atlantique et en Chine ne s'est donc pas poursuivi au deuxième trimestre. Aux États-Unis, la demande intérieure s'est essoufflée et la courbe des taux, indicateur souvent avancé d'un retournement, s'est inversée. Face aux

risques nés du conflit commercial sino-américain, la Chine dont la croissance ralentit et l'endettement s'accélère mais aussi les principaux pays européens ont mis en place des mesures de soutien budgétaire. Ces dispositifs, le plus souvent en faveur du pouvoir d'achat des ménages, n'ont pour autant pas produit un regain significatif des dépenses de consommation.

De même, la crainte de voir la conjoncture s'installer dans une récession et les tensions commerciales croissantes ont poussé la Fed et la BCE à changer complètement d'orientation stratégique, notamment en début juin 2019. Le phénomène de montée des tensions sur les prix qui apparaît en général à ce stade avancé du cycle, ne s'est pas manifesté. Au contraire, le reflux de l'inflation s'est accentué de part et d'autre de l'Atlantique, ouvrant la voie à un nouveau mouvement d'assouplissement monétaire, qui prend désormais la forme d'une « fuite en avant monétaire », partout dans le monde, notamment en Chine.

Dès lors, les incertitudes géopolitiques et commerciales, le ralentissement économique, la faiblesse de l'inflation sous-jacente et le ton désormais ultra-accommodant des banquiers centraux – la Fed se disant « prête à agir » – ont conduit les taux d'intérêt à long terme,

pourtant anormalement bas, à baisser à nouveau. L'OAT 10 ans est ainsi passée brièvement en territoire négatif pour la première fois de son histoire, le 18 juin.

1.2. FRANCE : SOUTIEN BUDGÉTAIRE ET HAUSSE DE L'EMPLOI

La croissance française a décéléré au premier semestre, revenant à son potentiel autour de 1,3 % l'an, après une année exceptionnelle de progression du PIB à 2,4 % en 2017 et le ralentissement de 2018 à 1,7 %. La crise sociale des gilets jaunes n'a pas pesé davantage sur l'activité en 2019 : le climat des affaires et la confiance des ménages se sont nettement redressés après le point bas touché en décembre 2018. Les mesures annoncées en décembre 2018 et en avril 2019 ont soutenu le pouvoir d'achat des ménages.

Celui-ci, qui avait déjà rebondi au quatrième trimestre de l'année dernière, s'est fortement accru au premier trimestre, bénéficiant également du recul de l'inflation. Les revenus ont d'ailleurs accéléré avec la revalorisation du SMIC, la défiscalisation des heures supplémentaires, le relèvement de la prime d'activité et le recul de la CSG sur les retraites modestes. La consommation, même si elle a gagné en vigueur, n'a pas suivi les gains de pouvoir d'achat, le taux d'épargne remontant à 15,3 %, contre respectivement 14,9 % et 14,2 % au quatrième et au troisième trimestre 2018.

L'investissement des entreprises est resté dynamique, du fait des conditions de financement très favorables, d'un dispositif de sur-amortissement destiné aux PME et de l'effet ponctuellement positif de trésorerie, lié à la transformation du CICE en réduction pérenne de cotisations sociales patronales. À l'inverse de 2018, le commerce extérieur a pâti de l'essoufflement de la demande mondiale et de l'accroissement des importations venant de l'augmentation supplémentaire des dépenses non couvertes par une offre domestique saturée, faisant face à des goulots d'étranglement en matière de personnel qualifié : les difficultés de recrutement constituent aujourd'hui le principal frein à la croissance des PME. La croissance, nettement plus riche en emplois depuis 2015, a été suffisante pour permettre de prolonger la baisse du chômage vers 8,5 % au deuxième trimestre selon l'INSEE et créer ainsi près de 160 000 emplois salariés au premier semestre.

1.3. UNE « FUITE EN AVANT » MONÉTAIRE

Les effets récessifs du ralentissement chinois, de l'épuisement du plan de relance américain ou du retournement de l'industrie en zone Euro devraient atteindre leur impact maximal en 2020. Pour autant, l'absence d'anticipations inflationnistes, l'adoption de politiques budgétaires expansives aux États-Unis, en Europe et en Chine, ainsi que le retour de la Fed et de la BCE vers une politique monétaire accommodante éviteraient que ce ralentissement, nourri par les incertitudes géopolitiques et commerciales, ne se transforme en récession.

La plupart des économies retrouveraient ainsi un rythme de croissance potentielle plus cohérent avec les contraintes d'offre en matière d'emplois qualifiés, même si elles devaient éventuellement connaître un affaïssement marqué en 2020. Le commerce mondial continuerait de se modérer en lien avec l'escalade protectionniste américaine. Le dynamisme américain s'émousserait à mesure que l'impact de la relance fiscale s'estomperait, comme le suggère déjà la modération des créations nettes d'emplois et de l'investissement productif. De plus,

outre le risque sur l'évolution de la solvabilité d'entreprises américaines très endettées, il est possible que les tensions sur l'accès à la main d'œuvre finissent par provoquer une accélération relative des salaires, éventuellement susceptible d'entraîner un retour, actuellement imprévu, à une forme de durcissement monétaire.

La Chine verrait l'amointrissement tendanciel de son activité contenu par des politiques publiques de soutien de la demande intérieure. La zone euro, en situation de récession industrielle et dont les signaux de fin de cycle sont nombreux, ralentirait de manière ordonnée, bénéficiant de mesures en faveur du pouvoir d'achat des ménages, de prix du pétrole encore à des niveaux modérés et d'une politique monétaire exceptionnellement accommodante, donc favorable aux entreprises.

La France, dont l'activité conserverait selon l'INSEE une progression de 0,3 % par trimestre jusqu'à la fin 2019, connaîtrait une progression du PIB d'environ 1,3 % cette année, avant de décélérer vers 1 % l'an en 2020. Elle n'échapperait pas au ralentissement mondial, ni à l'accroissement des incertitudes qui pèsent sur la confiance des agents économiques. Avec la hausse contenue des prix du pétrole, l'inflation remonterait légèrement vers 1,4 %, contre 1,2 % en 2019. La contribution du commerce extérieur à la croissance resterait négative.

A contrario, l'activité bénéficierait du rôle d'amortisseur que joue traditionnellement le stabilisateur automatique en cas de fléchissement de l'économie et du commerce mondial. Cela provient de l'importance de son secteur public et de sa plus faible exposition à l'industrie. De plus, elle serait soutenue à court terme par les mesures Macron en faveur du pouvoir d'achat des ménages s'élevant à 8 Md€ en 2019 et prolongées d'un montant équivalent en 2020 *via* la suppression progressive de la taxe d'habitation et de nouvelles réductions d'impôt. Cependant, l'effet multiplicateur du choc de pouvoir

d'achat sur l'ensemble de l'économie serait plus faible qu'auparavant, en raison du tassement européen et de fuites prévisibles à l'importation et vers l'épargne. De plus, le taux de chômage diminuerait insuffisamment pour stimuler un véritable accroissement des salaires, même si ces derniers continuent d'augmenter plus vite que la productivité, mettant alors sous pression le taux de marge des sociétés.

Enfin, l'investissement productif ne serait que résilient, sans dynamique excessive, bien que les entreprises soient toujours confrontées à d'importantes difficultés d'offre et à un amortissement du stock de capital plus rapide que par le passé. Cette phase baissière du cycle se déroulerait encore dans un climat politique et social tendu. Ceci devrait gêner le renforcement des réformes structurelles destinées à assainir les finances publiques et à restaurer la compétitivité à l'exportation du tissu productif. Le déficit budgétaire devrait de nouveau franchir nettement la barre des 3 % en 2019, mais se replier à 2,6 % du PIB en 2020.

Le revirement monétaire de la Fed (Jerome Powell se dit prêt à agir pour soutenir l'expansion des États-Unis et les marchés financiers anticipent une nouvelle baisse des taux directeurs en septembre !) et de la BCE vers davantage d'assouplissement, justifié par la faiblesse des anticipations inflationnistes, tendrait à ancrer durablement les taux d'intérêt réels, et parfois les taux nominaux, à court comme à long terme, en territoire anormalement négatif. Il n'est pourtant pas impossible que les taux longs rebondissent modérément à partir du niveau extrêmement bas de quasi déflation qu'ils ont récemment atteint, dans la mesure où ils se seraient trop éloignés de la croissance nominale. En moyenne annuelle, l'OAT 10 ans pourrait atteindre 0,5 % en 2020, contre 0,3 % en 2019, à moins que la fuite vers la sécurité, le ralentissement économique et la stratégie ultra-accommodante des banques centrales ne l'entraînent vers des niveaux plus bas.

CHAPITRE 2

LA LOI « SANTÉ »

2. Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 26 juillet 2019 : quels impacts pour le secteur social et médico-social ?

Trois ans seulement après la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, un nouveau texte paraît. Fidèle à la pratique selon laquelle chaque mandat présidentiel voit la promulgation d'une grande loi relative à la santé, le gouvernement Macron a posé la pierre législative de sa stratégie « Ma Santé 2022 » présentée en septembre 2018. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est donc parue au Journal officiel le 26 juillet 2019.

Le texte initial, ambitieux mais bref, comportait 23 articles. Le choix en faveur de la procédure accélérée a permis une promulgation rapide, après seulement cinq mois de débats parlementaires, et pas moins de 132 amendements. Le texte final est constitué de 81 articles et n'a fait l'objet d'aucune saisine du Conseil constitutionnel.

Cette loi comporte quatre axes : la réforme de la formation des professionnels de santé, la création d'un collectif de soins au service des patients et la structuration de l'offre dans les territoires, le développement de l'ambition numérique en santé. Le quatrième est composé de mesures diverses.

Les mesures de la loi sont nombreuses. Sur la formation, elle contient des mesures fortes autour desquelles les débats se sont cristallisés : réforme de l'accès aux études médicales et suppression du *numerus clausus* (article 1), recertification

des professionnels de santé au cours de leur carrière (article 5)... Il s'agit de répondre à l'enjeu de l'accès aux soins en garantissant un niveau de qualité élevé.

S'agissant du numérique, cette loi poursuit le développement de la télémédecine et instaure le télésoin (articles 53 à 55) ; elle améliore l'utilisation des données de santé à des fins de recherche clinique ou pour favoriser le développement de l'innovation technologique (articles 41 à 43) ; et crée l'espace numérique de santé (article 45) permettant à chaque usager d'accéder à son DMP (Dossier médical partagé) et à des outils numériques permettant des échanges avec les professionnels ou établissements de santé, par exemple en vue d'une hospitalisation.

Dotée d'une forte coloration sanitaire, il n'en demeure pas moins qu'elle intéresse le secteur social et médico-social dans son ensemble : elle promeut et promet un plus grand décloisonnement entre les secteurs, et souhaite favoriser la coordination entre tous les acteurs du système de santé, en posant un cadre et des outils efficaces. C'est cette dimension de la loi qui sera essentiellement développée ici. Elle contient en outre diverses dispositions présentées comme des mesures de simplification ou sécurisation. Un certain nombre concerne le secteur social et médico-social, nous les détaillerons.

Architecture de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Titre I^{er} : décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé

- **Chapitre 1** : réformer les études en santé et la formation tout au long de la vie
- **Chapitre 2** : faciliter les débuts de carrière et répondre aux enjeux des territoires
- **Chapitre 3** : fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité

Titre II : créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires

- **Chapitre 1** : promouvoir les projets territoriaux de santé
- **Chapitre 2** : développer une offre hospitalière de proximité ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins
- **Chapitre 3** : renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration

Titre III : développer l'ambition numérique en santé

- **Chapitre 1** : innover en valorisant les données cliniques
- **Chapitre 2** : doter chaque usager d'un espace numérique en santé
- **Chapitre 3** : déployer pleinement la télémédecine et les télésoins

Titre IV : mesures diverses

2.1. TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ : DÉCLOISONNEMENT ET COORDINATION

La loi entend « créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ».

Des évolutions profondes sont à l'œuvre afin d'adapter notre système de santé aux enjeux qui le mettent aujourd'hui sous pression : crise de la démographie médicale, développement des maladies chroniques, allongement de la durée de vie de la population, augmentation du nombre de personnes âgées.

En ce sens, la loi entend structurer le secteur hospitalier encore trop centré sur lui-même pour l'ouvrir sur le territoire. Au-delà du secteur hospitalier, elle a pour ambition de structurer les soins ambulatoires et de premier recours qui ne le sont pas encore ou très peu selon les territoires. Elle encourage le développement de la coordination entre les professionnels de santé et entre les secteurs ambulatoire,

hospitalier, social et médico-social. Elle institue à cette fin un nouvel outil de coordination, le projet territorial de santé, piloté par les acteurs de terrain *via* les CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé). Elle revoit également en profondeur le paysage des dispositifs d'appui à la coordination.

2.1.1 Une nouvelle étape dans la structuration du secteur hospitalier

Dix ans après la loi HPST¹, la loi Organisation et transformation du système de santé s'attache à structurer les soins hospitaliers au plus près des besoins de la population. L'une des principales dispositions de la loi renforce le positionnement des « hôpitaux de proximité » (article 35) dont les missions et la gouvernance

1. Loi n° 2009-8579 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

feront l'objet d'une ordonnance. Publics ou privés, ils assureront le premier niveau de gradation des soins hospitaliers et orienteront les patients si nécessaire vers les structures les plus adaptées. Ils devront exercer leurs missions en coopération avec les structures et professionnels de santé du territoire, les établissements de santé, et les établissements et services médico-sociaux du territoire. 500 à 600 hôpitaux de proximité seront labellisés.

Par ailleurs, l'intégration des hôpitaux au sein des GHT (groupements hospitaliers de territoire) est renforcée, avec l'obligation de constituer une CMG (commission médicale de groupement) afin que soit portée une stratégie médicale commune cohérente pour le territoire.

2.1.2 Le projet territorial de santé, nouvel outil de coopération aux mains des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé)

La nouvelle loi Santé s'inscrit dans la continuité de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui avait créé les CPTS, mais s'était contentée de les définir sans en encadrer véritablement le fonctionnement. L'objectif est de structurer territorialement les soins ambulatoires tout en décroissant avec le secteur hospitalier et le secteur social et médico-social.

Les CPTS sont constituées par des professionnels de santé d'un territoire de leur propre initiative, pour assurer une meilleure coordination de leur action et pour concourir à la structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du PRS (Projet régional de santé)².

Les CPTS peuvent associer les acteurs hospitaliers et les acteurs médico-sociaux et sociaux du territoire. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des patients du territoire, dans un souci de continuité du parcours, de cohérence, et de qualité et sécurité ; et de coordonner tous les acteurs de la prise en charge. L'existence d'une CPTS dans un territoire doit être un facteur d'amélioration des parcours de santé, qu'il s'agisse de patients atteints de maladies chroniques, de personnes en situation de précarité sociale de personnes en situation de handicap ou perte d'autonomie.

La loi Santé offre un cadre mieux défini à l'action des CPTS en leur instaurant un outil : le projet territorial de santé (PTS). Ce dernier est un outil de coopération qui vise à améliorer l'accès aux soins, la continuité des soins et la coordination des parcours, et notamment à organiser les soins de proximité, les soins non programmés et les soins spécialisés, l'organisation de la prévention et du dépistage³. Conçu par la CPTS dans une logique ascendante ou *bottom-up*, il doit être fondé sur un diagnostic territorial partagé puis approuvé par l'ARS afin qu'il soit en cohérence avec le PRS. Le PTS insufflé dans notre système de santé une logique de « responsabilité populationnelle », conformément aux préconisations du rapport « Repenser l'organisation territoriale des soins »⁴ issu de la consultation sur la stratégie de transformation du système de santé. Ce concept issu du système de santé québécois repose sur le principe selon lequel les acteurs de santé d'un territoire ont pour obligation de maintenir et améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés.

2. Article L.1434-12 du Code de la santé publique.

3. Article L.1434-10 du CSP.

4. Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final, Repenser l'organisation territoriale des soins, P. PRIBILE et N. NABET.

Contrat local de santé : outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social (article L.1434-17 du CSP). D'autres partenaires peuvent être signataires (préfet, Conseil départemental, CPAM, acteurs de santé et associations)

Projet territorial de santé mentale : outil de déclinaison de la politique de santé mentale élaboré à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale afin d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture (article L. 3221-1 du CSP)

Projet médical partagé : projet médical et de soins élaboré par chaque GHT, afin de garantir une offre de proximité, comprenant notamment l'organisation par filière d'une offre de soins graduée, et définissant l'organisation des activités et leur déclinaison par établissement (article L.6132-1 du CSP).

La création du projet territorial de santé vise également à redonner de la lisibilité à ce qui constitue jusqu'à maintenant un « mille-feuilles » peu lisible. Contrats locaux de santé, projets territoriaux de santé mentale, projets médicaux partagés sont autant de dispositifs qui ne permettent pas à l'heure actuelle un véritable décloisonnement entre les secteurs, et dont l'efficacité peut être impactée négativement par un risque de concurrence⁵.

Afin de favoriser le décloisonnement, l'élaboration d'un PTS doit être initiée en collaboration par une CPTS et au moins un établissement de santé ou un ESSMS. Le PTS doit en outre tenir compte des projets de tous les acteurs du territoire : établissements de santé, contrats locaux de santé, et ESSMS.

Pour mobiliser les professionnels et permettre le déploiement des CPTS, un accord conventionnel interprofessionnel a été signé⁶ par l'UNCAM et quarante organisations représentatives des professionnels de santé. L'accord offre un cadre précis aux CPTS, en définissant des missions socles (accès aux soins, qualité et fluidité des parcours de santé, développement des actions coordonnées de prévention) et des missions complémentaires (améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge, accompagner les professionnels de santé...). Pour chaque mission devront être définies des actions, telles qu'organiser le lien avec les établissements de santé et les ESSMS et le partage d'informations, gérer les patients

en situation complexe (risque de fragilité, situation de handicap), éviter les ruptures de parcours, améliorer la prise en charge des personnes âgées pour favoriser leur maintien à domicile, s'accorder sur l'usage d'outils numériques communs. Chaque action devra être assortie d'indicateurs afin d'en permettre l'évaluation. Le financement de la CPTS est établi en fonction de la taille du territoire couvert et des missions définies.

2.1.3 La fusion des dispositifs d'appui à la coordination

Avec la même volonté d'harmoniser et simplifier le paysage de la coordination, la loi Santé prévoit la fusion des dispositifs d'appui à la coordination à l'horizon 2022. Là encore, elle s'inscrit dans la continuité de la loi de Modernisation de notre système de santé de 2016, qui avait alors créé les PTA (Plateformes territoriales d'appui) visant à articuler les différents dispositifs, notamment les MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) et les réseaux de santé, pour en simplifier l'accès et soutenir les professionnels face aux situations complexes.

Le constat était partagé par de nombreux professionnels et acteurs, et a été souligné par l'IGAS dans son rapport portant sur la coordination⁷ : les dispositifs de coordination sont très nombreux – Réseaux de santé,

5. Rapport IGAS n°2018-041R, Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, 2018.

6. Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS signé le 20 juin 2019.

7. Rapport IGAS n°2014-010R, Évaluation de la coordination d'appui aux soins, 2014.

MAIA, CLIC (Centre local d'information et de coordination), programme PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), et enfin PTA – et il est donc difficile pour les professionnels d'y faire recours. En outre, les dispositifs sont

généralement spécialisés par public ou par pathologie, et révèlent un clivage entre coordination clinique et coordination sociale et médico-sociale, entretenue par le cloisonnement administratif du pilotage (DGCS, DSS, DGOS...).

Réseau de santé : regroupement pluridisciplinaire de professionnels de santé et d'autres professionnels pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge. Il est généralement spécifique à une pathologie donnée. (Article L.6321-1 du CSP).

CLIC (Centre local d'information et de coordination) : point d'information local dédié aux personnes âgées visant à accueillir, écouter, informer, conseiller et soutenir les personnes et leurs aidants (Article L.113-2 du CASF).

MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) : méthode associant tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées et leurs aidants afin d'assurer la continuité des parcours, la prise en charge des situations complexes et le soutien à domicile. Elle est mise en œuvre par une structure constituée d'un pilote et de « gestionnaires de cas ». (Article L.113-3 du CASF).

PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) : programme expérimenté sur certains territoires s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans pour optimiser leur parcours de santé et éviter les ruptures de prises en charge.

La fusion de ces dispositifs a donc vocation à créer une coordination transversale et efficiente, accessible pour l'ensemble des professionnels et structures, et contribuant au décroisement entre les secteurs ambulatoire et hospitalier, sanitaire et social et médico-social.

Les différents dispositifs intégreront donc à terme un « dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes »⁸, structure de coordination unique à l'usage des professionnels et des structures de santé, sociaux et médico-sociaux. L'intégration des CLIC relevant des Conseils départementaux ne sera malheureusement qu'optionnelle, selon la volonté de ces derniers. Le dispositif pourra être sollicité par les professionnels en tant que de besoin pour coordonner les parcours qu'ils estiment complexes afin d'améliorer le service rendu à la population et concourir à la structuration des parcours.

Le dispositif d'appui à la coordination aura pour mission d'assurer la réponse à ces demandes d'appui relatives à l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources

spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, la planification des prises en charge, en lien avec le médecin traitant et l'ensemble des professionnels concernés. Il contribuera avec les autres acteurs à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants, notamment en matière d'information, conseil, orientation et mise en relation.

La gouvernance du dispositif d'appui à la coordination assurera la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, et intégrera la représentation des usagers, du Conseil départemental et des CPTS.

Cette réforme de la coordination semble pertinente et ambitieuse mais sera sans aucun doute difficile à mettre en œuvre. La convergence entre les différents dispositifs qui était d'ores et déjà engagée et pilotée par les ARS a révélé les difficultés que les dispositifs peuvent avoir à se rapprocher. Reste à espérer que la fusion plus ou moins forcée ne freine pas les dynamiques de coordination sur certains territoires.

8. Article L.6327-1 et suivants du CSP.

2.2. SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL : SOUPLESSE ET SIMPLIFICATIONS DIVERSES

Au sein de la loi concrétisant la stratégie « Ma santé 2022 », plusieurs dispositions ont été adoptées concernant le secteur social et médico-social. Elles concernent le cadre budgétaire de l'EPRD, la procédure d'appel à projet à laquelle de nouvelles dérogations sont apportées, et la refonte de l'évaluation des ESSMS.

2.2.1 La généralisation des EPRD dans le cadre des CPOM

Un amendement proposé par différentes organisations du secteur (APF France Handicap, la Croix-Rouge française, la FEHAP, Nexem et le groupe SOS) a été adopté et a permis de modifier certaines dispositions relatives aux CPOM et EPRD, afin d'en accélérer la dynamique tout en laissant le choix aux gestionnaires d'adopter le cadre de l'EPRD ou de conserver l'ancien cadre budgétaire.

La rédaction initiale du texte proposée par le Gouvernement prévoyait de rendre le cadre EPRD obligatoire pour les établissements et services pour lesquels le CPOM est facultatif. L'amendement a permis de retenir une faculté pour le gestionnaire plutôt qu'une obligation⁹. En effet, même si la rédaction du texte fait de l'EPRD le cadre budgétaire de principe, elle permet au gestionnaire de conserver l'ancien cadre, puisque le passage à l'EPRD doit faire l'objet d'une demande de sa part, soumise à l'accord de l'autorité de tarification. La mesure s'applique aux établissements accompagnant les personnes confrontées à des difficultés spécifiques, ainsi qu'aux établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap financés par les Conseils départementaux seuls, pour lesquels l'EPRD n'était pas autorisé jusqu'à aujourd'hui.

Par ailleurs, dans le cadre du renouvellement du CPOM, il est désormais envisageable pour tous les gestionnaires d'ESSMS de proroger la durée du CPOM d'une année, afin

de tenir compte des allongements de temps de négociation¹⁰.

Enfin, le passage à l'EPRD est possible de manière anticipée, l'année précédant l'entrée en vigueur du CPOM. Là encore, l'accord de l'autorité de tarification est nécessaire. Les résultats comptables seront affectés à la clôture de l'exercice conformément aux dispositions du CPOM alors entré en vigueur¹¹.

2.2.2 De nouvelles dérogations à la procédure d'appel à projet

La procédure par appel à projet introduite par la loi HPST (Hôpitaux, patients, santé, territoires) du 21 juillet 2009 a déjà fait l'objet de plusieurs ajustements depuis son entrée en vigueur afin de pallier sa lourdeur et sa rigidité. La loi Santé, ainsi qu'un décret publié pendant l'été, y apportent à leur tour de nouvelles évolutions qui pourront intéresser de nombreux gestionnaires. Il s'agit de donner de la souplesse et d'adapter les procédures d'autorisation au mouvement de transformation de l'offre.

Sont concernées par ces évolutions les transformations et les extensions. Il s'agit des transformations de deux sortes : celles entraînant une modification de la catégorie de bénéficiaires, ou celles d'établissements de santé en ESSMS. Une extension correspond à l'augmentation de capacité d'un établissement ou service.

Les transformations

L'article L.313-1-1 du CASF régissant la procédure d'appel à projet est réécrit pour lui redonner plus de lisibilité après les divers ajustements par à-coup dont il a fait l'objet. Le législateur en a profité pour supprimer une condition qui jusqu'alors limitait les possibilités de transformation des ESSMS.

Le décret du 15 juin 2016¹² pris en application de la loi ASV (Adaptation de la société

9. Article L.313-11 du CASF.

10. Article L.314-7-2 du CASF (en vigueur à compter du 1^{er} octobre 2019).

11. Article L.313-11 du CASF.

12. Décret n°2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L.313-1-1 du CASF.

au vieillissement) avait déjà permis certaines transformations, sous conditions, et sous réserve que la transformation n'induisait pas une extension de la capacité de plus de 30 %. Désormais, cette limitation est supprimée.

Ainsi, les transformations sont possibles, mêmes lorsqu'elles induisent une extension importante, dès lors que les conditions suivantes sont réunies :

- il n'y pas de désaccord des autorités compétentes en cas d'autorité conjointe ;
- la commission d'information et de sélection des appels à projets donne son avis sur le projet ;
- un CPOM ou un avenant au CPOM est conclu.

Les extensions d'ESSMS

Un décret paru le 22 août 2019 poursuit l'assouplissement de la procédure et donne des outils concrets pour atteindre les objectifs assignés en matière de transformation de l'offre médico-sociale, notamment dans le champ du handicap, pour lequel le Gouvernement souhaite que la moitié de l'offre soit constituée par des places en services, d'ici 2022.

Il introduit une dérogation au seuil de 30 % au-delà duquel les extensions d'ESSMS sont soumis à la procédure d'appel à projet. Désormais, il est possible de déroger à ce seuil, lorsqu'un motif d'intérêt général le justifie et pour tenir compte des circonstances locales. Ainsi, des autorisations relevant du directeur général de l'ARS et du président du Conseil départemental, seuls ou conjointement, peuvent être délivrées pour des extensions allant jusqu'à 100 % de la capacité initiale¹⁴. La condition relative à l'existence d'un motif d'intérêt général paraît recouvrir suffisamment de réalités différentes pour être très facilement satisfaite (taux d'équipement faible, nécessité de développer l'inclusion...).

Il s'agit là de l'entrée dans le droit commun du dispositif qui a été testé à titre expérimental dans quatre régions depuis le décret du 29 décembre 2017¹⁵ (Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Ainsi par exemple, un IME qui souhaiterait convertir une partie de son offre en SESSAD (il n'y a alors pas de changement de catégorie de bénéficiaire) pourra solliciter auprès de l'ARS une extension de capacité lui permettant de proposer une offre en service plus importante que ce que permettait jusqu'alors la législation.

2.2.3 La réforme de l'évaluation des ESSMS sous l'égide de la HAS (Haute Autorité de Santé)

Le processus d'évaluation des ESSMS est modifié et sera mis en œuvre à partir de 2021. Ce calendrier a été retenu afin de calquer le rythme actuel des évaluations : 2021 devait être pour de nombreux établissements et services la date de la prochaine évaluation interne. Ceux-ci devront donc adopter la nouvelle procédure d'évaluation.

Cette réforme fait suite à une proposition du rapport Vidal portant sur la démarche qualité et l'évaluation au sein des EHPAD¹⁶, ainsi qu'à la fusion de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des ESSMS) et de la HAS¹⁷.

Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services devront dorénavant évaluer et faire procéder à l'évaluation de la qualité selon un référentiel d'évaluation élaboré par la HAS. Ce référentiel sera commun à tous les ESSMS, avec des modulations permettant de s'adapter aux particularités de chaque public. Le référentiel national d'évaluation sera élaboré grâce à des travaux collaboratifs avec les acteurs du secteur, auxquels Nexem participera.

13. Décret n°2019-854 du 20 août 2019 portant diverses mesures de simplification dans les domaines de la santé et des affaires sociales.

14. Article D.313-2 du CASF.

15. Décret n°2017-1862 du 29 décembre 2017 relatif à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au directeur général de l'Agence régionale de santé.

16. Rapport déposé par la Commission des affaires sociales sur l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation, et présenté par Mme Annie Vidal, 26 juillet 2018.

17. Article 72 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018.

Le processus comprendra une phase auto-évaluative, puis une phase d'évaluation réalisée par un organisme habilité par la HAS. Les résultats de l'évaluation seront communiqués à l'autorité de tarification ainsi qu'à la HAS.

Le rythme des évaluations ainsi que les modalités de publication seront définis par décret.

2.3. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La parution de cette loi marque sans doute une marche supplémentaire dans l'engagement pour une transformation profonde de notre système de santé : responsabilisation des acteurs de terrain, structuration des soins de premier recours, territorialisation et décloisonnement sont des buts à atteindre. L'objectif est de répondre aux engagements de la stratégie « Ma santé 2022 », à savoir placer le patient au cœur du système, organiser l'articulation entre médecine de ville, médico-social et hôpital pour mieux répondre aux besoins de soins en proximité, et repenser les métiers et la formation des professionnels de santé. Toutefois cette transformation reposera en grande partie sur la volonté

En outre, il est précisé que la HAS devra prendre en compte les risques de maltraitance pour ses missions relatives à l'évaluation des ESSMS et à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques¹⁸.

des professionnels de santé. Les mécanismes d'incitation ou de pénalisation financières pour la participation à une CPTS ayant été refusés par les syndicats de professionnels libéraux, il faut espérer leur mobilisation. À cet égard, l'objectif du Gouvernement d'atteindre 1 000 CPTS d'ici 2022, aujourd'hui au nombre de 200, semble peut-être ambitieux. Une actualité importante est à prévoir dans les temps à venir, avec la publication d'ordonnances et des textes d'application actuellement en préparation. Le secteur social et médico-social n'est pas laissé à l'écart et les quelques dispositions de la loi le concernant tout particulièrement, accompagnent et facilitent sa transformation.

18. Article L.161-37 du Code de la Sécurité sociale.

CHAPITRE 3

LE NOUVEAU RÈGLEMENT COMPTABLE

*Article rédigé par Catherine SAGE,
expert-comptable, cabinet JEGARD*

3. Changement de règlement comptable pour le secteur privé non lucratif à compter du 1^{er} janvier 2020

Après 20 ans de pratique, le règlement CRC 99-01 dit « plan comptable des associations » laisse place à une version réformée, adaptée et détaillée. Ainsi, le nouveau règlement ANC 2018-06 « relatif aux comptes annuels des personnes morales de droit privé à but non lucratif » sera applicable aux exercices ouverts à compter du 1^{er} janvier 2020.

Depuis longtemps attendue, cette réforme permet d'une part de clarifier les pratiques, et d'autre part de traiter certains points techniques laissés jusqu'à présent à des interprétations divergentes.

Le secteur social et médico-social devrait faire l'objet d'un règlement dédié aux organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux. Un texte devrait être publié d'ici la fin de l'année. Pour ce faire des travaux pilotés par l'Autorité des Normes Comptables sont en cours ; Nexem y participe. Ainsi, alors que les pratiques comptables et tarifaires

entre les organismes gestionnaires et les autorités de tarification et de contrôle (ATC) ne sont hélas toujours pas totalement harmonisées, il va être nécessaire à nouveau de les modifier... chacune des parties devra faire preuve d'adaptation dans ses pratiques !!!

Le deuxième semestre 2019 sera donc dédié, pour les organismes gestionnaires, à la mise en œuvre de ces réformes, ce qui nécessitera l'appui et la participation de la gouvernance, et une préparation active de la part des services comptables et financiers.

À l'occasion de la parution de ces nouveaux règlements comptables, les anciens sont abrogés : règlement CRC 99-01 et avis 2007-05 du CNC. Ce qui signifie que tout ce qui figurait dans ces différents textes, et qui n'est pas repris dans les nouveaux, n'est plus applicable. L'analyse des changements doit donc se faire par une double lecture : ce qui est nouvellement prévu dans les textes et ce qui n'existe plus car non repris.

3.1. LES PRINCIPALES NOUVEAUTÉS DU RÈGLEMENT ANC 2018-06

3.1.1 Extension du champ d'application

L'ancien règlement ne visait que les associations. Il avait, dans un second temps, été étendu aux fondations et fonds de dotation. Le nouveau règlement ANC 2018-06 s'applique à toutes les personnes morales de droit privé non commerçantes à but non lucratif, qu'elles aient ou non une activité économique, lorsqu'elles sont tenues d'établir des comptes annuels. Le champ est donc élargi, au-delà des associations, fondations et fonds de dotation, aux groupements de coopération, aux syndicats professionnels et CSE, aux organismes paritaires, aux mutuelles et organismes de prévoyance.

3.1.2 Principales évolutions des modes de comptabilisation

Le règlement apporte plusieurs évolutions majeures. La mise en application du règlement constitue un changement de méthode. La première année d'application, il sera nécessaire de procéder au recalcul rétrospectif de l'incidence qu'aurait eue la nouvelle méthode si elle avait été appliquée depuis le début, et d'imputer cette variation dans le compte de Report à nouveau.

Les subventions d'investissements

À compter de l'application du règlement ANC 2018-06, toutes les subventions d'investissements sont traitées conformément au plan comptable général et font ainsi l'objet d'une reprise au compte de résultat au fur et à mesure de l'amortissement du bien qu'elles ont financé.

Cette nouvelle pratique comptable a un impact significatif sur les plans de financement à venir, ou ceux qui sont encore en cours.

Contributions volontaires en nature

Le règlement ANC 2018-06 impose dorénavant le principe de la valorisation et de la comptabilisation en compte de classe 8 des contributions volontaires.

Legs et donation

Le règlement ANC 2018-06 apporte d'importantes modifications dans le mode de comptabilisation des legs et donation. En particulier le fait générateur, qui entraîne la comptabilisation du leg, est modifié. Il correspond dorénavant à la date d'acceptation du bien par l'entité bénéficiaire (ou date d'entrée en jouissance si elle est postérieure, ou date de levée des dernières conditions suspensives). Le produit du legs est toutefois reporté à la date de cession effective du bien par neutralisation temporaire dans un compte de fonds dédiés n° 191 « fonds reporté sur legs et donation ».

Les dettes grevant les biens légués, ainsi que les charges liées à l'opération de legs, sont également enregistrées immédiatement dans des comptes spécifiques.

Jusqu'à présent, ce suivi se faisait de manière extra-comptable jusqu'à la réalisation de la cession du bien.

Donations temporaires d'usufruit

Les donations temporaires d'usufruit sont dorénavant inscrites à l'actif du bilan avec pour contrepartie en compte de fonds dédiés 1912 « donation temporaire d'usufruit ».

Suppression de comptabilisation du prêt à usage (commodat)

Le commodat est enregistré dans les contributions volontaires en nature en compte de classe 8 et ne figure plus au bilan.

3.1.3 Apport de nouvelles définitions et de précisions

Le règlement NC 2018-06 apporte un nombre important de définitions, soit réglementaires, soit infra-réglementaires (qui constituent alors la doctrine). Tous ces apports sont très

précieux et éclairants pour permettre d'appliquer correctement les règles comptables dans les situations réelles.

Ainsi, on lira avec intérêt la définition des fonds propres avec ou sans droit de reprise, celle des fonds dédiés, celle des différentes catégories de produits (convention de parrainage, convention de mécénat, produit partage, subvention d'exploitation, aide financière). En particulier, on retiendra la nouvelle définition de concours publics qui permet enfin de catégoriser les produits des établissements sociaux et médico-sociaux issus de la tarification de manière bien distincte de la notion de subvention.

3.1.4 Plan comptable modifié et adapté

Toutes ces évolutions se traduisent dans le règlement comptable par des modèles d'écritures et une adaptation du plan comptable avec la création de comptes spécifiques, mais aussi par la suppression de certains comptes qui n'existent dorénavant plus (subvention d'investissement affectée à des biens renouvelables, commodat...).

3.1.5 Modification de la présentation des comptes annuels

Nouveau modèle de bilan

Le nouveau modèle de présentation du bilan actif et passif est fixé dans le règlement ANC 2018-06 et comprend certaines modifications, principalement l'ajout de nouvelles rubriques, le reclassement des fonds propres (anciennement appelé fonds associatifs), la création d'une rubrique de fonds propres consommables.

Nouveau modèle de compte de résultat

La présentation du compte de résultat est assez fortement modifiée, avec un nouveau détail pour les comptes de produits et l'introduction dans le résultat d'exploitation des reports et/ou utilisation de fonds dédiés. Ceux-ci étaient précédemment traités en fin de compte de résultat, ils n'impactaient pas le résultat d'exploitation et leur lecture était souvent difficile.

Annexe complétée

L'annexe aux comptes annuels est complétée de tableaux plus détaillés, notamment portant sur les donations temporaires d'usufruit, sur la variation des fonds propres, sur les fonds dédiés et les fonds reportés. Une information détaillée est donnée sur les méthodes de valorisation des contributions volontaires en nature.

Annexe des entités faisant appel public à la générosité (APG)

Pour les entités APG, le modèle du compte d'emploi des ressources (CER) a été modifié

et les documents à fournir en annexe complétés. L'annexe doit désormais inclure notamment un compte de résultat par origine et destination (CROD).

À noter que, depuis le décret du 22 mai 2019, le seuil d'obligation de déclaration à la préfecture des campagnes d'APG et de production d'un CER a été fixé à 153 000 € de recettes annuelles.

3.2. LE PROJET DE RÈGLEMENT COMPTABLE APPLICABLE AUX ORGANISMES GESTIONNAIRES D'ESSMS

À l'occasion des consultations pour la préparation du règlement comptable du secteur non lucratif, les questions spécifiques au secteur social et médico-social sont apparues suffisamment complexes, et les enjeux économiques suffisamment importants, pour qu'il soit décidé de créer un groupe de travail sur ce thème. Nexem a été sollicité et a contribué à ces travaux consultatifs, qui ont donné lieu à la production d'un pré-projet de règlement abordant des thèmes techniques spécifiques au secteur social et médico-social. Ce pré-projet de règlement ESSMS, s'il est agréé par l'ANC, devrait paraître avant la fin de l'année 2019 pour être applicable au 1^{er} janvier 2020 en même temps que le règlement 2018-06, plus généraliste.

L'instruction M22 applicable aux établissements publics sociaux et médico-sociaux, étendue par arrêté aux établissements privés sociaux et médico-sociaux, traite de la comptabilité des établissements et non de celle des organismes gestionnaires. Elle devrait être également réécrite pour être harmonisée avec ces deux textes comptables d'un niveau supérieur.

À noter que de ce règlement comptable spécifique aux structures gestionnaires d'ESSMS pourrait également découler des ajustements réglementaires à intégrer dans le CASF

et des modifications des cadres normalisés (CA, BP, EPRD, etc.).

Tous les commentaires qui suivent ont été rédigés à partir du pré-projet de règlement, ils devront être revus à la lecture des textes définitifs.

3.2.1 Questions comptables abordées par le projet de règlement

Extension du champ d'application des fonds dédiés aux concours publics

La nouvelle définition des concours publics (produits de la tarification) apportée par le règlement ANC 2018-06 a permis de les distinguer de manière claire de la notion de subvention. Si cette distinction a clarifié bon nombre de points, elle a pour conséquence immédiate d'exclure les concours publics de la possibilité de comptabiliser des fonds dédiés. En effet, la comptabilisation des fonds dédiés n'est prévue, dans le règlement comptable, que pour les subventions. Jusqu'à présent, le secteur social et médico-social utilisait fréquemment la comptabilisation de fonds dédiés notamment lors de l'attribution de CNR (crédits non reconductibles) affectés à des actions précises en fin d'année. Ainsi, pour répondre à une réalité du fonctionnement

financier de ce secteur, le projet règlement ESSMS étend la possibilité de comptabiliser des fonds dédiés aux concours publics.

La CNCC¹⁹, dans une réponse de sa commission des études comptables, avait préconisé l'enregistrement en fonds dédiés des sommes attribuées forfaitairement par les ATC aux établissements pour faire face aux futurs départs en retraite. Cette méthode n'a pas été retenue par le groupe de travail, qui s'en tient à la réglementation comptable de base : l'engagement de retraite doit être comptabilisé en totalité ou inscrit en annexe, le provisionnement peut être partiel mais la méthode de calcul doit être homogène pour tous les salariés. Ainsi la problématique reste entière : comment suivre simplement la différence

entre la comptabilisation de la provision dans les comptes de l'organisme gestionnaire et la quote-part financée par les ATC ?

Suppression de certaines provisions réglementées

Le projet de règlement ESSMS ne retient que certaines des anciennes provisions réglementées : les provisions réglementées « destinées à renforcer la couverture du BFR » et pour « amortissements dérogatoires ». Les provisions réglementées « pour renouvellement des immobilisations » et les provisions « afférentes aux plus-values nettes d'actif » sont supprimées, et les crédits attribués à ce titre sont reportés en fonds dédiés.

Des modifications réglementaires en perspective : l'exemple des provisions réglementées

Lors des travaux avec l'Autorité des normes comptables (ANC), de nombreux sujets ont été évoqués et ont fait l'objet de longs débats.

Les questions relatives aux provisions réglementées sont restées en partie sans réponse. En effet, le projet de texte ne prévoyait pas toutes les possibilités offertes par le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Pour exemple la possibilité de réaliser des fonds dédiés à la place de provisions réglementées ne répond pas aux possibilités offertes à l'article R314-95 du CASF indiquant que des provisions réglementées affectées à l'investissement peuvent provenir de produits financiers.

Idéalement le futur règlement devrait pouvoir apporter des explications complémentaires à la mise en œuvre des nouvelles obligations. Notons qu'en cas d'incompatibilité entre le règlement comptable et le CASF une modification de ce dernier serait nécessaire.

Compte de report à nouveau

Le nombre de comptes de report à nouveau est largement diminué et simplifié. Le compte 115 « RAN des activités sociales et médico-sociales sous gestion contrôlée » demeure, il regroupe désormais tous les anciens comptes 114-116, il comprend de nombreuses sous-divisions pour permettre le suivi par nature des résultats y compris les dépenses rejetées.

Les dépenses rejetées pour lesquelles les voies de recours sont épuisées ou caduques sont transférées en report à nouveau débiteur hors activité ESSMS.

3.2.2 Présentation des comptes annuels

Les comptes annuels de l'organisme gestionnaire d'ESMS seront présentés selon le modèle du règlement comptable ESMS. Ce modèle diffère du modèle du règlement ANC 2018-06 avec notamment, au passif, la distinction, dans les fonds propres, de subdivision « dont activités sous gestion contrôlée ». Cette distinction, très importante pour l'analyse des fonds propres, est effective pour les rubriques Réserve, report à nouveau et résultat. Cependant, elle ne l'est pas pour les autres rubriques (fonds propres consommables, subventions d'investissement, provisions

19. Cncc : compagnie nationale des commissaires aux comptes.

réglementées).

Le modèle de compte de résultat présente lui aussi des subdivisions spécifiques permettant de faire ressortir les produits issus des activités contrôlées et le résultat des activités contrôlées.

L'annexe est complétée d'un tableau de variation de fonds propres faisant ressortir la partie liée aux activités sociales et médico-sociales. Cette distinction est également introduite dans le tableau de variation des fonds dédiés et dans les documents retraçant l'APG.

3.2.3 Définition d'un vocabulaire commun

Comme tous les acteurs du secteur, le groupe de travail a dû s'efforcer de définir un vocabulaire commun pour permettre l'avancée sereine des travaux.

Dans un premier temps, il a défini les différentes catégories d'activités et trois catégories devraient être retenues :

- les activités hors ESMS : il s'agit des résultats des activités autres que celles du secteur ESMS (activité formation, gestion propre, sanitaire, etc.) ;
- les activités ESMS autres que celles sous gestion contrôlée : il s'agit des activités ESMS qui ne sont pas dites sous gestion contrôlée

(partie commerciale des ESAT, partie hébergement des EHPAD non tarifée...);

- les activités ESMS sous gestion contrôlée : il s'agit des résultats des activités sous gestion contrôlée (a priori dans et hors CPOM).

Le terme de Résultat « sous contrôle de tiers financeurs » ne serait plus utilisé et serait remplacé par résultat « sous gestion contrôlée ».

Les comptes de l'entité gestionnaire devront être désormais appelés « Comptes centralisés ».

L'usage des termes « comptes sommés » ou « comptes globaux » est donc maintenant à proscrire. Les termes de comptes consolidés ou combinés ne sont toujours pas appropriés puisque concernant une même personne morale. Les éliminations interétablissements sont néanmoins obligatoires.

Les résultats après reprise de résultats antérieurs devraient être désormais appelés « Résultat effectif ».

Les terminologies du type « résultat de gestion », « résultat économique » ou autres seraient désormais à proscrire.

Sous réserve des évolutions dans le texte définitif.

3.3. IMPACTS ET ENJEUX POUR LES GESTIONNAIRES

La charge de travail pour la mise en place effective de la nouvelle réglementation comptable sera importante, notamment pour le retraitement des comptes antérieurs. Il convient dès 2019 de diligenter les travaux de reclassement. L'évaluation du besoin de formation et d'information puis la mise en place d'un retroplanning des travaux à faire sont les premières étapes de cette mise en œuvre.

Nexem proposera en partenariat avec le cabinet Jégard des formations dédiées à cette nouvelle réglementation afin d'accompagner les adhérents qui le souhaitent.

Par ailleurs, Nexem sera également vigilant quant aux impacts découlant de cette nouvelle réglementation comptable et sur les modifications futures de l'instruction M22 applicable aux ESSMS privés à but non lucratif ainsi qu'aux modifications potentielles du code de l'action sociale et des familles.

CHAPITRE 4

LA NÉGOCIATION DES CPOM

4. Négociation des CPOM : un rapport de force de plus en plus déséquilibré

Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), rendu obligatoire depuis 2016 pour les établissements et services du champ des personnes âgées et personnes en situation de handicap ainsi que depuis 2018 pour les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale²⁰ (CHRS), est un outil de gouvernance et de pilotage destiné à faciliter la mise en œuvre opérationnelle des enjeux régionaux et départementaux.

Plus spécifiquement, du point de vue des autorités de contrôle et de tarification, le CPOM peut être à la fois un outil d'évolution de l'offre et un outil de contrôle des prestations réalisées. En fonction de l'importance des besoins sur le territoire, des moyens à disposition et de la situation de l'organisme gestionnaire, le CPOM peut ainsi prendre une coloration stratégique plus ou moins forte.

De ces CPOM s'opposent parfois un dynamisme et une approche innovante

de l'offre face à un ostracisme administratif et budgétaire. Le gestionnaire doit ainsi composer avec des injonctions contradictoires et saisir les opportunités qui s'offrent à lui. Cela suppose que le CPOM puisse être un outil de transformation de l'offre sociale et médico-sociale, en donnant l'opportunité aux gestionnaires d'ESSMS de recomposer leurs activités et d'innover, afin de coller aux plus près des attentes des personnes accompagnées et des orientations des schémas territoriaux.

Après trois années de mise en œuvre du processus de généralisation des CPOM, une première confrontation entre les objectifs affichés et la réalité du terrain permet de poser un diagnostic de la contractualisation. Nexem vous propose une analyse de l'évolution du rapport de négociation des CPOM depuis 2016 et vous donne quelques pistes de réflexion et des recommandations pour aborder le virage organisationnel et institutionnel à venir de vos organisations.

4.1. UN CONTRAT PAR NATURE DÉSÉQUILIBRÉ

4.1.1 Le CPOM, un contrat qui déroge aux règles du droit commun

Depuis la parution du premier cahier des charges CPOM en 2013²¹, des textes réglementaires issus de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015²² et de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016²³ organisant la généralisation des CPOM obligatoires, les contrats CPOM n'ont cessé de s'étoffer au gré des avancées réglementaires et des expériences locales. Les derniers contrats se distinguent notamment des premières tentatives par une plus grande rigueur dans l'écriture des clauses contractuelles

et notamment des clauses exorbitantes de droit commun propres aux contrats administratifs (clause de révision des contrats, clause d'annulation du contrat, pouvoir de sanction).

Un contrat administratif se différencie du contrat privé, notamment par le fait de contenir une ou plusieurs clauses exorbitantes du droit commun, c'est-à-dire une clause qui déséquilibre le contrat en faveur de l'administration, justifiée par l'existence de dispositions prises dans l'intérêt général, et qui est interdite dans les contrats de droit privé.

20. Article 125 de la loi ELAN n° 2018-1021 du 23 novembre 2018.

21. 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.

22. Loi ASV ou loi Vieillesse n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

23. Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016.

La qualification de contrat administratif donne à l'Administration contractante d'importantes prérogatives que l'on désigne habituellement sous l'appellation de « théorie du fait du prince » et qui lui permettent :

- d'exercer un pouvoir de contrôle sur le cocontractant ;
- de modifier unilatéralement le montant des financements en cours d'exercice²⁴ ;
- de sanctionner le cocontractant de manière pécuniaire ;
- de décider la résiliation du contrat dans l'intérêt du service ; l'administration pouvant toujours mettre fin au contrat sous réserve des droits à indemnités des intéressés. L'insertion d'une clause devant restreindre cette possibilité serait d'ailleurs jugée illégale.

Par sa nature juridique même, le CPOM confère donc à la puissance publique une autorité supérieure au gestionnaire lui permettant d'imposer les conditions d'exercice d'un contrat non soumis au droit commun.

4.1.2 Des clauses financières non garanties

En outre, les clauses tarifaires afférentes au contrat CPOM ne peuvent garantir aux gestionnaires la pleine réalisation des engagements financiers de l'ARS et/ou du Conseil départemental signataire.

En effet, les premières décisions jurisprudentielles engageant directement un CPOM, encore rares, soutiennent que les clauses financières d'un CPOM ne peuvent être opposables aux administrations publiques, alors même que les objectifs du gestionnaire prévus au CPOM le sont²⁵.

Et pour cause... outre le fait que les financements inscrits au CPOM demeurent tributaires de l'annualité budgétaire, le financement des ESSMS est encadré réglementairement, tel qu'en témoigne le maintien de l'édition annuelle de l'arrêté de tarification des services ou établissements compris dans le périmètre d'un CPOM.

4.1.3 Des recours devant le juge de la tarification toujours possibles, mais limités

La DGCS dans le cadre des discussions sur la généralisation des CPOM CHRS a reprécisé les juridictions compétentes pour les contentieux. Pour tout ce qui concerne l'exécution administrative du contrat les recours doivent être portés devant le tribunal administratif. Les recours liés à la tarification ou aux éléments financiers continuent, quant à eux, d'être traités par le tribunal de la tarification sanitaire et sociale.

Le maintien de l'arrêté annuel de tarification pour fixer le montant de la dotation globale commune participe à cette logique. En effet, il constitue une possibilité pour les gestionnaires de contester le niveau de financement qui leur est accordé. Toutefois, les possibilités effectives de recours sont plus limitées en CPOM que sous la procédure d'annualité budgétaire.

En effet, en annualité budgétaire, il n'est pas possible pour l'autorité de tarification de se fonder uniquement sur le taux d'évolution des dotations régionales limitatives pour fixer les tarifs. Ce principe a d'ailleurs été acté par le juge de la tarification (CNTSS, 20 juin 2014, n° 2012.005).

À l'inverse, de nombreux CPOM prévoient une revalorisation des dotations budgétaires fondée sur un taux d'évolution annuel fixé par l'ARS dans son rapport d'orientation budgétaire. Ils se fondent pour cela sur l'article R 314-40, 1° du CASF qui permet l'application directe du taux d'évolution de la dotation régionale limitative (DRL). La circulaire CPOM du 25 juillet 2013 précise que ce taux doit s'entendre comme le taux d'actualisation des dotations retenu dans les rapports d'orientation budgétaire des autorités compétentes.

Ainsi, les arrêtés de tarification en découlant ne seraient donc pas attaquables devant le juge de la tarification.

Cela étant, des écarts éventuels entre ce que prévoient le contrat et les arrêtés tarifaires annuels peuvent toujours être à rechercher, et ceux-ci pourraient faire naître des contentieux avec les autorités de tarification.

24. Article R. 314-47 du CASF

25. TITSS de Lyon, 12 mars 2012, n°11-73-6

4.2. INDUSTRIALISATION DU PROCESSUS DE NÉGOCIATION ET STANDARDISATION DES CONTRATS

4.2.1 Le contexte de contractualisation

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 prévoit que l'ensemble des ESSMS concernés par la contractualisation d'un CPOM personnes âgées ou personnes handicapées ait effectivement signé leur contrat avant le 1^{er} janvier 2021. Soit un délai de 5 ans laissé aux ARS notamment, pour signer près de 8 600 CPOM.

Pour exemple, en région Auvergne Rhône-Alpes, ce ne sont pas moins de 1 160 CPOM à signer sur cette période soit un rythme de signature d'un CPOM tous les deux jours. En région Île-de-France, un CPOM doit être signé tous les trois jours.

Ce rythme de contractualisation a été dénoncé maintes fois par Nexem et jugé parfaitement

irréaliste ainsi qu'en témoigne l'instruction budgétaire PA/PH de 2019²⁶, laquelle mentionne un « retard conséquent du nombre de CPOM signés ». Ce retard a été évalué autour de 50 % des signatures dès la fin de l'année 2017²⁷.

Les conditions de négociation des premiers CPOM obligatoires signés en 2017 se rapprochaient sensiblement du processus préconisé par l'ANAP dans son guide d'aide à la contractualisation. Or dès 2018 et plus encore en 2019 de nouvelles pratiques ont émergé des autorités de tarification afin d'accélérer le processus de contractualisation.

Les contraintes calendaires et des objectifs de résultat poussent ainsi parfois les administrations à l'industrialisation extrême de leur processus et à la standardisation excessive de leurs contrats.

Quelques exemples de dérives des méthodes de contractualisation

- Une réunion de lancement du CPOM réunissant plusieurs organisations en même temps.
- Un partage du diagnostic réalisé pendant une visite sur site sans concertation préalable.
- Un modèle de diagnostic figé, principalement quantitatif, et ne proposant aucune synthèse ou priorisation des informations recueillies.
- Un modèle de fiche « Objectifs - Actions » pré-rempli (3 voire 4 objectifs stratégiques sur 5 autour de la transformation de l'offre sont imposés).
- Des objectifs « plancher d'activité »²⁸ non négociés et uniformisés pour l'ensemble des gestionnaires d'une même catégorie d'ESSMS.

4.2.2 Les impacts sur la négociation CPOM

Il résulte de ces méthodes imposées un temps de négociation amoindri. Mais paradoxalement la durée globale de contractualisation entre la réunion de lancement et la signature a pu s'allonger tant les difficultés de tenir le rythme

imposé sont grandes pour les ATC (autorités de tarification et de contrôle). Les principales sources des difficultés rencontrées sont :

- l'absence de décideurs autour de la table des négociations,
- la multiplicité des acteurs, notamment en cas de CPOM plurifinanceurs,

26. Instruction N°DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2019/100 du 25 avril 2019 relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

27. CNSA - Comité de suivi des réformes de la tarification et de la contractualisation - septembre 2017.

28. Le décret du 27 juin 2018 prévoit, en CPOM, une possible modulation de la dotation en fonction de l'activité.

- le périmètre du CPOM et la taille de l'organisme gestionnaire,
- le lancement tardif du processus de contractualisation.

Les ARS et les Conseils départementaux signent ainsi de plus en plus de CPOM avec effet rétroactif ou antidatés. Des contrats ont ainsi pu être signés en fin d'année pour une rétroactivité au 1^{er} janvier, laissant un flou juridique certain dans cet intervalle de temps²⁹. Rappelons sur ce point que la signature de CPOM rétroactif ou antidaté n'est bien évidemment pas prévue légalement.

La baisse de la qualité des échanges est également une conséquence de l'évolution des méthodes de contractualisation. Contraints par un diagnostic et des objectifs pré-formatés, les échanges et propositions se font désormais plus rares.

Dans ce contexte la période budgétaire précédant la signature d'un CPOM est souvent utilisée comme base aux futures discussions. De ce fait, la construction de la dotation globale initiale se réduit malheureusement souvent à une reconduction des moyens de l'année précédente. Il convient néanmoins d'être vigilant et d'intégrer au CPOM des éléments relatifs à l'utilisation des réserves, à l'affectation des résultats et à la politique d'investissement.

4.2.3 Définir sa stratégie de négociation

Pour limiter la pression exercée par les ATC et éviter de subir le rythme de contractualisation, des stratégies de négociation existent. La réunion de lancement du CPOM est à ce titre particulièrement décisive. Elle détermine le futur calendrier de négociation, définit les règles du jeu et permet de confronter les premiers points de vue, tout en écartant les propositions « sans issues » possibles.

C'est pourquoi la présence du responsable du CPOM (le directeur général) et du président de l'organisme gestionnaire durant la réunion de lancement est recommandée afin d'engager les échanges à la fois sur la dimension stratégique et politique du CPOM tout en garantissant les conditions de négociation. En amont de la réunion, l'ordre du jour pourra être soigneusement préparé avec les ARS et Conseils départementaux.

Les outils standardisés des administrations ne doivent d'ailleurs pas empêcher les gestionnaires de proposer des supports additionnels notamment à des fins de synthèse ou de complément d'analyse lors du diagnostic.

Enfin, Nexem recommande d'utiliser les outils et langage communs aux administrations afin d'améliorer la qualité du dialogue et de favoriser la compréhension. En plus du guide d'aide à la contractualisation de l'ANAP paru en 2016, l'ANAP propose dans un nouvel ouvrage³⁰ une série de fiches d'analyse thématiques destinées à outiller les gestionnaires dans la phase de diagnostic partagé. Huit grands thèmes sont ainsi proposés et décortiqués à l'appui des indicateurs du tableau de bord de la performance dont notamment, les parcours des personnes accompagnées, l'inscription des ESMS dans le territoire, la détection des risques de dégradation de la situation financière, etc.

Dans le même esprit, nous vous recommandons de réaliser les simulations pluriannuelles budgétaires et financières de votre CPOM à partir du cadre EPRD développé soit à partir de vos éditeurs de logiciels courants soit par une solution externe telle le logiciel ANEDES développé par l'EHESP³¹.

29. En effet, les contrats administratifs sont des actes administratifs, et comme tels, sont soumis au principe de non rétroactivité : ils ne peuvent pas, en principe, entrer en vigueur avant leur conclusion.

30. « Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Fiches repères d'aide à la contractualisation ».

31. École des hautes études en santé publique.

4.3. LA FIN DE LA NÉGOCIATION BUDGÉTAIRE

4.3.1 Une négociation à enveloppe fermée

La situation économique actuelle des comptes de l'État et des Départements oblige les parties à négocier dans un environnement budgétaire fortement contraint. La construction des dotations globales initiales en CPOM ne déroge pas à la règle, laquelle s'établit dans le respect des enveloppes des financeurs. Ce qui suppose au final une marge très réduite de négociation des moyens au CPOM en dehors de l'enveloppe déjà octroyée en année N-1.

Cette marge de négociation se révèle même complètement annihilée pour certains dispositifs soumis au principe d'une tarification automatisée de type tarifs plafonds (ESAT, CHRS) ou d'équation tarifaire GMPS (EHPAD) et pour lesquels aucun recours n'est possible. Le CPOM se réduisant au final en matière de tarification à une simple chambre d'enregistrement et de rappel du modèle de tarification.

Enfin, rares sont les occasions pour les gestionnaires de bénéficier de moyens complémentaires.

Les autorités de tarification et de contrôle renvoient le plus souvent les propositions de développement des organismes gestionnaires vers des appels à projets qui ne sont pas toujours intégrés à la programmation de leur territoire ou financés sur l'enveloppe de reconduction.

4.3.2 Des clauses financières de plus en plus contraignantes

De moyens constants en 2016 et 2017, les nouveaux CPOM prévoient parfois des dispositions pouvant faire diminuer momentanément, voire durablement, les moyens à la suite des récentes politiques de modulation à l'activité³².

Les CPOM EHPAD « pluriactivités », les CPOM obligatoires du champ du handicap et désormais les CPOM CHRS issus de la loi ELAN autorisent en effet une éventuelle modulation de la dotation en fonction d'objectifs d'activité contractualisés.

Cette clause, qui n'est qu'une possibilité offerte à l'autorité de tarification et de contrôle, est désormais présentée comme une obligation dans la grande majorité des CPOM signés. Le diagnostic et l'analyse fine de l'activité en amont de la signature du contrat doivent permettre en cas d'injonction de la part des tarificateurs d'éviter toute dérive dans l'utilisation d'objectifs d'activité.

Notons qu'en cas de sous-activité, la diminution de la dotation n'est pas automatique et doit tenir compte d'événements « particuliers ». Une discussion entre l'Autorité et le gestionnaire doit en théorie être prévue au contrat avant toute décision de modulation. Là encore, souvent la rédaction du contrat manque de précision.

4.3.3 Vers le retour à une réglementation comptable et budgétaire traditionnelle

En matière budgétaire, d'autres contraintes réglementaires viennent freiner également les initiatives des gestionnaires.

Ainsi en CPOM-EPRD, les décisions budgétaires modificatives en cours d'année entre ESMS relevant du même financeur sont toujours soumises à l'accord explicite ou tacite des financeurs. Cette posture est en contradiction avec les discours sur la responsabilisation des gestionnaires et la volonté de favoriser le décloisonnement des prises en charge.

En matière d'affectation de résultat, l'existence d'un résultat excédentaire n'interdit nullement à l'autorité de tarification de réformer ce dernier, le cas échéant en rejetant certaines dépenses³³.

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

33. Article R314-236 du CASF.

Dans ce nouveau système tarifaire, la contestation des résultats arrêtés par l'autorité de tarification continue donc de présenter un enjeu d'une importance particulière pour les organismes gestionnaires, puisque des dépenses rejetées à l'examen de l'ERRD seront défalquées du montant de la notification budgétaire ultérieure... accroissant d'autant les difficultés de l'établissement ou du service.

Par ailleurs, les autorités insèrent désormais au contrat des conditions d'affectation en lien avec la réalisation des objectifs, conformément au décret du 27 juin 2018. Certaines clauses, pouvant être qualifiées d'abusives, ajoutent à la réglementation des contraintes d'affectation supplémentaires, telles que des niveaux seuils de réserve au-delà desquels toute proposition d'affectation est rejetée.

4.3.4 Les injonctions contradictoires du CPOM - EPRD

Il ne faut pas nier les avantages et la souplesse de gestion que permet le CPOM nouvelle génération par rapport à ses prédécesseurs non obligatoires. Il demeure un outil approprié et nécessaire pour développer des projets innovants, expérimentaux, ou des modes de prise en charge, ou encore pour accompagner des organismes gestionnaires engagés dans des reprises d'établissements en difficulté devant être soutenus financièrement.

Pas question non plus de nier la souplesse et les opportunités d'une meilleure gestion des moyens offerte en particulier par la globalisation des moyens auxquels il peut donner lieu : EPRD commun à l'ensemble

des structures entrant dans le champ du contrat, possibilité d'avoir une véritable politique d'investissement menée à l'échelle du CPOM, amélioration de la trésorerie, etc.

Pour autant, l'automatisation de plus en plus systématique de l'allocation des ressources dans le secteur social et médico-social réduit les marges de manœuvre des autorités publiques pour financer des moyens complémentaires ou des rebasages.

Il existe par ailleurs actuellement un risque réel de retour aux vieilles pratiques de contrôle des budgets de ligne à ligne alors que le CPOM-EPRD supposerait à l'inverse une approche globale et prospective du contrôle budgétaire et financier des ESMS.

C'est le cas notamment des CPOM CHRS dont l'arrêté et le cahier des charges paraîtront pour le dernier trimestre 2019. En dépit des alertes répétées de Nexem et des autres fédérations sur la vision trop étriquée et passéiste du futur CPOM CHRS élaboré par la DGCS, le cahier des charges reprendra pour beaucoup la réglementation budgétaire et comptable actuelle du code de l'action sociale et des familles (voir encart 4.4 dédié au CPOM CHRS infra).

La question est bien de savoir si le CPOM et sa composante budgétaire (EPRD ou autre) sont des outils au service des politiques publiques affichées (transformation de l'offre, mutualisation, coopération, plateforme de services, logement d'abord) ou s'il va restreindre, voire empêcher, leur plein déploiement.

4.4. ZOOM SUR LA MISE EN ŒUVRE DU CPOM POUR LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE (CHRS)

L'article 125 de la loi ELAN du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique rend obligatoire la signature d'un CPOM pour les CHRS d'ici le 31 décembre 2022³⁴.

Cette généralisation de ces CPOM devra permettre d'accompagner l'évolution de l'offre en faveur du programme logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme (2018-2022).

34. Les CPOM CHRS sont prévus à l'article L313-11-2 du CASF.

Plus spécifiquement, ces dispositions réglementaires visent à conduire la refonte des CHRS dans leurs modalités d'accueil (développement du diffus, réduction des durées de séjour), d'orientation (sortie accélérée vers le logement type intermédiation locative ou pensions de famille notamment) et de financement (passage en tarif plafond).

Un arrêté en voie de publication pour le dernier trimestre 2019, accompagné d'un cahier des charges du CPOM et d'un guide d'aide à la contractualisation publié par l'ANSA³⁵, détaillera les modalités de contractualisation.

4.4.1 Même méthodologie, même résultat attendu

Le délai de quatre ans laissé par l'administration pour contractualiser avec l'ensemble des gestionnaires CHRS est, de l'avis des organisations représentantes du secteur, particulièrement ambitieux voir irréaliste, notamment compte-tenu de l'inexpérience importante des acteurs en matière de contractualisation.

Prévu pour paraître pour le dernier trimestre 2019, 12 mois auront donc été nécessaires pour finaliser l'arrêté CPOM CHRS et connaître les réelles intentions du législateur en matière de transformation de l'offre et les marges de manœuvre de gestion des associations.

Il est intéressant pour ne pas dire original de savoir qu'en juillet dernier, les arrêtés de programmation CPOM ont été publiés laissant le champ libre aux administrations et gestionnaires de signer les premiers CPOM CHRS... en l'absence de tout arrêté, instruction et guide d'aide à la contractualisation.

Dans ces conditions, et compte-tenu du retard pris par la DGCS pour publier les premiers arrêtés, la pression à la contractualisation entraînera assurément les mêmes effets que la généralisation des contrats dans le secteur PA et PH : à savoir une industrialisation du processus de contractualisation par les préfetures et la mise en place d'outils de diagnostic et de contrats pré-formatés.

4.4.2 Les particularités du CPOM CHRS

Le futur CPOM CHRS s'inspire en partie du modèle PA/PH en ce qui concerne notamment la durée de contractualisation, l'ouverture aux CPOM régionaux, la souplesse de gestion, la tarification à l'activité *via* une modulation de la dotation en fonction d'objectifs d'activité, etc.

Mais le CPOM CHRS conserve à bien des égards de fortes spécificités.

Ainsi l'obligation de signature des CPOM concerne en priorité les gestionnaires de CHRS. Toutefois sous la pression exercée par Nexem et les autres fédérations du secteur, le périmètre du contrat pourra être élargi à l'ensemble des dispositifs relevant de la compétence tarifaire du représentant de l'État dans la région ou de la compétence tarifaire exclusive du président du conseil départemental. Sont concernés notamment les dispositifs issus de la loi du 2 janvier 2002 ou sous régime non autorisé (financement par subvention) :

- BOP 177 : de la veille sociale, SIAO, accueil de jour au CHU/CAO jusqu'au logement adapté – IML, résidences sociales, pensions de famille ;
- BOP 303 : toutes les activités asile type CADA ou sous subvention HUDA, CAES, etc. ;
- BOP 104 : les centres provisoires d'hébergement des réfugiés – CPH ;
- BOP 304 : protection juridique des majeurs, aide alimentaire sont susceptibles d'être rattachés au CPOM du L.313-11-2 du CASF ;
- enfin la loi ELAN permet également aux dispositifs de la loi 2002-2 du secteur « Personnes en difficultés spécifiques » (LHSS, LAM, ACT, CSAPA, CAARUD), financés par l'Assurance Maladie, d'être inclus dans un CPOM-AHI.

Par ailleurs, afin de mettre en œuvre les orientations de la stratégie de lutte contre la pauvreté et le programme logement d'abord, la DGCS envisage de rendre obligatoire, pour les CHRS notamment, une série d'objectifs et d'indicateurs.

35. Agence nouvelle des solidarités actives.

Enfin, le CPOM CHRS ne prévoit pas de modifier en profondeur la procédure et les outils budgétaires du secteur comme ce fut le cas pour les CPOM PA/PH avec l'instauration de l'EPRD.

Bien que défendue par Nexem tout au long du processus de concertation, la fongibilité entre les budgets des ESMS inclus au CPOM restera limitée aux seuls ESMS d'une même catégorie et d'un même programme de financement. Il n'y aura donc pas de fongibilité possible par exemple entre un CHRS autorisé et un dispositif qui lui est rattaché de type atelier de réinsertion. Par ailleurs, la politique d'affectation des résultats sera à négocier au cas par cas sans assurance de pouvoir conserver les excédents générés.

4.4.3 Entre vision technocratique et tournant stratégique de l'offre, le CPOM CHRS cherche encore sa voie

Nexem a été présent tout au long de la concertation DGCS - DDCS/DRJSCS - Fédérations préparant le futur cahier des charges CPOM CHRS. Nous avons ainsi notamment pu obtenir de nos interlocuteurs une fongibilité des budgets entre dispositifs autorisés de même catégorie et des assouplissements rédactionnels concernant les conditions de révision du contrat ou de modulation de la dotation en fonction d'objectifs d'activité.

En revanche, et malgré l'opposition totale des acteurs du secteur, la DGCS souhaite contraindre les organisations gestionnaires à contractualiser sur la base d'objectifs et d'indicateurs obligatoires.

Fort de son expérience autour de la généralisation des CPOM sur le champ du handicap et des personnes âgées, et soucieux de préserver l'équilibre contractuel du CPOM et la prise d'initiatives des gestionnaires, Nexem milite fortement contre la détermination de ces objectifs et indicateurs obligatoires et critique tout autant la frilosité de l'administration centrale en termes de souplesse de gestion.

Des contre-propositions sont actuellement en cours pour mettre en lumière des indicateurs non obligatoires pertinents et non discriminatoires.

De même, un courrier rédigé par l'ensemble des organisations représentantes du secteur³⁶ a été envoyé dernièrement au ministre du logement et de la ville - Julien Denormandie - afin d'alerter sur les difficultés attendues d'une contractualisation trop rigide et contrainte économiquement.

Enfin, Nexem milite pour déployer, dans le secteur AHI, l'outil budgétaire et financier EPRD afin d'encourager les logiques de mutualisation des enveloppes et sécuriser les projets de transformation de l'offre courant sur plusieurs années.

36. Courrier envoyé le 29 août 2019 par Nexem, la Croix-Rouge française, la Fédération des acteurs de la solidarité (FAS), la FEHAP et l'UNIOPSS.

4.5. CONCLUSION

Malgré une contractualisation de plus en plus difficile, déséquilibrée et contraignante, le CPOM reste un outil réglementaire stratégique et impulsant une dynamique de transformation de l'offre.

C'est pourquoi Nexem sera présent auprès des administrations et des institutionnels lors des futurs travaux pour défendre la vision d'un CPOM plus équilibré entre les différentes parties, et notamment de moments clés comme :

- la parution du futur arrêté CPOM CHRS,
- l'articulation du modèle tarifaire SERAFIN-PH et le CPOM PH,
- la future loi autonomie et dépendance dont le projet est attendu pour début 2020.

Par ailleurs, il est également temps d'anticiper les renouvellements des CPOM obligatoires et ceux arrivant à échéance en 2021.

L'instauration, dès à présent, d'un dialogue de gestion renouvelé et de confiance entre les gestionnaires et les financeurs doit être instaurée. La qualité du dialogue de gestion est l'un des enjeux à relever pour améliorer la mise en œuvre des CPOM obligatoires deuxième génération.

Pour ce faire, Nexem est présent depuis le début de la généralisation des CPOM pour accompagner ses adhérents durant la période de contractualisation (formation des équipes à la stratégie de négociation CPOM, accompagnement-conseil durant toute la phase de contractualisation).

CHAPITRE 5

LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DU SECTEUR PH

5. SÉRAFIN-PH, un outil technique au service d'une vision politique et sociale

Le projet SERAFIN-PH conduit par la CNSA et la DGCS vise à mettre en place une tarification des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap, selon des modalités renouvelées. La feuille de route validée lors du comité stratégique du 24 novembre 2014 décomposait le projet en trois phases :

- **phase 1** : construire les outils qui permettront une allocation de ressources renouvelée,
- **phase 2** : choisir un modèle de tarification, en simuler les impacts,
- **phase 3** : déployer le modèle.

Depuis septembre 2018, soit quatre ans après le commencement des travaux, la phase 2 a été lancée. Dans ce cadre un comité technique a été constitué et a pour objectif de proposer des scénarii d'évolution du financement afin que celui-ci s'inscrive au mieux dans les politiques actuelles du handicap (démarche inclusive).

Le questionnement sur le financement du champ du handicap est initié par l'entrée dans la phase 2 du projet. Bien qu'ayant été initialement présentés comme une « réforme technique portant sur la tarification et qui doit contribuer à faciliter l'évolution du secteur au profit d'un ajustement des réponses aux besoins des personnes et de leur parcours »³⁷ ces travaux ont, tant dans leurs fondements que dans leurs effets, une indéniable dimension politique.

Nexem analyse qu'outre des effets liés à la nature du rapport entre autorités de tarification et organisations gestionnaires, où on peut craindre le renforcement d'un déséquilibre déjà très présent, d'autres sont en situation d'apparaître via nombre d'éléments connexes aux travaux SERAFIN-PH. Parmi ceux-ci : généralisation des CPOM, mise en place des EPRD, suppression de l'opposabilité financière des conventions collectives et accords d'entreprises, pratique « débridée » des tarifs plafonds, forte limitation des taux d'évolution des charges de salaires... Autant d'éléments qui sont venus confirmer que la réforme « technique » est d'abord la traduction d'une intention politique sur laquelle il est grand temps de porter un regard critique et contributif.

En toile de fond : comment garantir que les évolutions visées en termes de financement et de tarification ne soient pas à terme préjudiciables à la pleine prise en compte de l'ensemble des activités devant être mobilisées pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes ? Question qui prend une coloration bien plus sensible encore dans le lien qu'il convient de faire entre ces évolutions et la transformation de l'offre sociale et médico-sociale telle qu'envisagée désormais.

Notamment basée sur la notion de singularité du parcours de vie et sur la perspective d'un renforcement des prestations de service et d'accompagnement en faveur de l'inclusion des personnes, il ne fait plus de doute désormais que ce qui est en cours ouvre pleinement un questionnement majeur autour des fondements même du financement de l'action sociale et médico-sociale. À cet égard, au moment où la solvabilisation de la personne apparaît comme une tentation pour répondre à des enjeux de tarification, Nexem souhaite rappeler que le financement du secteur ne peut se résumer aux seuls travaux menés dans le cadre de SERAFIN-PH ou des logiques de contractualisation pluriannuelle. Il est donc indispensable de décorrélérer la question du financement, qui correspond à une vision politique et sociale, de la tarification qui en est l'outil technique.

Lors du prochain comité stratégique début de l'automne 2019 en présence de Madame Cluzel, Secrétaire d'État auprès du premier Ministre, chargée des personnes handicapées, les

37. Feuille de route du groupe de travail SERAFIN PH, Novembre 2014.

différents scénarii de modèle tarifaire seront présentés. Ce comité stratégique devra arrêter ceux ou celui à retenir et à approfondir pour une mise en œuvre au mieux d'ici 2023-2024.

Ainsi avant de présenter le positionnement de Nexem sur les différents scénarii, il convient de revenir sur les travaux précédents menés par le groupe projet SERAFIN-PH.

5.1. LES PREMIERS OUTILS DE LA RÉFORME

La première phase du projet a consisté à construire les premiers outils nécessaires à l'engagement d'une réforme tarifaire d'ampleur : les nomenclatures de besoins et de prestations, les enquêtes de coûts (EDC) et la première étude nationale de coûts (ENC).

D'autres projets annexes ont été amorcés ces dernières années sans pour autant déboucher sur des éléments structurants et utilisables directement dans le cadre des travaux. À titre d'exemple citons les groupes de travail autour du contrôle de gestion ou du tableau de bord de la performance. Concernant le tableau de bord il est utile de rappeler que celui-ci n'a pas été conçu comme un outil tarifaire. Il était donc antinomique de l'intégrer à part entière au processus SERAFIN-PH. Le travail réalisé a néanmoins permis d'ajuster le tableau de bord de la performance en prenant en compte le vocabulaire SERAFIN-PH.

5.1.1 Les nomenclatures besoins et prestations

Les nomenclatures constituent un outil central dans le projet, car elles offrent la possibilité de décrire à partir d'un dictionnaire commun, homogène et partagé, les besoins des personnes et les prestations délivrées par les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Les nomenclatures ont été élaborées en 2015 et validées en janvier 2016 par le comité stratégique. Les tests réalisés par la suite lors des enquêtes de coûts ont permis l'ajustement des nomenclatures par des modifications mineures de simplification mais également par la création d'une nouvelle prestation. Il a été créé une prestation directe de coordination renforcée, prestation distincte et complémentaire de la coordination ordinaire ou usuelle entre professionnels.

La coordination renforcée vise la construction d'un projet d'accompagnement global pour répondre à des situations complexes, du fait du projet de la personne et de l'offre territoriale à mobiliser pour répondre aux besoins de la personne. Les situations de rupture, les périodes de transition à venir ou en cours peuvent constituer des repères de complexité. Enfin un accompagnement complexe peut porter sur plusieurs domaines de prestations et relevant de partenaires nombreux et appartenant à des secteurs différents.

Les nomenclatures sont aujourd'hui considérées comme stabilisées, elles sont utilisées par les acteurs médico-sociaux (MDPH, PCPE³⁸, diagnostic CPOM etc.).

La nomenclature des besoins

La nomenclature des besoins consiste en une classification de l'ensemble des besoins qui pourraient se manifester chez les personnes. Elle se décline en trois blocs, Autonomie, Santé, Participation sociale.

Il ne s'agit pas d'un outil permettant une « cotation » des besoins et de leur intensité ni d'un outil de description des « profils » de besoins des personnes accueillies.

Les besoins ne sont pas exprimés en termes de réponses, il ne s'agit donc pas de besoin de places au sein d'un ESMS.

Les besoins ne préjugent pas des réponses qu'il faudra mettre en œuvre pour diminuer ou combler l'écart que représente le besoin.

38. Pôle de compétences et de prestations externalisées.

La nomenclature des prestations

La nomenclature des prestations permet de décrire l'activité des ESMS. Il ne s'agit pas en tant que tel d'un « outil » de pilotage de l'activité ou d'analyse des coûts. Les prestations correspondent à tout ce qu'il peut être nécessaire de mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la personne, sans préjuger de qui le met en œuvre. Toutes les prestations qui figurent dans cette nomenclature des prestations ne sont pas nécessairement produites par tous les établissements et service médico-sociaux. On distingue des prestations directes et des prestations indirectes.

Les prestations directes sont exclusivement des prestations réalisées par des professionnels et correspondent donc à du temps de travail. Ces prestations directes se décomposent en 4 blocs :

- prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles,
- prestations en matière d'autonomie,
- prestations pour la participation sociale,
- prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours.

Les prestations indirectes ne sont pas exclusivement des prestations réalisées par des professionnels ; elles peuvent correspondre à des dépenses de fonctionnement courants. Deux blocs constituent les prestations indirectes : fonctions gérer, manager, coopérer et les fonctions logistiques.

Pour plus d'information vous pouvez consulter le site de la CNSA : <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-tarifaire-des-etablissements-et-services-pour-personnes-handicapees#les-nomenclatures-des-besoins-et-des-prestations-l-preuve-des-premiers-usages>

5.1.2 Liaisons entre besoins et prestations dans un objectif tarifaire

Afin d'établir des liaisons entre les besoins et les prestations, et cela dans un objectif tarifaire, différentes études quantitatives et qualitatives ont été menées afin de préparer

les études nationales de coûts (ENC) nécessaire à l'élaboration du prochain modèle tarifaire. Les éléments présentés ci-après sont issus des productions du groupe projet SERAFIN-PH. Pour une vision approfondie, détaillée et exhaustive l'ensemble de la documentation est disponible sur le site internet de la CNSA.

Quelle différence entre enquête de coûts (EDC) et étude nationale de coûts (ENC) ?

L'enquête de coûts est un retraitement comptable du budget des ESMS. Les coûts mesurés correspondent à des coûts constatés. Ils peuvent difficilement être reliés à des coûts d'accompagnement qui seraient standardisés au regard de normes dites de bonnes pratiques.

Contrairement aux ENC, les EDC ne recueillent aucune information relative à la personne. Les coûts par prestation sont donc définis par ESMS, aucun coût n'est calculé par personne ou même par type d'accueil. Les données qui sont utilisées pour expliquer la variance des coûts sont donc des informations qui caractérisent les structures dans leur globalité.

Les enquêtes de coûts (EDC)

Les données de la première EDC relatives à l'activité de 2015 concernaient exclusivement le secteur « enfants ». La seconde établie sur l'exercice 2016, intègre les secteurs enfants et adultes et porte sur un échantillon de 207 structures réparties entre 95 ESMS pour enfants et 112 ESMS pour adultes.

Comme indiqué dans le rapport de l'EDC publié en juillet 2019³⁹ sur les données de 2016, la taille relativement faible de l'échantillon de l'étude par rapport à la population nationale des ESMS renforce le besoin d'adopter une démarche prudente et progressive. Quelques enseignements ressortent de ces enquêtes et notamment les points suivants.

- L'ensemble des prestations directes représente un volume de dépenses d'environ 50 % pour les établissements et 60 % pour les services. La décomposition des charges permet de matérialiser l'impact de la logistique qui est nettement plus élevée pour les établissements du fait des charges de locaux.
- Pour les services, on constate que les charges directes se portent davantage sur la participation sociale et les soins que sur l'autonomie. Ainsi soit les personnes accompagnées par un service ont des besoins structurellement différents soit d'autres intervenants sont également sollicités et répondent aussi à ces besoins.
- L'offre de prestations directes pour la santé et l'autonomie des ESMS accompagnant des enfants semble plus diversifiée. Une spécialisation apparaît plus importante pour le secteur des adultes.
- Bien que certaines catégories d'ESMS aient une structure de coût proche (exemple des MAS et des FAM) ; la catégorie FINISS de la structure est le marqueur de coût le plus prégnant, mais il est également le reflet des dotations historiques.

Études des marqueurs en charge des accompagnements

En complément des EDC, le groupe projet a réalisé une enquête qualitative visant à nourrir la réflexion sur le modèle tarifaire. Cette enquête visait à saisir les caractéristiques environ-

nementales, structurelles et individuelles qui pourraient expliquer les variations de coûts d'accompagnement. Ces marqueurs de charges d'accompagnement une fois identifiés seront éprouvés dans le cadre de l'étude nationale de coûts (ENC).

L'approche fondée sur un recueil de paroles d'experts du handicap a récolté 158 descriptions d'ESMS et 551 descriptions de situations de personnes accompagnées. Les situations décrites étaient de quatre types :

- situation nécessitant des moyens standards par rapport à l'ESMS d'accueil,
- situation nécessitant des moyens inférieurs par rapport à l'ESMS d'accueil,
- situation nécessitant des moyens supérieurs par rapport à l'ESMS d'accueil,
- situation nécessitant des moyens exceptionnels par rapport à l'ESMS d'accueil.

Il est ressorti de cette étude trois grands constats principaux.

Une évolution des publics

Les structures accompagnent de plus en plus de nouveaux publics (TSA, troubles psychiques, etc.). Ce public se transforme en se complexifiant, en étant moins autonome et vieillissant. L'étude constate également des publics « atypiques », c'est-à-dire qui ne correspondent pas au public autorisé à titre principal et pour lesquels les intervenants peuvent être en difficulté. Pour exemple cela peut concerner une structure autorisée pour accueillir des personnes avec une déficience intellectuelle moyenne et sévère qui accompagne aujourd'hui des personnes avec des troubles du spectre autistique ou des personnes avec des troubles psychiques.

Des caractéristiques structurelles de marqueurs de coûts

L'étude a révélé que certaines caractéristiques structurelles d'ESMS pouvaient engendrer une modification des coûts de l'accompagnement. Les éléments identifiés ont confirmé et objectivé les constats connus dans le secteur. On note notamment la localisation géographique de la structure, le périmètre d'intervention, l'état et la taille des locaux, les modes d'organisation et de fonctionnement.

39. Cf. rapport d'étude : https://www.cnsa.fr/documentation/rapport_enquete_couts_ph_2016_vf.pdf

Des caractéristiques individuelles de marqueurs de coûts

Les éléments suivants ont été repérés comme ayant un impact sur la charge financière d'accompagnement :

- le parcours de l'individu : le dépistage, le parcours antérieur, la date d'entrée, un projet de sortie vers un logement ou un projet de réorientation... ;
- l'environnement familial de l'individu ;
- le rapport à l'accompagnement : l'adaptation au sein de la structure, l'« adhésion » à l'accompagnement ;
- l'Autonomie et la santé : aggravation somatique ou psychique, autonomie, problématiques de santé supplémentaires.

Les études nationales de coûts (ENC)

Quel que soit le modèle tarifaire qui sera retenu in fine, la garantie d'un financement équitable passera par un lien entre les besoins des personnes et les prestations directes servies. Pour ce faire les caractéristiques individuelles des personnes sont recueillies dans le cadre d'ENC : recueil d'information caractérisant les personnes accompagnées en ESMS (besoins, déficiences, état de santé, environnement social...) et précisant les prestations d'accompagnement délivrées à chacune d'entre elles.

Une ENC dont nous attendons les résultats a été réalisée fin 2018 – début 2019, une deuxième sera réalisée fin 2019.

Les résultats devront permettre un nouvel horizon d'analyses et d'enrichir ces premières conclusions des enquêtes et études précédentes.

5.2. LES MODÈLES TARIFAIRES PROPOSÉS PAR LE GROUPE PROJET SERAFIN-PH ⁴⁰

Les scénarii de modèles de la tarification proposés par le groupe projet SERAFIN-PH ont été travaillés par un comité technique⁴¹, auquel Nexem a participé. Ces propositions ont également été alimentées par le GTN et par des échanges organisés en région avec les représentants des services tarificateurs des ARS et des départements.

Le groupe projet SERAFIN-PH a souhaité définir des scénarii de modèle tarifaire en posant deux questions :

- Qui est destinataire du financement ? Autrement dit, est-ce la personne physique ou la personne morale qui reçoit le financement (allocation de l'enveloppe actuelle médico-sociale : ONDAM⁴² et crédits

des Conseils départementaux). À noter que la possibilité de verser des fonds à d'autres destinataires a été émise pour certaines prestations (prestataires hors agrément CASF⁴³).

- Quelle est la base de financement ? Cette donnée constitue la « porte d'entrée » du modèle de financement : les caractéristiques des personnes, les caractéristiques de l'ESMS/l'OG ou les caractéristiques liées au territoire. À noter que ces bases de financement peuvent être mixées.

Selon les réponses apportées à ces questions, le groupe projet SERAFIN-PH a identifié les différentes combinaisons possibles schématisées dans le tableau ci-après.

40. Information détaillée sur le site de la CNSA.

41. Réunion d'une fois par mois entre septembre 2018 et juin 2019.

42. Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie.

43. Code de l'action sociale et des familles.

Présentation synthétique des scénarii possibles modèles tarifaires (sources : Groupe projet Serafin-PH)

Nom de la combinaison	Qui est destinataire du financement ? (Personne, ESMS/OG, autre acteur)	Quel est le périmètre de prestations financées, par destinataire ?	Quelle(s) base(s) du financement ?			
			1. Caractéristiques de la personne (uniquement)	2. Caractéristiques de l'ESMS/l'OG (uniquement) ou du prestataire	3. Caractéristiques de la personne et de l'ESMS/OG ou du prestataire	Caractéristiques du territoire
A. Budget personnel => 1 scénario	La personne uniquement	Tout	X	NC	NC	à intégrer
B. Budget ESMS/OG => 3 scénarii	L'ESMS/l'OG uniquement	Tout	X	X	X	à intégrer
C. Budget mixte 1 => 3 scénarii	Personne	Les prestations - celles financées à l'ESMS	X	NC	NC	à intégrer
	Et ESMS/OG	Certaines prestations	X	X	X	à intégrer
Variante pour chaque combinaison	Prestataire	Certaines prestations (soins, coordination, transports...)	X	X	X	à intégrer

Les trois scénarii suivants ont été étudiés :

- **A1** : budget versé à la personne, sur la base de caractéristiques individuelles.
- **B3** : budget versé à l'ESMS/OG, sur la base de caractéristiques individuelles de la personne et de l'ESMS/l'OG. Deux sous scénarii, en fonction de l'importance des parts socle et variable.
- **C3** : budget versé à l'ESMS/OG et à la personne, sur la base des caractéristiques de la personne pour le financement à la personne et des caractéristiques de la personne et de l'ESMS pour le financement à l'ESMS.

Quelques éléments de compréhension des différents scénarii

Scénario A1

Le financement direct à la personne en euros a été écarté des propositions. En effet, sa mise en œuvre est complexe notamment au regard de la difficulté de fixation des prix prenant en compte les caractéristiques territoriales et du risque d'augmenter le reste à charge.

Ce scénario consiste donc à l'ouverture d'un droit de tirage en nature pour chaque personne. L'activation de ce droit de tirage se ferait auprès d'un opérateur (ESMS + prestataires). L'opérateur serait le seul habilité à percevoir le financement sur la base de son activité. Dans ce scénario l'unité d'œuvre reste à préciser pour fixer une tarification basée sur des prix réglementés.

Scénario B3

Dans ce scénario, une dotation globale est versée à l'ESMS/l'OG. Les ESMS/OG resteraient tarifés et financés par les ATC. Le financement serait alloué *via* :

- une part socle fixe sur la durée du CPOM et déterminée pour chaque ESMS/OG selon ses propres caractéristiques. La part socle correspond au financement de l'ensemble des prestations indirectes et a minima à deux prestations directes : prévention et coordination paramédicale ainsi que la coordination renforcée ;
- une part variable calculée selon les caractéristiques et besoins des personnes accompagnées. Elle pourra varier à un rythme inférieur à la durée du CPOM.

Un sous scénario a été étudié et intègre une partie des prestations de soins, d'autonomie et de participation sociale dans la part socle. Cette partie transférée correspond à un niveau d'accompagnement défini comme standard/habituel.

Scénario C3

Dans ce scénario, le destinataire du financement est à la fois l'opérateur et la personne. La base du financement repose sur les caractéristiques des personnes pour les personnes et les caractéristiques des personnes et de l'opérateur pour l'opérateur.

Les ESMS/OG resteraient tarifés et financés par les ATC selon les mêmes modalités qu'en B3. Le périmètre de ce financement à l'ESMS/OG serait néanmoins restreint avec l'exclusion de certaines prestations directes qui seraient financées directement à la personne via un droit de tirage (scénario A1).

Il s'agit donc de définir les prestations pour lesquelles la personne aurait le choix de son opérateur. Pour ces prestations financées à la personne, les ESMS/OG comme les éventuels prestataires recevraient alors des tarifs dédiés suite à l'activation du droit de tirage. Ces prestations restent à définir bien que deux grandes tendances se dégagent des travaux :

- prestations qui favoriseraient l'autonomie de la personne,
- actes hors nomenclatures de l'Assurance Maladie.

Pour chaque scénario, le groupe projet s'est efforcé de faire preuve de pédagogie et d'analyser en détail les impacts en termes d'enjeux humains, sur les métiers, financiers, techniques, budgétaires, de politiques publiques, ou légaux et juridiques.

Des points d'attention et d'opportunités ont été identifiés pour chaque scénario ou sous scénario faisant ressortir parfois des vigilances particulières sur le reste à charge ou sur le risque inflationniste. Cela étant un certain nombre d'aspects et de prérequis apparaissent communs. Ainsi quel que soit le scénario retenu il apparaît entre autres nécessaire de :

- clarifier certains financements afin que cela soit conforme aux attendus : société inclusive, fluidité des parcours (soins et transports) ;
- réviser la répartition des financements entre les ARS et les CD mais également avec les différentes allocations individualisées (PCH, AAH) ;
- développer des outillages nécessaires au pilotage et à la mise en œuvre des nouvelles modalités de financement ;
- faciliter les réévaluations des besoins des personnes (grille d'évaluation uniformisée à construire) ;
- accélérer la transformation numérique du secteur médico-social, personnes en situation de handicap ;
- réviser le cadre législatif et réglementaire en profondeur ;
- faire évoluer les métiers (création de coordinateur de parcours).

5.3. PERSPECTIVES ET POSITIONNEMENT NEXEM

Les trois scénarii proposés par le groupe projet Serafin-PH proposent des modèles tarifaires décomposés selon trois modèles de financement différents :

- la solvabilisation des personnes,
- la solvabilisation de l'offre,
- une solvabilisation mixte.
- Nécessite que le prestataire puisse être en situation d'étudier la solvabilité de la personne accompagnée comme c'est le cas dans le secteur des personnes âgées dépendantes avec le risque, dès lors non négligeable, de sélection des nouveaux entrants sur ce seul critère (comme en EHPAD).

5.3.1 Solvabilisation des personnes

Ce modèle est souvent présenté par ses partisans comme permettant à la personne d'être réellement acteur et responsable de « son portefeuille » de prestations. Cette logique doit mêler à la fois l'individualisation fine de la réponse, son assouplissement et sa coordination, le tout au plus près des territoires et suppose que l'offre de services soit existante et suffisamment développée. Cependant, pour Nexem, cette proposition, donne lieu à un certain nombre de points de vigilance à ne pas négliger. En effet, cela :

- Interroge sur l'articulation avec le rôle et les orientations de la MDPH, et sur la possibilité pour l'établissement de refuser l'admission ou l'accompagnement d'un usager pour motif de solvabilité insuffisante ou inexistante.
- Interroge sur l'articulation entre les versements des prestations individuelles et les autorités de tarification et de contrôle.
- Laisse à charge des personnes elles-mêmes ou de leurs aidants, l'indispensable coordination des prestations délivrées et, sauf à ce que cette coordination soit constitutive à elle seule d'une prestation garantie, omet la dimension importante de l'accompagnement du projet de vie.
- interroge, sauf à renoncer aux fondements actuels de notre approche, sur la façon dont pourrait être garanti à tous un niveau de solvabilité permettant un accès équitable et suffisant aux diverses prestations offertes sur les territoires.

Vouloir proposer un éventail d'offres modulaires signifie d'abord de pouvoir disposer d'options différentes et en nombre suffisant. Des options qui soient qualifiées, reconnues comme cohérentes et en adéquation avec les droits et attentes singulières des personnes qui vont y recourir, notamment en termes d'accompagnement vers l'autonomie et de protection tout au long de leur parcours.

C'est le principe même de l'équité, y compris au sein d'une société inclusive, que de veiller de façon structurée à la pleine efficacité de ces droits et protections.

5.3.2 Solvabilisation de l'offre

Le secteur médico-social s'est construit historiquement sur ce scénario ; s'il apparaît aujourd'hui nécessaire de faire évoluer ce modèle, notamment pour lui permettre de disposer de plus de souplesse et de diversité dans les réponses apportées, il reste indispensable de prendre en compte les enjeux économiques et sociaux des organisations et d'envisager les moyens du développement territorial d'une offre de service qualitative et complète qui s'inscrive dans l'évolution des politiques publiques et la nécessaire adaptation de l'offre.

Nexem appelle ici à la modération ; du maintien d'une solvabilisation de l'offre, dans des proportions et selon des modalités qu'il faut, certes, faire évoluer, dépendra le maintien d'une approche solidaire et réellement protectrice des problématiques rencontrées par les personnes fragiles.

La solvabilisation de l'offre est l'expression d'une volonté politique d'assurer à chacun un égal accès aux droits communs, aux soins, à l'accompagnement, à l'émancipation mais aussi à la protection qui lui sont nécessaires et dont la société reconnaît la légitimité.

5.3.3 Une solvabilisation mixte : un mode de tarification qui est le point d'équilibre entre dirigisme, libéralisme et logique de parcours

Le financement du secteur doit évoluer de telle façon qu'il favorise une progressive transformation de l'offre en faveur d'une société inclusive et doit pour cela allier réalisme des modèles

économiques, valorisation de l'accompagnement individualisé et agilité des logiques de parcours. Pour ce faire, le financement mixte, alliant de façon complémentaire solvabilisation de la personne et solvabilisation de l'offre, apparaît le plus approprié. Il devra se dégager d'un modèle de type « aide sociale » pour s'appuyer de plus en plus sur des financements relevant de la solidarité nationale tant pour les prestations sociales liées à l'offre que pour la solvabilisation de la personne. Cette dernière sera positionnée comme subsidiaire et demeurera sur une logique de compensation. Il s'agira de valoriser le choix des personnes tout en garantissant la qualité des réponses et la solvabilisation économique des dispositifs.

À cet égard, Nexem souhaite souligner un point particulièrement important : la question du financement issu de la solidarité nationale doit être corrélée à la viabilité du modèle économique, portée par les offreurs de santé ou la collectivité publique certes, mais ne doit plus être vue sous l'angle exclusif de la génération de coûts. Outre le fait que le mode de financement du secteur handicap est la traduction de choix de société essentiels auxquels il convient de ne pas renoncer, il est indispensable de désormais considérer que l'accompagnement des personnes assuré par les acteurs gestionnaires des dispositifs est d'abord un investissement social capital dont la société dans son ensemble tire toujours bénéfice.

Il est essentiel de mettre enfin en regard des dépenses relatives au financement des dispositifs de réponse l'apport considérable que cela représente auprès des personnes et pour la société : effectivité de l'accès aux droits, accompagnement à la citoyenneté, renforcement de la capacité décisionnelle, éducation et promotion de la santé, prévention de la perte d'autonomie, inclusion scolaire, accès au travail, au logement, ouverture et accompagnement dans la vie sociale, etc. Autant d'actions aux effets tout à la fois préventifs et étayant qui sont des investissements constituant la dépense d'aujourd'hui mais aussi les économies et la santé de demain.

5.3.4 En conclusion : le débat autour du financement doit être en prise avec le réel

Pour Nexem, la dynamique d'un financement mixte, alliant de façon réfléchie solvabilisation de l'offre et solvabilisation de la personne, est une nécessité qui tient compte de l'état de la société française. Passer d'un modèle de tarification institutionnelle des ESMS à une démarche partant des personnes ne peut se faire de façon brutale et nécessite de concilier volonté réformatrice et grande vigilance pour éviter les ruptures de part ou d'autre. Le financement mixte est ainsi le moyen de conjuguer de façon constructive transformation de l'offre et approche inclusive. Cette dynamique doit :

- Être entendue par tous les acteurs comme un investissement que réalise la société *via* la solidarité nationale. Il convient à cet égard que les actions à conduire demeurent confiées à des organisations soumises aux autorisations d'exercice en vigueur qui sont à même de garantir aux publics les plus vulnérables, un égal accès à des prestations de haut-niveau dans le cadre d'un projet de vie effectivement coordonné.
- Prendre appui sur une appréciation réaliste et régulièrement évaluée des « socles » qui résulteront des investissements dont la société sera porteuse. À ce niveau, devront être pris en compte :
 - les besoins liés au projet de vie des personnes (accessibilité pour le plus grand nombre possible, à une société inclusive...),
 - l'exigence de qualité et la reconnaissance des professionnels de l'accompagnement (haut niveau d'expertise des métiers, attractivité des rémunérations et des carrières liées aux qualifications, aux compétences et aux savoir-faire de l'accompagnement, qualité de vie au travail, évolution des métiers...),
 - la nécessité de dispositifs incitatifs et contractualisés avec les gestionnaires (équilibre et viabilité économique permettant d'absorber les coûts inhérents aux charges de structures, frais de gestion, de coordination et ceux des prestations construites pour répondre aux besoins évalués).
- Être l'objet d'une régulation et d'une contractualisation continue afin de prévenir les possibles dérives d'un nouveau système qui, a priori, ne peut être totalement maîtrisé dans ses effets, en particulier quant aux risques d'exclusion et d'inégalités qu'il pourrait générer. Ici, tous les acteurs devront être concernés, dans un esprit de concertation confiante et solidaire.
- Faire l'objet d'études d'impact et d'évaluation notamment « médico-socio-économiques » permettant d'identifier et de valoriser les effets bénéfiques sur la santé et les économies générées, notamment par le renforcement de la précocité des interventions et de l'accompagnement inclusif au quotidien.
- Être enfin traduite par une tarification qui distingue clairement les dépenses d'investissement⁴⁴ des dépenses courantes⁴⁵.

44. Les dépenses d'investissement en santé sont les dépenses qui interviennent avant la maladie, le handicap ou l'exclusion. Ce sont les dépenses de prévention, d'éducation en santé, de diagnostic précoce par exemple qui visent à éviter ou à réduire les risques d'état de dépendance, de maladie ou de handicap. Ce sont les dépenses d'aujourd'hui qui font la santé de demain et les économies d'après-demain.

45. Les dépenses courantes sont les dépenses qui interviennent après l'apparition de la maladie, de la situation de handicap, de dépendance ou d'exclusion. Ce sont les dépenses de soins et/ou d'accompagnement qui, par exemple, traitent les pathologies, qui réparent, qui réadaptent, qui compensent les situations de handicap et de perte d'autonomie.

CHAPITRE 6

LES INDICATEURS

6. Les indicateurs budgétaires économiques et sociaux

Nous vous alertons sur le fait qu'au moment de la finalisation de ce document, aucune donnée concernant l'objectif national de dépense d'assurance maladie (Ondam) ou l'évolution du taux d'inflation n'est connue de manière certaine.

Aussi, les prévisions ci-après sont susceptibles d'être revues à la hausse ou à la baisse selon les taux d'évolution

de l'Ondam et de l'inflation retenue par le gouvernement pour les dotations des ESMS.

Cette année, au regard des évolutions législatives et réglementaires, en avant-propos, nous vous proposons un retour sur la dynamique d'élaboration de la politique salariale.

6.1. CONTEXTE ET INFORMATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

6.1.1 Retour sur la conférence salariale

Lors de la conférence salariale du 14 février 2019, sur la base du GVT estimé à 0,65 % pour la CCN 66 et les accords CHRS, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a fait part de l'évolution du taux directeur à hauteur de +1 % pour la CCN 66 et pour les accords CHRS.

Ce taux directeur correspond au taux d'évolution du financement de la masse salariale fixé par la DGCS au regard :

- des dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et, en particulier, de l'objectif global des dépenses (OGD) et de l'Ondam ;

- de la masse salariale que représente chaque CCN ;
- de l'effet-report estimé pour cette année à 0,07 % pour la CCN 66 (qui correspond au coût et à l'impact financier des mesures de politique salariale de l'année précédente) .

Ainsi, l'enveloppe salariale restant à disposition est de 0,28 % pour la CCN 66 (contre 0,31 en 2018) et de 0,35 % (contre 0,31 l'année dernière) pour les accords CHRS. Cela représente 30,3 millions d'euros (M€) pour la CCN 66 et 1,3 M€ pour les accords CHRS.

L'effet report, de quoi s'agit-il ?

Plus une mesure est adoptée « tardivement » en cours d'année, plus son effet-report est important.

À l'inverse, si la mesure entre en vigueur dès le 1^{er} janvier, son effet-report est nul.

L'effet-report est indépendant du taux directeur et de l'enveloppe accordée par les pouvoirs publics. En effet, dès lors qu'une mesure est adoptée en cours d'année, elle génère de l'effet-report (quand bien même le coût de cette mesure est inférieur au montant de l'enveloppe disponible).

À noter. Les ressources non consommées sur une année sont définitivement perdues. En effet, en la matière, la DGCS n'a pas un raisonnement pluriannuel. Utiliser un éventuel reliquat d'une année sur l'autre pour obtenir une enveloppe plus conséquente n'est donc pas possible.

6.1.2 Les négociations des partenaires sociaux

Différentes propositions d'évolution ont été faites par les commissions Sociale et RH de Nexem, et ont été validées par le conseil d'administration de Nexem. Par ailleurs, la négociation avec les partenaires sociaux s'est effectuée dans un cadre régulé et administré par les enveloppes fixées, afin ne pas dépasser le plafond de ressources accordé par la DGCS.

En 2019, plusieurs mesures ont été mises en place, par voie d'avenant ou de recommandation patronale :

- la valeur du point a été portée à 3,80 € au 1^{er} février 2019, par recommandation patronale. Cette évolution concerne les structures appliquant la CCN 66 et celles appliquant les accords CHRS ;
- l'indemnité de sujétion spéciale, pour les accords CHRS, a été portée à 8,48 % à compter du 1^{er} février 2019 ;
- le statut des assistants familiaux relevant de la CCN 66 a fait l'objet de la signature de l'avenant n° 351 du 12 avril 2019. À l'heure de la publication, cet avenant est en cours d'agrément. Il sera applicable le mois suivant la publication au Journal officiel de l'arrêté d'agrément.

Par ailleurs, au niveau de la CCN 66 et des accords CHRS, l'évolution des régimes de complémentaire santé est en cours de négociation. L'objectif est de mettre en place un régime prévoyant l'effectivité du « 100 % Santé » à compter du 1^{er} janvier 2020.

En outre, 2019 a marqué le début de négociation sur la mise en place d'un nouveau cadre conventionnel. Les négociations se poursuivront en 2020.

6.1.3 L'agrément

La commission nationale d'agrément a agréé l'avenant 351 relatif au statut des assistants familiaux⁴⁶, ayant un impact financier, signé par les partenaires sociaux, ainsi que les recommandations patronales relatives à l'évolution de la valeur du point et, pour les CHRS, à l'indemnité de sujétion spéciale.

Cela a été possible sur la base :

- d'une part, du coût des mesures prévues par le ou les avenants, qui ne doivent pas dépasser l'enveloppe budgétaire accordée ;
- d'autre part, de l'effet-report des mesures prévues, qui dans l'idéal doit être neutre.

Ces agréments permettent ainsi une entrée en application et assurent une opposabilité financière aux autorités de tarification et de contrôle.

Même si ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) nouvelle génération signent la fin de l'opposabilité des dépenses, dès lors que la commission nationale d'agrément a agréé l'évolution de la valeur du point, le taux national d'évolution des enveloppes régionales limitatives de crédits le prend en compte.

De ce fait, la revalorisation des budgets devrait en tenir compte dès lors que l'actualisation de la dotation globale commune dans le cadre de CPOM repose sur le taux d'évolution des enveloppes régionales.

Par ailleurs, la libre affectation des résultats peut être un levier financier supplémentaire le cas échéant.

46. L'avenant 351 relatif aux assistants familiaux a été signé le 12 avril 2019.



6.2. LES INDICATEURS ÉCONOMIQUES GÉNÉRAUX

6.2.1 Les indicateurs nationaux

	Données 2019	Prévision 2020
Inflation France (hors tabac) (Juin 2018 - juin 2019) <i>Source : Banque de France</i>	1,3 %	1,3 %
Inflation France Proposition retenue	1,3 %	1,3 %
Valeur du point	3,80 €	3,82 €
SMIC horaire (brut)⁽¹⁾	10,03 €	10,18 €
Minimum garanti⁽²⁾	3,62 €	3,67 €
Plafonds de Sécurité sociale⁽³⁾	Annuel = 40 524 €	Annuel = 41 334 €
	Mensuel = 3 377 €	Mensuel = 3 444 €

À noter : La prévision de l'inflation 2020 proposée tient compte de la variation du taux d'inflation présenté par l'Insee en juin 2019.

(1) Depuis février 2013, un nouveau mode de calcul du Smic a été mis place. Il prend désormais en compte l'inflation mesurée pour les 20 % des ménages les moins aisés et se base sur la moitié du gain de pouvoir d'achat du salaire horaire moyen des ouvriers et des employés, et non plus des seuls ouvriers.

(2) Élément servant à la détermination du salaire, revalorisé chaque année en fonction de l'évolution des prix, permettant d'évaluer les limites d'exonération des allocations forfaitaires pour les avantages en nature (ex : nourriture, logement), les frais professionnels (ex : frais de repas, de grand déplacement), les allocations d'aide sociale, etc.

(3) Calculé selon l'article D. 242-17 du Code de la Sécurité sociale, il [tient compte de l'évolution moyenne estimée des salaires de cette année de référence prévue par le dernier rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation annexée au projet de loi de finances].

Les indicateurs spécifiques AT-MP

	2017	2018	2019	Prévision 2020
Taux collectifs hors TH Esat	3.3	3.2	3.4	3.6
Pour les TH d'Esat	2	1.9	1.9	2

Le barème de la taxe sur les salaires versés en 2019 pour le calcul de la taxe payable en 2020

Le calcul de la taxe sur les salaires s'effectue salarié par salarié au moyen d'un barème progressif comportant un taux normal et des taux majorés en fonction du montant du salaire.

L'intégralité de la rémunération assujettie à la taxe est tout d'abord taxée au taux normal de 4,25 %. Ensuite, un taux majoré s'applique éventuellement.

Voici les taux majorés applicables sur les salaires :

Base de calcul	Taux majorés
Entre 7 924 € et 15 821 € inclus	4,25 % supplémentaires, soit un taux global de 8,50 %
Au-delà de 15 821 €	9,35 % supplémentaires, soit un taux global de 13,60 %

Le barème de la taxe sur les salaires - Outre-mer

Le taux applicable sur l'ensemble des rémunérations versées est de :

- 2,95 % en Guadeloupe, Martinique et à La Réunion ;
- 2,55 % en Guyane et à Mayotte.

6.2.2 Évolutions globales théoriques par groupe fonctionnel

Secteur personnes handicapées

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
<i>Base initiale</i>			
Répartition théorique	12 %	75 %	13 %
<i>Évolution macro-économique</i>			
Taux d'évolution (effet prix)	1,3 %		1,3 %
GVT		0,65 %	
Valeur du point		0,5 %	
Évolution globale théorique = 0,7 %			

Secteur personnes âgées

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
<i>Base initiale</i>			
Répartition théorique	6 %	89 %	5 %
<i>Évolution macro-économique</i>			
Taux d'évolution (effet prix)	1,3 %		1,3 %
GVT		0,65 %	
Valeur du point		0,5 %	
Évolution globale théorique = 0,59 %			

Secteur protection de l'enfance

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
<i>Base initiale</i>			
Répartition théorique	17 %	68 %	15 %
<i>Évolution macro-économique</i>			
Taux d'évolution (effet prix)	1,3 %		1,3 %
GVT		0,65 %	
Valeur du point		0,5 %	
Évolution globale théorique = 0,75 %			

Secteur insertion

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
<i>Base initiale</i>			
Répartition théorique	11 %	76 %	13 %
<i>Évolution macro-économique</i>			
Taux d'évolution (effet prix)	1,3 %		1,3 %
GVT		0,65 %	
Valeur du point		0,5 %	
Évolution globale théorique = 0,69 %			

**Des questions ?
Un besoin d'accompagnement ?**



**Contactez les conseillers
du pôle *Gestion des organisations*
au **0806 079 032**
ou à l'adresse mail suivante :
gestiondesorganisations@nexem.fr**



Remerciements

Nous remercions chaleureusement nos partenaires : la Caisse d'Epargne – Groupe BPCE et le Cabinet Jegard pour leur participation à ce numéro.

Réalisation :

Rédaction : Pôle Gestion des organisations

Coordination éditoriale : Pôle Communication et partenariats



VOUS ÊTRE **UTILE**

Les associations soutiennent de grandes causes. Mais qui **soutient** les associations ?

Espace asso : une nouvelle solution digitale clés en main !

Un bouquet de services pour encaisser et gérer vos adhésions, vos dons, vos événements... ESPACE ASSO est une solution proposée par la Caisse d'Épargne, 1^{er} financeur des associations* avec 200 000** associations clientes dans toute la France.

www.espaceasso.caisse-epargne.fr

nexem
employeurs, différemment