



DOSSIERS & GUIDES
PRATIQUES DE NEXEM

TENDANCES ET PERSPECTIVES BUDGÉTAIRES

2021

nexem
employeurs, différemment

Celles-ci préfigurent les communautés 360 annoncées lors de la CNH du 15 février 2020. En lien avec ces communautés, nous vous proposons un focus sur le dispositif APV, porté par Nexem, qui a été identifié par le Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées comme un outil essentiel dans la mise en place des communautés 360 sur les territoires.

Sur les territoires aussi, mais cette fois dans le secteur de la protection de l'enfance, l'évolution de l'offre sociale et médico-sociale est appelée à se déployer rapidement. Le lancement de la contractualisation en vue de la mise en œuvre de la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance aura nécessairement un impact sur les associations du secteur.

Et bien sûr, pour conclure, ce 360° spécial « Rentrée budgétaire » vous permettra de découvrir les dernières actualités en droit social (politique salariale, négociations avec les partenaires sociaux...) et les indicateurs socio-économiques prévisionnels en vue d'établir vos budgets 2021.

Bonne lecture à tous !



Sommaire

1. Perspectives économiques 2020-2021 : un redressement vif mais partiel après une crise sans précédent	p. 06
• 1.1. Une crise mondiale inédite de l'économie réelle	p. 07
• 1.2. Une réactivité sans précédent des autorités monétaires et budgétaires	p. 07
• 1.3. Des taux d'intérêt artificiellement très bas pour une période d'au moins deux ans	p. 08
• 1.4. Une reprise partielle et hétérogène en 2021	p. 08
• 1.5. France : une baisse probablement limitée du taux d'épargne des ménages en 2021 ?	p. 10
2. Le secteur social et médico-social : panorama et place dans l'emploi	p. 11
• 2.1. Le poids du secteur social et médico-social en France	p. 12
• 2.2. Un secteur principalement porté par le non lucratif	p. 14
• 2.3. La CCN 66 confirme sa place	p. 15
3. Les enjeux de la gestion des ESSMS en sortie de crise sanitaire et face à une permanence du risque	p. 19
• 3.1. Les différents dispositifs de soutien économique à destination des ESSMS	p. 20
• 3.2. Les points de vigilance de Nexem liés à la sortie de l'État d'urgence sanitaire et les relations avec vos autorités de contrôle et de tarification	p. 21
• 3.3. Conclusion	p. 25
4. Dialogue de gestion : repenser sa relation avec les autorités de tarification et de contrôle	p. 26
• 4.1. Qu'est-ce que le dialogue de gestion ?	p. 27
• 4.2. Quels préalables au dialogue de gestion ?	p. 28
• 4.3. Le dialogue de gestion en CPOM : un modèle de référence pour le renouvellement du dialogue de gestion ?	p. 29
• 4.4. Le dialogue de gestion : une opportunité ?	p. 30
5. Le numérique en santé à la une de la rentrée 2020	p. 31
• 5.1. Des enjeux élargis et renforcés	p. 32
• 5.2. La feuille de route : un cadre pour l'action	p. 33
• 5.3. Ce que l'on sait de la mise en œuvre de la feuille de route	p. 34
• 5.4. Quelques points d'attention que nous mettons en avant	p. 34
• 5.5. Passer à l'action	p. 35

6. La perte d'autonomie érigée en cinquième risque : quels enjeux pour le secteur médico-social ?	p. 37
• 6.1. La création du cinquième risque de protection sociale : la perte d'autonomie	p. 38
• 6.2. Une nouvelle branche à construire	p. 39
• 6.3. L'indispensable loi Grand âge et Autonomie	p. 42
7. Zoom sur le secteur du handicap : SERAFIN-PH, reprise des travaux et perspectives 2021 et l'assistance au projet de vie (APV)	p. 44
• 7.1. SERAFIN-PH : reprise des travaux et perspectives 2021	p. 45
• 7.2. L'assistance au projet de vie (APV) : un dispositif de proximité qui renforce le pouvoir d'agir et de décider des familles concernées par le handicap	p. 47
8. Zoom sur le secteur prévention et protection de l'enfance : la contractualisation Préfet / ARS / Département, quels impacts ?	p. 52
• 8.1. Des objectifs contractualisés entre l'État et les Départements visant une évolution de l'offre en prévention et protection de l'enfance... et dans le champ du handicap	p. 54
• 8.2. Une gouvernance partenariale et transversale renforcée au service de l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et de la continuité des parcours	p. 57
• 8.3. En conclusion	p. 60
9. Les indicateurs budgétaires économiques et sociaux	p. 61
• 9.1. Les mécanismes de la politique salariale 2020	p. 62
• 9.2. Indicateurs nationaux	p. 64
• 9.3. Évolutions globales théoriques par groupe fonctionnel	p. 65

CHAPITRE 1

PERSPECTIVES ÉCONOMIQUES 2020-2021 : UN REDRESSEMENT VIF MAIS PARTIEL APRÈS UNE CRISE SANS PRÉCÉDENT

*Par Éric Buffandeau & Alain Tourdjman, Caisse D'épargne - Groupe BPCE
Achévé de rédiger le 20 août 2020*

1.1. UNE CRISE MONDIALE INÉDITE DE L'ÉCONOMIE RÉELLE

En 2020, l'économie mondiale, par ailleurs en fin de cycle, davantage endettée qu'en 2007-2008 et affaiblie par la guerre commerciale entre les États-Unis et la Chine, voire l'émergence d'un Brexit sans accord, a été totalement bouleversée par la pandémie de Coronavirus. Le confinement strict imposé par la plupart des gouvernements pour des raisons sanitaires, a créé les conditions d'un choc exogène inédit, et imprévu d'arrêt mondial de la production. Ce choc de l'offre, puis de la demande, d'une ampleur inouïe, a provoqué une crise « administrée » de l'économie réelle, et non financière comme la crise de 2007-2008.

Depuis le début de l'été, la recrudescence des cas d'infection aux États-Unis, mais aussi en Chine, en Inde, voire en Europe fait craindre l'éventualité d'une seconde vague épidémique et renforce l'incertitude sur la nature et la rapidité du retour à la normale de l'économie.

Même si la probabilité d'un nouveau confinement global est faible, de nouvelles mesures de confinement plus restreintes ne manqueraient pas de peser fortement sur l'activité et la confiance des agents économiques.

En début 2020, la constante révision à la baisse des projections de croissance des organismes internationaux et le chiffrage d'une récession sans équivalent en temps de paix donnent la mesure du séisme économique et social engendré par cette crise. L'OCDE prévoyait à la mi-juin une contraction de 6 % du PIB mondial en 2020, voire de 7,6 % en cas de seconde vague, avant un rebond de +5,2 % en 2021. La Banque mondiale anticipait une contraction de 5,2 % du PIB mondial en 2020 et de 7,0 % pour les économies avancées (-6,1 % aux États-Unis et au Japon, -9,1 % dans la zone euro).

1.2. UNE RÉACTIVITÉ SANS PRÉCÉDENT DES AUTORITÉS MONÉTAIRES ET BUDGÉTAIRES

Pour éviter l'enclenchement d'une spirale déflationniste et que les problèmes transitoires de liquidité se transforment en problèmes de solvabilité avec des effets en chaîne sur les entreprises saines, le chômage, les revenus des ménages et une défiance auto-réalisatrice, les banques centrales et la plupart des gouvernements ont organisé une riposte extrêmement rapide, sans précédent et « quoi qu'il en coûte ». Ces derniers ont ainsi adopté un véritable comportement de « prêteur en dernier ressort », à l'exemple de la Fed, de la BCE et des États occidentaux. Le déficit public de l'ensemble des pays de l'OCDE serait en 2020 d'environ 14 % du PIB, les banques centrales achetant les dettes publiques émises contre de la création monétaire. Tant que le bilan des banques centrales n'est pas réduit, ce processus équivaut à une monétisation implicite de la nouvelle dette accumulée, celle-ci pouvant être renouvelée à l'échéance et à l'infini, comme si elle était purement et simplement annulée.

Cet activisme des autorités a pour une part pris la forme de mesures budgétaires destinées à la fois à amortir l'impact de la crise sur les agents économiques en favorisant la survie tissu productif (indemnisation du chômage partiel, transferts directs aux ménages modestes, aux indépendants et TPE, soutien aux entreprises via des reports d'échéances et des dispositifs de crédits garantis) et à permettre un rebond ultérieur de l'activité via des mesures de sauvegarde des secteurs les plus fragilisés et des plans de relance pour accompagner la reprise.

En particulier, l'Union européenne a non seulement adopté un premier plan d'urgence de 540 Md€ mais a surtout pour la première fois brisé le tabou d'un emprunt mutualisé (émis par l'UE, noté triple A et remboursable entre 2028 et 2058) destiné à financer aux deux tiers un nouveau plan de relance de 750 Md€ soutenant en particulier les pays les plus exposés.

1.3. DES TAUX D'INTÉRÊT ARTIFICIELLEMENT TRÈS BAS POUR UNE PÉRIODE D'AU MOINS DEUX ANS

La proactivité des politiques monétaires a également été exceptionnelle dans un contexte d'endettement déjà historiquement élevé et de taux d'intérêt déjà artificiellement bas.

La Fed a abaissé la fourchette des Fed Funds à un niveau plancher de 0 à 0,25 % le 15 mars, après une première baisse de 50 points le 3 mars. Peu convaincue par l'expérience européenne de taux négatifs, elle a surtout déclenché une nouvelle vague exceptionnelle de politiques non-conventionnelles, pour peser sur les taux longs et assurer le maintien du financement de l'économie par les banques. Le bilan de la FED, est donc vivement reparti à la hausse, passant de 20 % du PIB fin 2019 vers un niveau probablement proche de 50 % du PIB fin 2020.

Quant à la BCE, dont le taux de facilité de dépôt est négatif depuis 2014, elle a également mis en œuvre une politique visant d'une part à contenir les déséquilibres européens et les écarts entre taux souverains, via des achats massifs d'actifs publics et privés (jusqu'à 1.710 Md€ de 2020 à la mi-2021), et d'autre part à maintenir le crédit à l'économie réelle, via des mesures de refinancement des banques et un allègement sur les exigences en capital des établissements financiers. Le bilan de la BCE pourrait passer de 39 % du PIB fin 2019 (près de deux fois celui de la Fed) à au moins 60 % du PIB à la fin de 2020, soit plus de 2 000 Md€ supplémentaires.

Cet activisme monétaire devrait maintenir les taux d'intérêt à des niveaux durablement très faibles, voire négatifs à court terme. La question de leur rebond modéré et de l'apparition d'une prime de risque se pose cependant, compte tenu de l'ampleur des plans budgétaires de soutien et du vif rebond mécanique de l'activité, voire d'une remontée ultérieure de l'inflation, liée à une offre plus contrainte que la demande. Cette interrogation semble être en partie résolue par le rachat massif des déficits publics des pays de la zone euro qu'effectue la BCE à des taux proches de zéro. Après 0,13 % en 2019, l'OAT 10 ans atteindrait une moyenne annuelle proche de 0,1 % en 2020, pour se situer à environ 0,2 % en 2021.

L'objectif de stabilité des prix, majeur pour les banques centrales, se trouve dorénavant concurrencé par l'objectif de soutenabilité des dettes publiques. Cette contrainte conduirait à installer un nouveau régime de croissance économique associant paradoxalement un endettement considérablement plus élevé et des taux d'intérêt durablement plus faibles après 2020. De plus, même si certaines tendances laissent craindre une résurgence de l'inflation à moyen terme, le contexte désinflationniste des deux prochaines années devrait favoriser le maintien de taux d'intérêt bas, voire nuls. L'effet cumulatif de l'accroissement des faillites, du recul de l'investissement et de la progression du chômage structurel devrait durablement peser sur la croissance tendancielle et limiter les pressions à la hausse sur les salaires.

1.4. UNE REPRISE PARTIELLE ET HÉTÉROGÈNE EN 2021

Le rattrapage économique, soutenu par la réponse inédite des politiques monétaires et budgétaires à la Covid-19, devrait être paradoxal. Particulièrement vif du fait de l'ampleur de la récession et d'un retour presque complet à la mobilité des personnes et des biens, il ne devrait conduire qu'à une reprise partielle et hétérogène suivant les pays et les secteurs. Ainsi, le tourisme, la culture, l'automobile et l'aérien, dont le poids

économique est particulièrement important en France, continueront de pâtir du maintien d'une forme de distanciation physique, après avoir été les grands perdants du confinement. A contrario, des secteurs comme les télécoms, les activités en ligne (commerce, divertissement, paiement...), la santé, la logistique et l'agro-alimentaire profiteront davantage des nouvelles habitudes instaurées par le confinement.

Plusieurs raisons imposent également un retour graduel à la normale. Outre l'effet d'un desserrement potentiellement incomplet des freins à l'interaction sociale, on devrait assister à un recul de la productivité, qui s'expliquerait par l'application de règles sanitaires, par la réorganisation des chaînes de valeur et ultérieurement par une insuffisance de l'investissement. De plus, les faillites d'entreprises mais aussi la faiblesse des échanges mondiaux et les tensions commerciales sino-américaines, voire le Brexit, pourraient aussi freiner le processus de récupération économique, de même que certains changements de comportement des agents privés :

- Concernant les entreprises, un report ou une révision importante des projets d'investissements et d'embauches, du fait du recul des profits (avec la perte de chiffres d'affaire) et de la dégradation des bilans (avec l'endettement supplémentaire notamment) ;
- Concernant les ménages, après l'épisode d'épargne « forcée » lors du confinement, le maintien plus longtemps que prévu d'une forte épargne de précaution, du fait de la montée brutale du chômage, de la persistance du sentiment d'incertitude face au virus, d'une posture globale d'attente, voire d'une prise de recul face à la manière de consommer.

L'activité américaine, malgré un soutien massif avant l'élection présidentielle de novembre, entrerait en forte récession, en dépit d'une récupération mécanique probablement vive au second semestre et en 2021 (-6,5 % en 2020 et 5 % en 2021, selon la Fed). L'absence de dispositif généralisé de chômage partiel, contrairement à l'Europe, risque cependant de renforcer le chômage structurel. Les pertes d'emplois - fragilisant aussi les crédits hypothécaires - et la hausse des défaillances d'entreprises sont susceptibles de peser à court, puis à moyen terme sur la conjoncture. L'effort budgétaire public, d'ores et déjà inédit, sera probablement renouvelé, afin de relancer l'activité à la sortie de la crise sanitaire.

L'économie chinoise, dont l'avance dans la crise apporte des enseignements sur les comportements post-Covid, voit sa demande repartir lentement et de manière très inégale selon

les secteurs, la détérioration du marché de l'emploi se traduisant par une épargne de précaution et un report de la consommation de biens non essentiels. L'activité, qui souffre également du repli des débouchés extérieurs, ralentirait très fortement avant un net rebond l'année suivante (PIB à environ +0,7 % en 2020 et +7,8 % en 2021, après +6,1 % en 2019) au prix d'une forte mobilisation des politiques publiques.

La zone euro, dont les signaux de fin de cycle étaient déjà nombreux, entrerait également dans une profonde récession, avant de connaître une reprise vigoureuse au second semestre (PIB à -8,7 % en 2020, puis à 6,4 % en 2021). En effet, une fois la crise sanitaire passée, elle bénéficierait des mesures en faveur du pouvoir d'achat des ménages et de politiques monétaire et budgétaire extrêmement accommodantes. Les prix du pétrole se maintiendraient à des niveaux très modérés (41 puis 44 \$/baril en moyenne en 2020 et 2021). Malgré l'amélioration prévisible de l'offre et de la demande mondiale au second semestre, le nécessaire dégonflement des stocks antérieurs limiterait la remontée lente des cours, sans dépasser 55 \$/baril en fin 2021.

Cependant, les États membres de la zone euro sont dans des situations économiques très différentes. L'Allemagne, où le confinement a été levé précocement et où les services pèsent moins que l'industrie sur la conjoncture, bénéficierait davantage des marges de manœuvre de la politique budgétaire (excédent budgétaire et dette publique sous 60 % du PIB en 2019), en dépit à moyen terme du défi démographique et de la crise de l'industrie automobile. A contrario, l'Italie, dont le désendettement public endogène est compromis par la faiblesse de la croissance potentielle, subirait le choc le plus violent. Au risque d'une nouvelle crise systémique en Europe, des transferts monétaires ou budgétaires seront nécessaires pour éviter à terme une restructuration de la dette. Quant à l'Espagne, les dommages économiques de la Covid-19 y sont aggravés par le poids élevé du tourisme (5,7 % du PIB contre 2,3 % en France) et des contrats à durée déterminée (22 % de l'emploi contre 12 % en zone euro).

1.5. FRANCE : UNE BAISSÉ PROBABLEMENT LIMITÉE DU TAUX D'ÉPARGNE DES MÉNAGES EN 2021 ?

En France, l'INSEE avait estimé l'impact négatif à 3 points de PIB par mois de confinement obligatoire. Au deuxième trimestre, le recul de l'activité a atteint 13,8 %, après -5,9 % au premier. Selon les derniers indicateurs disponibles, l'accélération du déconfinement depuis le 11 mai réduit peu à peu la perte d'activité économique par rapport à une situation « normale » : celle-ci aurait été de 29 % en avril, puis de 22 % en mai, et se limiterait à 12 % en juin.

Ce redémarrage est favorisé par les divers dispositifs (chômage partiel, fonds de solidarité pour les TPE et indépendants, etc.) mis en place pour aider les ménages et les entreprises à traverser la période de confinement. L'économie pâtit pourtant de la sévérité des restrictions passées de circulation des individus et du poids important dans l'économie des activités les plus durement affectées par la pandémie (tourisme, activités culturelles, aéronautique...). Le ministère de l'Économie suppose que le déficit public se résorberait en partie, à -5,5 % du PIB l'an prochain, contre -11,4 % attendus cette année, avec une dette publique tendant vers 115 % du PIB en 2021. En effet, le plan de soutien français (463 Md€, comprenant 136 Md€ de mesures budgétaires directes et des dispositifs de garanties d'État pour près de 327 Md€) ne dégraderait le déficit public qu'à hauteur de 57,5 Md€ en 2020, l'essentiel de la dégradation provenant de la chute mécanique des recettes publiques.

Dans le scénario tendanciel proposé, le PIB français reculerait d'au moins 10 % en 2020, avant un rebond mécanique assez vif, entre 5 et 7% en 2021, mais finalement partiel, puisque le niveau d'activité de la fin de 2019 ne serait peut-être pas retrouvé avant 2022 ou 2023.

Plusieurs évolutions sont à souligner :

- L'inflation resterait contenue, tout se relevant d'abord modérément à l'issue de la crise ;
- Le taux d'épargne des ménages dépasserait 22 % en 2020 (plus de 30 % au deuxième trimestre), avant de se réduire progressivement vers 17,4 % en 2021 dans un contexte de stagnation de leur pouvoir d'achat (-0,7 % en 2020 et +1,1 % en 2021) ;
- Le rebond de l'investissement des entreprises serait de seulement 10 % en 2021 après une contraction de 25 % en 2020 en raison des objectifs de réduction des coûts et de désendettement, après un recul d'activité et un gonflement de la dette exceptionnels.

CHAPITRE 2

LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL : PANORAMA ET PLACE DANS L'EMPLOI

Le secteur social et médico-social privé avec plus de 1,2 million de salariés figure parmi les secteurs les plus importants de l'économie, et est l'un des plus dynamiques avec une croissance des emplois supérieure à la moyenne de l'économie (+ 20 % sur 10 ans).

Pourtant ce secteur hybride est difficile à appréhender. Connaître les chiffres précis des sous-secteurs le composant peut vite s'avérer complexe, en raison d'une part, de la multiplicité des champs et acteurs intervenants, mais également de sa délimitation avec d'autres secteurs qui n'est pas toujours évidente. Les frontières du secteur social et médico-social sont d'autant plus floues dans un contexte de désinstitutionnalisation, ce qui complexifie encore davantage l'établissement d'une analyse globale.

En partant des données disponibles sur les adhérents Nexem et des diverses données récoltées au niveau national (INSEE, ACOSS), cet article fait le point sur le secteur, mais également sur la place et les spécificités des adhérents Nexem dans ce contexte.

L'objectif visé ici étant d'établir une comparaison entre différents périmètres, les analyses sont principalement construites à partir des codes APE¹ afin de faciliter ce travail de comparaison. De ce fait, les données présentées ici peuvent être sensiblement différentes des données communiquées par Nexem sur ses adhérents ; transmises par ces derniers via d'autres outils et qui feront l'objet de publications ultérieures.

2.1. LE POIDS DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL EN FRANCE

Pour évaluer le poids du secteur social et médico-social en France et déterminer celui de Nexem en son sein, encore faut-il délimiter son périmètre exact. Or, comme nous l'avons souligné en introduction, c'est un exercice complexe, qui explique parfois les difficultés des acteurs à rendre lisibles les données sur un secteur, qui fournit pourtant 7 % des emplois en France.

Sur les 1,838 millions d'emplois dans le secteur sanitaire et social privé, la part du sanitaire est relativement faible, puisque seul 0,581 millions de salariés exercent leur activité dans des établissements sanitaires sous statuts privés (le secteur public étant fortement présent dans ce champs).

Tableau 1 : l'emploi salarié privé en France au 31/12/2019, quelques exemples par grands secteurs

Effectifs salariés 2019 (en %)		
Total général des effectifs salariés privés en France	18 746 177	100 %
dont industrie	3 020 485	16 %
dont construction	1 468 970	8 %
dont commerce	3 111 703	17 %
dont autres services marchands hors intérim	6 830 176	36 %
dont secteur sanitaire social et médico-social	1 838 022	10 %
Détail secteur SSMS :		
QA - Activités pour la santé humaine	581 131	3 %
QB - Action sociale et hébergement médico-social	1 256 891	7 %

Au 31 décembre 2019, le secteur médico-social privé (tel que délimité par l'ACOSS²) emploie 1,257 millions de salariés du secteur privé dans 42 000 établissements et services pour un total de 25 milliards de masse salariale³.

1. Le code APE est une nomenclature d'activité de l'INSEE, il correspond à l'Activité Principale Exercée donnée lors de l'enregistrement de l'établissement.

2. Action sociale et hébergement médico-social : construit à partir des codes APE commençant par 87 et 88 (sans les activités pour la santé humaine qui ont un code commençant par 86).

3. Source ACOSS.

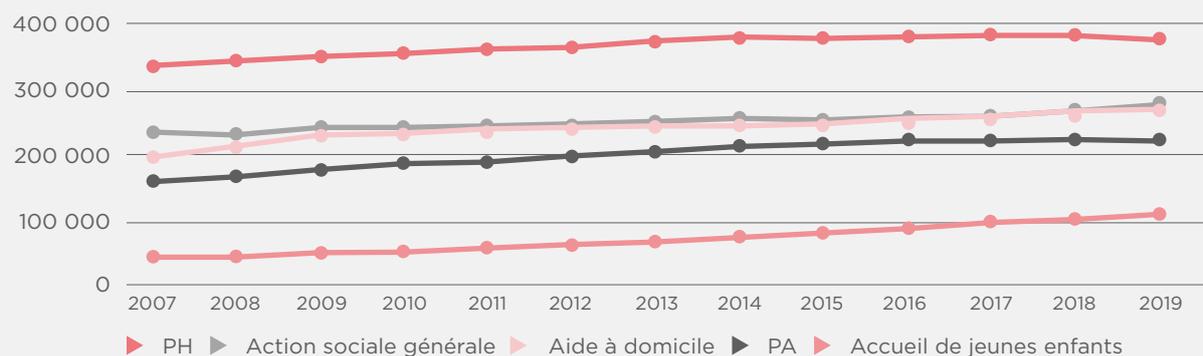
Tableau 2 : l'emploi salarié privé dans le secteur sanitaire et social selon les différents périmètres existants (en millions d'emplois)

	Santé	Social et médico-social	Total
Secteur sanitaire et social privé	0,581	1,257	1,8
Dont secteur privé non privatif	0,1	0,962	1,1
Dont CCN BASS + aide à domicile	0,167	0,735	0,9
Dont CCN de la BASS uniquement	0,156	0,547	0,7
Dont CCN Nexem (66 et CHRS)	0,004	0,346	0,3

L'étude présentée ici se limitera au secteur social et médico-social privé. Là encore, ce secteur est plus vaste et les ESSMS du secteur privé ne concentrent que 65 % des emplois du secteur. Ainsi, si on réinjecte les travailleurs intérimaires, ceux employés dans des établissements médico-sociaux publics et ceux employés par des particuliers employeurs, l'emploi total dans le secteur est plus important.

En 20 ans, les emplois du secteur ont quasi doublé, principalement portés par l'aide à domicile, l'accueil de jeunes enfants et l'hébergement de personnes âgées. Sur la dernière année, les effectifs salariés du secteur ont progressé de 1,4 % et la masse salariale de 3 %⁴. Au 1^{er} trimestre 2020, la baisse des effectifs du secteur reste ainsi modérée (-0,2 %⁵), contrairement à l'économie globale qui enregistre un ralentissement important en raison de la période de confinement liée à la Covid 19.

Évolution des effectifs privés (données ACOSS)



Néanmoins, parmi l'ensemble des structures du secteur social et médico-social en France, celles en charge de personnes avec un handicap connaissent une progression moindre de leurs effectifs depuis 5 ans (avec une croissance négative entre 2018 et 2019). Elles concentrent cependant 30 % des emplois avec 380 000 salariés et restent le premier type de structures employeuses. L'action sociale

générale (accueil de jour, hébergement social pour adultes en difficultés, etc.) connaît quant à elle une croissance supérieure à 3 % entre 2018 et 2019 et concentre 22 % des effectifs avec 275 000 salariés, suivie par l'aide à domicile (21 % des effectifs). Enfin, les établissements de prise en charge de personnes âgées emploient 18 % des effectifs, tandis que l'accueil de jeunes enfants ne représente que 9 % des emplois totaux.

4. ACOSS STAT N° 304.

5. ACOSS STAT N° 307.

Sources et méthodes

Les données utilisées dans la suite de cet article sont issues d'une commande INSEE sur les données DADS au 31/12/2015 (dernier millésime disponible lors de la commande). Elles nécessitent quelques points de vigilance sur leur utilisation.

- Tout d'abord, l'unité de mesure est le « Poste ». Il correspond au cumul des périodes de travail d'un même salarié au sein d'un même établissement (il ne correspond ainsi ni à un contrat de travail, ni exactement à un salarié). Il faut donc utiliser ce chiffre avec précaution en gardant cela à l'esprit.
- En raison des croisements demandés (CCN et code APE), certains niveaux ne sont pas disponibles en raison du secret statistique (par exemple des codes APE avec des effectifs trop petits), ce qui se traduit par des chiffres minorés dans certains tableaux (ex : 378 967 postes pour Nexem dans le tableau détaillé versus 380 798 au total sans aucun croisement).
- Enfin, la notion de secteur est ici approchée à partir des codes APE. Il s'agit donc d'une approche très « administrative » et ces chiffres peuvent sensiblement différer des chiffres Nexem par secteur qui se basent sur les déclarations des adhérents. Par exemple, sur des ESAT, un adhérent peut tantôt estimer qu'il est dans le champ du handicap, tantôt dans le champ de l'insertion. L'approche par code APE est de plus limitée et ne permet pas de rendre compte de certains secteurs spécifiques (ex : le secteur de la protection juridique des majeurs n'est pas identifiable en tant que tel).

2.2. UN SECTEUR PRINCIPALEMENT PORTÉ PAR LE NON LUCRATIF

Afin de comparer les données des salariés de la CCN 66 et des accords CHRS sur cette même base, Nexem a réalisé en 2019 une commande auprès de l'INSEE sur plusieurs conventions collectives du secteur⁶.

Le corollaire de l'hétérogénéité du secteur est un paysage conventionnel complexe avec une multiplicité de branches et de conventions collectives appliquées.

Au sein du secteur médico-social privé, si l'on additionne les établissements et les services privés non-lucratifs, l'on se rend compte que le poids du lucratif dans ces 1,2 million d'emplois est en réalité très faible, voire inexistant (à l'exception des secteurs Personnes âgées et Accueil de jeunes enfants, seuls secteurs où de nombreux ESSMS relèvent du lucratif).

Près d'un million de salariés exercent ainsi leur activité dans le secteur associatif⁷ qui représente 80 % des emplois médico-sociaux privés. Soit 5 % de l'emploi salarié privé en France.

Là encore, à l'intérieur de ce périmètre, une large majorité de ces salariés relèvent des conventions collectives composant la branche associative sanitaire et médico-sociale à but non lucratif – BASS (760 700 postes).

Sur ces postes, une fois retirés ceux relevant de codes APE non médico-sociaux (8610Z – Activités hospitalières ; 8690D – Activités des infirmiers et des sages-femmes ; etc.), il reste près de 550 000 postes⁸, ce qui représente 44 % des effectifs du secteur social et médico-social privé au total.

Cependant le poids de la BASS diffère selon le type d'activité. Il est ainsi très élevé sur l'hébergement médicalisé et social (respectivement 62 et 70 %) et beaucoup plus faible sur l'action sociale sans hébergement (28 %). Cela s'explique en partie par l'importance du champ de l'aide à domicile dans cette catégorie, ainsi que l'accueil de jeunes enfants qui compte plus de 100 000 postes qui relèvent principalement d'autres CCN.

6. Liste des CCN commandées : les CCN appartenant à la BASS (IDCC 0029, 0405, 0413, 0783, 2046 et 5502) + les CCN de l'aide à domicile (IDCC 2941 et 1258).

7. Source Bilan 2019 de l'emploi associatif sanitaire et social, centre de ressource DLA et Recherches & Solidarités.

8. Sont exclus les postes sur la santé et liés à des codes NAF autres (tel que la formation, etc.).

Répartition des postes par secteur d'activité APE				
Au 31/12/2015 (source commande INSEE sur données DADS)	CCN composant la BASS		CCN Nexem	
Secteur activité APE	Nombre de postes	Part CCN BASS sur total privé	Nombre de postes	Part Nexem sur total CCN BASS
Hébergement médicalisé	176 374	62 %	78 174	44 %
Hébergement social	160 304	70 %	114 690	72 %
Action sociale sans hébergement	210 504	28 %	153 860	73 %
Total codes APE du médico-social	547 182	44 %	346 724	63 %
Santé	156 080		4 086	
Codes APE autres (siège, formation, etc.)	51 951		28 157	
Total général tous codes APE	755 213		378 967	

2.3. LA CCN 66 CONFIRME SA PLACE

2.3.1. Poids au sein du secteur

1,6 %
des emplois
salariés privés
en France sous
CCN 66
ou accords CHRS

Sur les 380 798 postes rattachés à la CCN 66 et aux accords CHRS (378 967 disponibles en détail par codes APE), près de 347 000 relèvent d'établissements et de services du champ social et médico-

social⁹. En effet, outre quelques postes dans le domaine de la santé, on recense également un certain nombre de personnes sous CCN 66

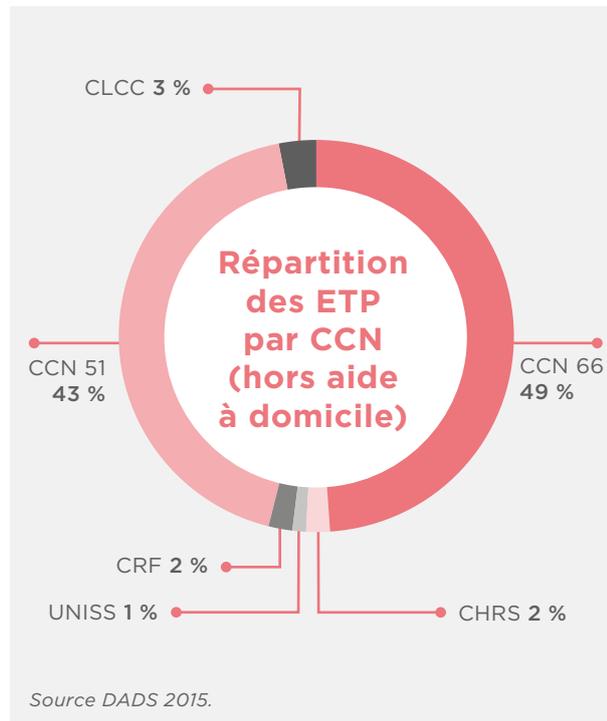
employées dans des établissements ne relevant pas du champ médico-social à proprement parler (principalement des organismes de formations et des sièges, cf. tableau ci-dessus).

Si l'on s'intéresse aux données sur les Equivalents Temps Pleins (ETP), la répartition par CCN est similaire à celle des postes. Avec 298 710 ETP (289 053 sur la CCN 66 et 9 657 sur les accords CHRS), Nexem représente ainsi la moitié de la BASS¹⁰ et se situe au même niveau en termes d'effectifs que certains grands secteurs tel que le secteur automobile (45 - Commerce et réparation auto moto 387 000 salariés).

Répartition des postes et ETP par Convention Collective				
Au 31/12/2015 (source commande INSEE sur données DADS)	Nombre de postes	%	Nombre d'ETP	%
CCN 66	368 114	48 %	289 053	49 %
CHRS	12 684	2 %	9 657	2 %
UNISS	5 150	1 %	3 936	1 %
CRF	22 803	3 %	12 805	2 %
CCN 51	331 525	44 %	252 026	43 %
CLCC	20 441	3 %	16 772	3 %
Total	760 717	100 %.	584 249	100 %
Aide à domicile	213 437		131 797	
Total général	974 154		716 045	

9. Près de 30 000 postes relèvent de codes APE liés à l'activité des sièges, à de la formation ou encore des codes APE d'ESAT.

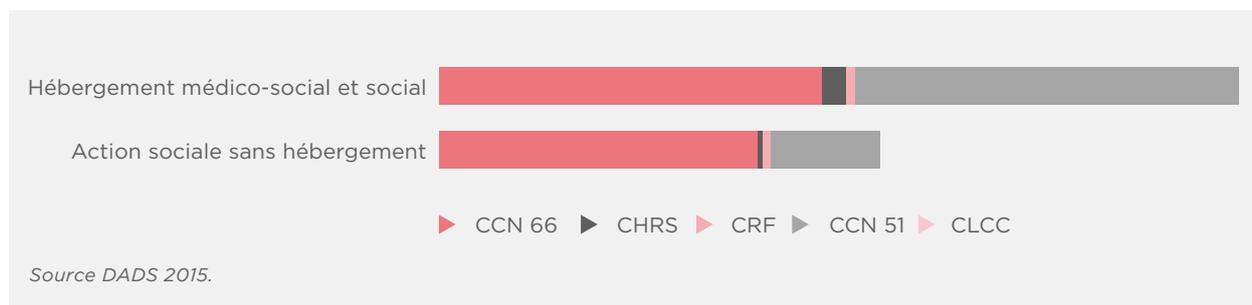
10. En excluant les CCN de l'aide à domicile.



2.3.2. CCN 66 et accords CHRS : analyse par activité

Nexem au sein de la branche

Le rattachement aux conventions collectives de Nexem s'avère plus prononcé pour certains types d'établissements et services. En effet, en ne prenant que le périmètre de la BASS, 73 % des postes de l'action sociale sans hébergement relèvent de la CCN 66 ou des accords CHRS, contre 55 % des postes de l'hébergement médico-social. Cet écart s'explique par une moindre présence sur les établissements pour personnes âgées qui ont de nombreux emplois dans cette dernière catégorie.



Ainsi, si l'on observe plus précisément la part de Nexem pour chacun des codes APE du secteur (tableau ci-après), on note que Nexem est majoritaire sur la quasi-totalité des types d'établissements, excepté sur les établissements accueillant des personnes âgées et des jeunes enfants, ainsi que sur l'aide à domicile.

En moyenne, sur l'ensemble des codes APE qui peuvent être rattachés au handicap, Nexem représente plus de 60 % des postes¹¹.

Par exemple, sur l'hébergement médicalisé, 82 % des postes pour enfants handicapés (8710B) et 67 % des postes pour adultes handicapés (8710C) sont sous CCN 66. De même, sur l'hébergement social avec 85 % des postes pour le handicap mental (8720A).

Le handicap n'est cependant pas le champ sur lequel la CCN 66 est la plus représentée puisque sur la protection de l'enfance, 87 % des emplois sont à la CCN 66, soit plus de 45 000 postes (codes APE 8790A et 8899A).

11. Cf méthodologie en annexe relative au regroupement par domaine

Répartition des postes CCN 66 et CHRS par code APE	CCN Nexem	
	Nombre de postes	Part Nexem dans la BASS
Au 31/12/2015 (source commande INSEE sur données DADS)		
Santé	4 086	2,6 %
Hébergement médicalisé	78 174	44,3 %
8710A - Hébergement médicalisé pour personnes âgées	870	1,2 %
8710B - Hébergement médicalisé pour enfants handicapés	50 894	82 %
8710C - Hébergement médicalisé adultes handicapés et autre hébergement médicalisé	26 410	67 %
Hébergement social	114 690	72 %
8720A - Hébergement social pour handicapés mentaux et malades mentaux	53 620	85 %
8720B - Hébergement social pour toxicomanes	1 506	9 %
8730A - Hébergement social pour personnes âgées	779	5 %
8730B - Hébergement social pour handicapés physiques	4 408	53 %
8790A - Hébergement social pour enfants en difficultés	36 159	85 %
8790B - Hébergement social pour adultes et familles en difficultés et autre hébergement social	18 218	68 %
Action sociale sans hébergement	153 860	73 %
8810A - Aide à domicile	1 258	16 %
8810B - Accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées	5 805	65 %
8810C - Aide par le travail	75 869	83 %
8891A - Accueil de jeunes enfants	1 001	10 %
8891B - Accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants handicapés	18 583	73 %
8899A - Autre accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants et d'adolescents	9 276	96 %
8899B - Action sociale sans n.c.a.	42 068	74 %
Autre	28 157	54 %
Total général	378 967	50 %

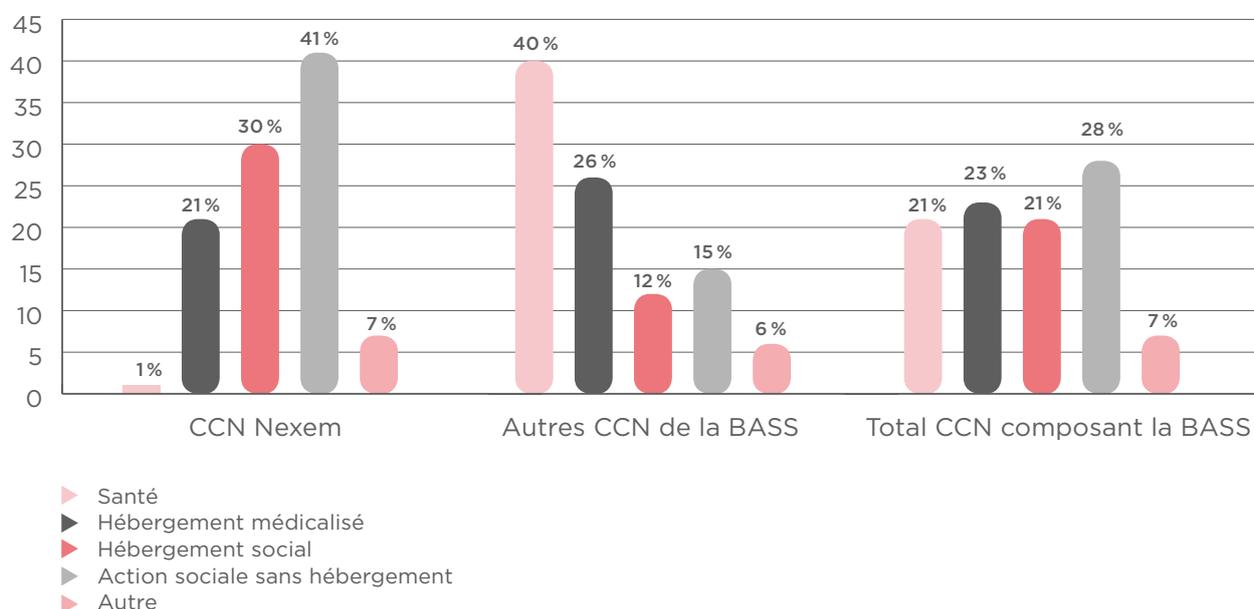
Les équilibres sectoriels au sein des conventions Nexem (CCN 66 et CHRS)

Sur ses effectifs totaux, le domaine de l'action sociale sans hébergement reste le premier domaine employeur regroupant 41 % des postes de la CCN 66 et des accords CHRS (contre 28 % au niveau de la branche), suivi par l'hébergement social avec 30 % des postes et enfin l'hébergement médicalisé avec 21 % des postes. Ce qui distingue Nexem de l'ensemble du reste de la branche où les effectifs santé dominant (40 % dans les autres CCN de la BASS).

En prenant l'angle sectoriel, le domaine du handicap emploi plus de 60 % des effectifs, suivi par la protection de l'enfance et l'insertion.

Enfin, on peut également noter que la moitié des postes de la CCN 66 se concentrent sur 3 types d'établissements dont 75 000 postes sur l'aide par le travail, qui reste en 1^{re} position, suivi par l'hébergement médicalisé pour enfants handicapés qui emploie plus de 50 000 personnes.

Répartition des postes par secteur d'activité APE (en %)



Annexe : liste des codes APE regroupés par domaine

Handicap

8710B	Hébergement médicalisé pour enfants handicapés
8710C	Hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autre hébergement médicalisé
8720A	Hébergement social pour handicapés mentaux et malades mentaux
8730B	Hébergement social pour handicapés physiques
8810B	Accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées
8810C	Aide par le travail
8891B	Accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants handicapés

Personnes âgées

8710A	Hébergement médicalisé pour personnes âgées
8730A	Hébergement social pour personnes âgées

Insertion

8720B	Hébergement social pour toxicomanes
8790B	Hébergement social pour adultes et familles en difficultés et autre hébergement social
8899B	Action sociale sans hébergement n.c.a.

Protection de l'enfance

8790A	Hébergement social pour enfants en difficultés
8899A	Autre accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants et d'adolescents

Aide à domicile

8810A	Aide à domicile
-------	-----------------

Accueil de jeunes enfants

8891A	Accueil de jeunes enfants
-------	---------------------------

CHAPITRE 3

LES ENJEUX DE LA GESTION DES ESSMS EN SORTIE DE CRISE SANITAIRE ET FACE À UNE PERMANENCE DU RISQUE

La crise sanitaire Covid-19 a obligé les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) à adapter leur fonctionnement pour assurer la continuité de l'accompagnement et la protection de leurs usagers. Les accompagnements d'urgence, temporaire, en relais du domicile ou à domicile, se sont ainsi développés pour répondre aux besoins des personnes accompagnées. Dans le même temps des organisations ont été contraintes de fermer temporairement leurs dispositifs pour redéployer leurs activités le temps de la crise. Tandis que d'autres acteurs ont dû rapidement adapter leurs modalités d'accueil et d'accompagnement parfois même en innovant au-delà des limites d'exercice de leur arrêté d'autorisation.

La mise en place et l'actualisation des protocoles d'hygiène, d'isolement et de prévention sanitaire ont également fortement mobilisé les professionnels de terrain. Des ajustements organisationnels et logistiques ont dû être opérés, obligeant les professionnels à réviser constamment les plannings, solliciter les réseaux d'intérim et réservoir de CDD, improviser une organisation du travail à distance, créer des zones de confinement spéciales Covid-19 et piloter le stock d'EPI en flux tendu.

Afin d'encadrer ces changements et répondre aux problématiques de sécurisation des financements et de dépenses exceptionnelles engagées par les gestionnaires durant la période de crise sanitaire, l'État s'est engagé à travers une série d'ordonnances et instructions destinées à protéger les activités des ESSMS durant et après la crise sanitaire.

Pour autant la mise en œuvre de ces directives a donné lieu à des interprétations et pratiques différentes selon les territoires ou les financeurs. Les premières négociations dans le cadre des campagnes budgétaires 2021 seront l'occasion de mesurer les écarts entre les intentions législatives et réglementaires et la réalité des moyens donnés sur le terrain par les différentes collectivités locales.

Dans cette perspective et afin de préparer les dialogues de gestion à venir, cet article vise à :

- donner les informations les plus actualisées possibles des différents dispositifs de soutien économique post période d'État d'Urgence ;
- partager la vision de Nexem quant aux enjeux financiers post période d'État d'Urgence à court et moyen terme.

3.1. LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE SOUTIEN ÉCONOMIQUE À DESTINATION DES ESSMS

Les mesures sanitaires découlant de l'état d'urgence imposées depuis le 12 mars ont modifié en profondeur le fonctionnement et l'activité des gestionnaires d'ESSMS et obligé l'ensemble des opérateurs à engager des dépenses exceptionnelles ou fermer tout ou partie de leurs activités.

Par l'ordonnance du 25 mars 2020, modifiée à plusieurs reprises, l'État s'est engagé à sécuriser le financement des établissements ou services notamment en neutralisant les effets budgétaires d'une sous-activité ou d'une fermeture temporaire d'un ESSMS, lorsque ces dernières résultent de l'épidémie de Covid-19. Ainsi les règles d'absence des usagers ont été assouplies et la période

de référence pour la facturation des prix de journée bloquée aux deux semaines qui précèdent la période de vacances hivernale 2020. Les surcoûts engagés durant la période Covid-19 devraient être remboursés afin de ne pas mettre davantage en danger les trésoreries des organisations gestionnaires. Notons également qu'il ne sera pas procédé en 2021 à la modulation des financements en fonction de l'activité constatée en 2020 pour les ESSMS sous CPOM-EPRD ou CPOM CHRS.

Ces mesures, toujours d'actualité en période post Covid-19 ont été prolongées par l'ordonnance du 17 juin 2020 jusqu'au 10 octobre prochain.

Toutefois ces mesures de soutien économique, bien qu'accueillies favorablement par le secteur, peinent par manque de réactivité de la puissance publique et en raison de l'ajout de nouvelles contraintes de la part des autorités locales. C'est pourquoi le recours à d'autres formes de soutien à l'activité économique peut être utile notamment pour soutenir la trésorerie des gestionnaires.

En effet, en fonction de l'activité menée par le gestionnaire, de sa taille ou de sa situation financière, des difficultés pour couvrir les charges fixes ou exceptionnelles ont pu apparaître. Certains outils et dispositifs peuvent être sollicités tels que :

- le prêt Garantie par l'État (PGE) ;
- le fonds national de solidarité ;
- le fond de garantie de la BPI ;
- ou bien encore le « pacte relance » de France Active.

3.2. LES POINTS DE VIGILANCE DE NEXEM LIÉS À LA SORTIE DE L'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE ET LES RELATIONS AVEC VOS AUTORITÉS DE CONTRÔLE ET DE TARIFICATION

La sortie de l'État d'Urgence au 10 juillet dernier a été l'occasion de nombreux débats sur le financement des surcoûts exceptionnels liés à la période Covid-19 et du financement (ou non) des primes Covid-19. Au-delà des directives nationales, ARS, préfectures et départements ont pu déterminer et préciser leur propre compréhension des processus de soutien économique à déployer auprès des gestionnaires d'ESSMS. À cette occasion, Nexem a pu constater des écarts importants entre les différents territoires, plus ou moins contraignants, plus ou moins soutenant.

Nexem sera attentif à l'évolution, localement, des pratiques de remboursement des surcoûts et pertes de financement générées durant la crise. À leur conformité avec les ordonnances et instructions nationales, et en respect du droit de la tarification.

Dans ce contexte, les gestionnaires doivent pouvoir aiguiser leurs arguments à l'occasion des futurs dialogues de gestion. En produisant un reporting d'activité et un suivi des dépenses permettant de distinguer les résultats avec et hors période Covid-19 en 2020 et les impacts budgétaires permanents générés par cette même crise.

3.2.1. Suivre son activité dans le contexte de la crise sanitaire ?

La crise sanitaire a profondément modifié l'organisation et le fonctionnement de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. En effet de nouveaux besoins liés à la période de confinement ont émergé et se surajoutent aux besoins initiaux d'accompagnement des personnes.

Dans ce contexte, les indicateurs d'activité utilisés habituellement peuvent ne pas refléter l'activité réelle des ESSMS ou ne pas permettre d'objectiver les conséquences de la crise sanitaire et les mesures mises en œuvre par les gestionnaires. C'est le cas par exemple du suivi des activités des salariés en télétravail ou de résidents retournés à domicile le temps de la crise sanitaire ou du développement de structures de répit.

Chaque gestionnaire d'ESSMS doit composer son propre tableau de bord de suivi de crise en fonction de son contexte et de son organisation. De manière non exhaustive ci-après une liste des principaux indicateurs pouvant être utilisés :

Indicateurs de suivi de cas Covid-19	Nombre de cas confirmés de Covid-19 (personnes accompagnées/résidents - salariés)
	Nombre de cas possible de Covid-19 (personnes accompagnées/résidents - salariés)
	Nombre d'hospitalisations (personnes accompagnées/résidents - salariés) liées à la Covid-19
	Nombre de décès en ESSMS (personnes accompagnées/résidents - salariés) liés ou suspectés Covid-19
	Nombre de décès à l'hôpital (personnes accompagnées/résidents - salariés)
Indicateurs de suivi du confinement	Nombre d'usagers confinés en établissement/Nombre d'usagers habituellement accueillis en établissement
	Nombre d'usagers suivis « à domicile »/Nombre d'usagers habituellement accueillis en établissement
	Nombre d'usagers accueillis non habituellement accompagnés par la structure
Indicateurs de suivi des Ressources Humaines	Nombre d'effectifs budgétés (en ETP et/ou en personne physique)
	Nombre d'effectifs présents (en ETP et/ou en personne physique)
	Nombre de salariés en arrêt (en ETP et/ou en personne physique)
	Hors crise sanitaire (maternité, paternité, maladie avant le 12 mars)
	Crise sanitaire : maladie en lien Covid-19, personnes vulnérables et garde d'enfants
	Nombre de salariés en chômage partiel
	Durée moyenne et/ou médiane des arrêts
	Taux d'absentéisme
Nombre de salariés en télétravail	
Indicateurs d'activités	En complément du suivi habituel les indicateurs ci-après peuvent être utilisés pour retranscrire l'activité réalisée
	Nombre de téléconsultations (médical, paramédical)
	Nombre de contacts à distance (téléphone, vidéo transmission)
	Nombre d'interventions à domicile
	Nombre d'échanges entre acteurs/structures du territoires (sanitaires, médico-sociaux, sociaux) et au sein de l'OG
	Nombre de personnes en file active au domicile (adultes/enfants)
	Nombre de personnes en file active au domicile bénéficiant d'interventions directes (adultes/enfants)
	Nombre de places d'internat ouvertes pour les ESSMS du secteur (adultes + enfants).
	Nombre de consultations dédiées en soins somatiques pour les personnes en situation de handicap
Nombre de structures ou d'unités dédiées Covid + nombre de personnes accompagnées par jour	

Indicateurs du tableau de bord de la performance

Pour les ESSMS remplissant de manière obligatoire le tableau de bord de la performance médico-sociale, certains indicateurs pourront être utilisés pour analyser les effets de la crise sanitaire. Un pré-repérage de ces indicateurs

a été réalisé. Un suivi et une attention particulière dans leurs analyses et interprétations devront être effectués afin d'aborder plus sereinement le dialogue de gestion de l'année 2020.

Indicateurs de l'axe 1 : Prestations de soins et d'accompagnement pour les personnes	2Pr6.4	Durée moyenne de séjour/d'accompagnement
	2Pr6.6	Taux d'occupation des places habilitées par des personnes bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'hébergement
	IPr3.2	Répartition des personnes accompagnées sorties définitivement sur l'année par motif ou destination
	IPr3.3	Taux d'hospitalisation complète
	IPr4.1.1 et IPr4.1.2	Taux de réalisation de l'activité
	2Pr7.1.1	Nombre moyen de journées d'absence des personnes accompagnées sur la période
	2Pr7.1.2	Part des actes/séances programmés non réalisés
	2Pr7.2	File active des personnes accompagnées sur la période
	IPr5.2.1 et IPr5.2.2	Taux de rotation des personnes accompagnées
Indicateurs de l'axe 2 : Ressources humaines	IRe1.2	Taux de prestations externes sur les prestations directes
	IRe2.2	Taux d'absentéisme (hors formation) en %
Indicateurs de l'axe 3 : Finances et budget	IFi1.1	Taux d'atteinte des prévisions de recettes
	IFi1.2	Taux d'atteinte des prévisions de dépenses
	IFi2.1	Taux de CAF
	IFi2.4	Fonds de roulement en jours de charges courantes
	2Fi3.2	Répartition des dépenses réalisées par groupe

Choisir la bonne unité de mesure de son activité

En préambule de l'étape de définition des indicateurs de suivi d'activité, le choix de l'unité de mesure se révèle tout aussi déterminant. Le choix d'une comptabilité d'activité sous forme d'acte, de séance, en fonction de la capacité d'hébergement ou en file active doit pouvoir se faire en concertation avec vos autorités administratives et en cohérence avec l'objet de l'activité à mesurer.

Le guide de mesure de l'activité produit par la CNSA en 2018 donne des clés de compréhension des différentes unités de mesure possibles. Si cet ouvrage est destiné en priorité aux établissements et services du champ des personnes en situation de handicap, son utilisation peut être largement étendue au-delà de ce seul secteur.

Ainsi en période Covid-19, il peut être utile de s'appuyer sur cet ouvrage de référence pour convenir des unités à utiliser et répondre notamment aux problématiques que pose l'activité en période Covid-19 telles que :

- la mesure d'une activité à distance (suivi par téléphone) ;
- la mesure d'actions spécifiques nouvelles (informations renforcées auprès des familles, mission de prévention, actions auprès d'un partenaire) ;
- la mesure du travail des professionnels d'un côté et des services rendus aux personnes accompagnées de l'autre ;
- la mesure des prestations indirectes notamment réalisées en dehors du dispositif ou malgré la fermeture de l'ESSMS ;
- la mesure d'une activité dépassant exceptionnellement la capacité autorisée de l'ESSMS ;
- Etc.

3.2.2. Le suivi indispensable des dépenses exceptionnelles Covid-19 à court et moyen termes

Malgré la garantie par l'État du maintien des dotations aux ESSMS, des doutes subsistent quant à l'application de ce principe général par les collectivités territoriales et notamment quant au traitement des futurs résultats de l'exercice 2020.

Chaque gestionnaire a pu remplir une trame de recensement de ses surcoûts, sans harmonisation aucune au niveau national et parfois dans des délais très courts malgré les demandes de Nexem de report de ces échéances calendaires. Les garanties de remboursement de ces surcoûts comme le périmètre de couverture de ces dépenses restent encore en question notamment du côté des départements.

Une grande vigilance est donc attendue des gestionnaires pour recenser l'ensemble des surcoûts générés à court et moyen termes pendant la crise. En effet les changements organisationnels et l'adaptation des modalités d'accompagnement durant la crise sanitaire ont et vont modifier la structuration et la typologie des dépenses des ESSMS.

Dans ce contexte, Nexem recommande, pour l'année 2020, de construire le plus tôt possible un premier atterrissage budgétaire et financier des établissements et services afin d'identifier les stratégies de négociation avec l'ATC. Cette fin d'année doit en effet être l'occasion de réaliser un premier bilan d'une gestion en situation de crise sanitaire. D'un point de vue budgétaire, plusieurs points d'attention sont à prévoir :

- évaluer les surcoûts de dépenses d'exploitation et d'investissement sur l'année 2020 et au-delà, y compris les effets du redémarrage des activités ;
- évaluer les économies éventuelles de la crise sanitaire notamment celles liées aux cas de fermeture totale ou partielle,
- calculer les pertes de recettes éventuelles et notamment hors produit de la tarification sur cette même année (participation des usagers, recettes commerciales etc.) ;
- évaluer l'impact économique de la non-atteinte d'objectifs d'économie (mutualisation, réorganisation, économie d'échelle) ;
- identifier et anticiper les risques d'une crise de trésorerie ;
- en CPOM, identifier les objectifs prévus au contrat et non réalisés en 2020 (avec effet report sur les années suivantes).

Ces éléments doivent vous permettre de tirer un premier bilan de l'activité économique en période de crise sanitaire et de mieux défendre vos intérêts à l'occasion de votre futur dialogue de gestion. Notons que le cadre budgétaire utilisé par les gestionnaires pourra également impacter les échanges. Pour exemple, pour les structures soumises à l'EPRD, les outils de pilotage financier (indicateurs, ratios, projections pluriannuelles) sont à privilégier dans les échanges avec les autorités de tarification. Pour les autres structures, s'en inspirer permettrait une meilleure anticipation de défaut de paiement ou d'insuffisance du fond de roulement.

Situation n° 1 : Le résultat d'exploitation en fin d'année de l'ESSMS serait en excédent

Sous scénario a), l'excédent a été généré durant l'activité Covid-19 par une sous-activité et/ou une diminution des dépenses. Dans cette hypothèse il existe un risque d'une reprise du résultat totalement ou partiellement par votre tarifificateur conformément à l'article R314-51 du CASF (hors clause de libre affectation des résultats prévus en CPOM). Le choix de l'affectation du résultat pourra alors se diriger par exemple vers des dépenses de prévention en cas de future crise sanitaire ou pour le financement d'une prime Covid-19.

Sous scénario b), l'excédent a été généré en dehors de l'activité Covid-19. Dans cette hypothèse, les conditions de négociation du résultat ne changent pas.

Situation n° 2 : Le résultat d'exploitation en fin d'année de l'ESSMS serait en déficit

Sous scénario a), le déficit a été généré durant l'activité Covid-19 notamment par des dépenses exceptionnelles Covid-19 ou par des recettes en diminution. A ce jour, aucun texte n'assure la pleine couverture des « surcoûts Covid-19 » ou de la baisse des recettes complémentaires aux produits de la tarification.

Nexem œuvre activement depuis le début de la crise pour que soit précisément identifié la liste des surcoûts et recettes complémentaires (participation des usagers notamment) et sécuriser leur financement via une enveloppe complémentaire.

Il est donc fortement conseillé aux gestionnaires de mettre en place une comptabilité spécifique de ces surcoûts de manière à pouvoir faire remonter le plus tôt possible à vos tarifateurs la nature et le montant de ces dépenses.

Sous scénario b), le déficit a été généré en dehors de l'activité Covid-19. Dans cette hypothèse, les conditions de négociation du résultat ne changent pas.

3.3. CONCLUSION

À l'heure où nous écrivons ce document, le déconfinement largement entamé et la résurgence de l'épidémie ouvrent une nouvelle étape dans la partie qu'ont à jouer les acteurs du champ social et médico-social face à l'épidémie de Covid-19. Celle-ci s'annonce toute aussi ardue que la précédente pour les établissements et services qui auront à concilier le maintien de dispositifs de prise en charge des personnes atteintes du virus avec la reprise des activités « ordinaires ».

Les premiers retours d'expérience d'une gestion en situation de crise ont démontré l'importance de mieux préparer les organisations à ces situations exceptionnelles. Vécue le plus souvent douloureusement par les acteurs de terrain, la situation passée mais également à venir impose de réfléchir à un modèle de gestion plus sécurisant et durable.

À ce titre, Nexem vous propose quelques pistes de réflexion et points de vigilance à fort impact financier :

- sécuriser les activités essentielles en formalisant un plan de continuité de l'activité par direction fonctionnelle et en cas de cycle long de crise ;
- penser votre organisation en intégrant durablement les règles de distanciation sociale, les gestes barrières ;

- réfléchir à la reproductibilité des organisations de travail et modèles d'accompagnement mises en œuvre durant la période Covid-19 en prenant en compte le ressenti des personnes accompagnées et des professionnels ;
- accompagner la transformation de l'offre sociale et médico-sociale en prenant appui sur les expériences initiées lors de la période Covid-19 ;
- consolider le réseau d'acteurs construit durant la période Covid-19 y compris en matière d'approvisionnement de stocks stratégiques (d'équipements de protection individuelle et de médicaments notamment) et de renfort de personnel ou de réserve sanitaire ;
- construire un réseau d'acteurs d'aide à l'activité économique en cas de difficulté de trésorerie et développer une démarche de recherche de financements alternatifs ;

Une réflexion d'ensemble post crise Covid-19 à partir d'éléments comme ceux cités précédemment doit permettre de poser les bases d'un nouveau dialogue de gestion avec les autorités de contrôle et de tarification.

CHAPITRE 4

DIALOGUE DE GESTION : REPENSER SA RELATION AVEC LES AUTORITÉS DE TARIFICATION ET DE CONTRÔLE

L'impact financier et budgétaire de la crise sanitaire va contribuer au développement d'un renouveau du dialogue de gestion, tant en interne au sein même des organismes de gestion que vis-à-vis de ses partenaires externes et des ATC. Les autorités de tarification et de contrôle (ATC) sont en recherche d'informations quantitatives et qualitatives sur la gestion de la crise au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Les nombreux tableaux à renseigner envoyés aux gestionnaires par leurs autorités de tarification illustrent cette demande. Mais la communication de ces données doit s'accompagner d'échanges entre les parties prenantes.

Peu de temps auparavant, la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur social et médico-social avait déjà posé les premières fondations d'un nouveau dialogue de gestion construit sous forme de projection à 5 ans des données budgétaires et d'activités.

Le dialogue de gestion apparaît donc être l'outil adapté pour assurer une continuité dans les échanges. Avant de s'engager dans ce nouveau processus il est nécessaire de cadrer les enjeux et de se structurer en mode projet pour assurer un dialogue de gestion de qualité.

4.1. QU'EST-CE QUE LE DIALOGUE DE GESTION ?

Le dialogue de gestion est à la fois un processus d'échange entre deux acteurs ayant des liens de contrôle ou de subordination et un processus d'échange interne au sein d'une même organisation favorisant l'analyse et le processus de décision budgétaire et financier. Ainsi dans le secteur social médico-social un dialogue de gestion peut s'instaurer par exemple entre :

- une autorité de tarification et de contrôle et une organisation gestionnaire d'ESSMS,
- une direction d'ESSMS et une direction générale,
- une direction générale et un conseil d'administration,
- une direction et les équipes opérationnelles.

Le dialogue de gestion le plus courant et pour lequel tout est encore à construire est celui menée avec les ATC. En effet l'une des spécificités du secteur social et médico-social est d'être dépendant financièrement d'une tarification fixée réglementairement par délibération d'une ou de plusieurs autorités de tarification et de contrôle. Il en résulte une obligation de rendre compte de l'utilisation et de la gestion des fonds publics. Ce lien vis-à-vis d'une autorité de tarification et contrôle et les évolutions sectorielles allant vers une autonomisation de la gestion (CPOM, EPRD) rend encore plus légitime cette logique d'échange.

Le dialogue de gestion doit s'inscrire dans une démarche participative et de responsabilisation permettant, à partir de l'analyse de l'existant, de constater des résultats, d'identifier des perspectives de progrès et de déterminer la démarche pour les concrétiser. C'est à partir de la répartition des missions et des responsabilités entre les différents acteurs que peut naître un dialogue de gestion. L'efficacité du dialogue repose quant à lui sur la capacité des acteurs à s'inscrire dans cette démarche participative autour de l'échange. Le dialogue de gestion doit créer un consensus autour du projet et des conditions de son exécution. Il permet également d'établir le lien entre la performance et les ressources disponibles.

Plus largement les éléments du dialogue de gestion peuvent participer à l'organisation de moments structurants auprès des usagers, des familles, des salariés pour faire le point sur l'avancée de projet, sur la crise sanitaire, sur les objectifs du CPOM ou sur la politique associative.

Au-delà de la volonté des acteurs, les gestionnaires doivent se structurer pour garantir l'animation et l'effectivité d'un dialogue de gestion.

4.2. QUELS PRÉALABLES AU DIALOGUE DE GESTION ?

4.2.1. Clarifier les trajectoires stratégiques des parties prenantes

Chaque opérateur doit être au clair sur la trajectoire stratégique qu'il souhaite mettre en œuvre.

À titre d'exemple dans le cadre d'un dialogue de gestion servant au suivi d'un CPOM, l'autorité de tarification doit pouvoir communiquer clairement sur les politiques publiques territoriales qu'elle souhaite déployer. Quant au gestionnaire, il doit avoir clarifié ses orientations stratégiques et de développement ainsi que les moyens nécessaires associés.

Pour exemple dans le cadre d'un dialogue de gestion autour d'aspects financiers et budgétaires, chaque acteur doit avoir déterminé sa propre trajectoire financière : capacité d'auto-financement, résultats, utilisation de réserves, consolidation de haut de bilan, investissement, flux de trésorerie etc.

4.2.2. Définir une comitologie interne et externe

En l'état actuel des choses le pilotage de la démarche et la répartition des rôles entre ATC et gestionnaires n'apparaît pas toujours aisé : Qui est le responsable ? L'animateur ? Qui compose l'équipe ? Quel process ? Quelle périodicité ?

En parallèle, la clarification des rôles et des missions au sein du gestionnaire est essentielle. Un responsable, un animateur ainsi qu'un comité de suivi doivent pouvoir être mis en place. Le dialogue de gestion se nourrit des différents niveaux de responsabilité. L'animateur centralise, coordonne les informations à collecter et formalise les supports. Le responsable supervise et cadre politiquement la démarche tandis que le comité de suivi est consulté aux différentes étapes et valide les supports destinés au dialogue.

L'articulation de ces différents rôles doit permettre à l'organisme gestionnaire et notamment au conseil d'administration de décider au final des choix de manière éclairée.

À noter que des commissions de suivi spécialisées selon les sujets abordés peuvent être envisagées.

4.2.3. Objectiver les données utiles au dialogue de gestion

Quel que soit l'objectif du dialogue de gestion (participation du gestionnaire à la transformation de l'offre, suivi des objectifs du CPOM, suivi financier, continuité d'activité pendant la crise sanitaire, reprise d'ESSMS etc.) il est nécessaire d'appuyer les échanges sur des données quantitatives à l'aide d'outils de recueil et d'analyse de la situation de l'organisation.

Dans cette production de données, le contrôle de gestion joue un rôle essentiel. Il permet d'objectiver le dialogue de gestion en ce qu'il quantifie les éléments du dialogue (actions, activités, budget et tendances, analyse d'impact...). Ces données sont étayées par des documents stratégiques relatant le fonctionnement du gestionnaire : projet d'établissement, projet associatif, étude de faisabilité de restructuration etc.

En amont du dialogue de gestion, un pré-dialogue avec les différents services supports (Ressources humaines, comptable et financier, qualité, développement etc.) cherchera à identifier les problématiques et questionnements potentiels des parties prenantes, afin d'y apporter des réponses. Cette préparation rendra le dialogue de gestion final plus efficace.

Mais toute la difficulté du dialogue de gestion sera de prévoir les évolutions à partir de connaissances à un instant T.

4.2.4. Formaliser le dialogue de gestion

La formalisation du dialogue de gestion est une étape clé du processus d'échange. Il permet d'appuyer le dialogue sur des éléments tangibles et argumentés. Il constitue un document à part entière, distinct des autres documents produits par l'association (rapport d'activité, rapport accompagnant le compte administratif, etc.).

À l'issu du dialogue de gestion se concrétisant autant que possible par une rencontre physique ou en visioconférence, une lettre d'observation, un relevé de décisions ou une synthèse des échanges pourra être fournis aux parties prenantes.

Une ATC pour exemple pourra stipuler des observations sur la non-réalisation d'objectifs inscrits dans un CPOM. Dans le cadre de la crise sanitaire la continuité de l'accompagnement,

ou la gestion budgétaire pourront faire l'objet de remarques ou de demande d'ajustement de la part de l'ATC. A contrario les gestionnaires pourront souligner leur réactivité face à la crise.

Mais le dialogue de gestion peut également aboutir à des conséquences plus importantes telles que la signature d'un CPOM, ou la nécessité d'une évolution de l'offre d'accompagnement ou encore la mise en place d'un plan de redressement.

4.3. LE DIALOGUE DE GESTION EN CPOM : UN MODÈLE DE RÉFÉRENCE POUR LE RENOUVELLEMENT DU DIALOGUE DE GESTION ?

Avec la généralisation des CPOM dans le secteur médico-social, la nature des échanges entre le gestionnaire et les autorités de tarification et de contrôle (ATC), encadrés jusqu'alors par la procédure budgétaire contradictoire, évolue.

La procédure budgétaire contradictoire, conçue quelques temps après la loi du 2 janvier 2002, a été construite autour de l'objectif de production d'un arrêté de tarification. Au fur et à mesure des décrets, cette procédure s'est également accompagnée d'un processus d'échange très formel, censé protégé à la fois l'autorité administrative publique et le gestionnaire.

Avec la mise en place d'une tarification a priori (et de fait la fin de la procédure budgétaire contradictoire) dans le cadre de la généralisation des CPOM-EPRD, c'est tout le processus de négociation budgétaire qui a été bouleversé, tant en interne au sein des organismes gestionnaires que vis-à-vis de ses partenaires externes et des ATC.

Dès lors les objectifs de la négociation changent tout comme les conditions de négociation. Appelé désormais dialogue de gestion, l'objectif

n'est plus de produire un tarif ou de valider les niveaux de dépenses par ligne budgétaire mais de confirmer ou non les hypothèses de gestion à court et moyen termes proposées par l'opérateur à l'occasion de la production des EPRD et ERRD. Dans le même temps les outils de reporting de données se développent notamment par l'intermédiaire du tableau de bord de la performance (TBDP) et viennent enrichir davantage encore le dialogue de gestion autour de la notion de performance.

Le CPOM peut ainsi constituer une première base de définition d'un modèle de dialogue concerté et cadré mais nécessitera auparavant une analyse croisée des CPOM signés depuis 2017 afin d'en déterminer les grandes tendances et ses caractéristiques communes (en terme de livrable, d'objectifs, de pilotage et de calendrier notamment).

Nexem a d'ores et déjà sollicité ses partenaires institutionnels pour la mise en œuvre de ces travaux de synthèse dans le but de sécuriser la phase de contractualisation de ces CPOM et d'élaboration des contours du dialogue de gestion tout au long de la durée du contrat.

4.4. LE DIALOGUE DE GESTION : UNE OPPORTUNITÉ ?

Les échanges initiés dans le cadre du dialogue de gestion sont nombreux et transversaux. Il constitue une réelle opportunité de s'interroger sur ses pratiques et ses stratégies de développement. L'instauration d'un dialogue de gestion de confiance participatif entre les parties prenantes et notamment entre les gestionnaires et les financeurs constitue une clé de réussite dans le processus. Mais l'atteinte d'un dialogue qualitatif peut prendre temps.

Dans le cadre d'un CPOM celui-ci est à réaliser si possible annuellement et à formaliser au moins deux fois sur les 5 années du contrat. Au-delà des lignes directrices et des thématiques abordés, la qualité du dialogue doit faciliter et optimiser la charge de travail nécessaire au renouvellement des CPOM. L'enjeu est de taille tant pour les gestionnaires que pour les autorités de tarification au regard du nombre de plus en plus important de CPOM actif et donc à renouveler.

CHAPITRE 5

LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ À LA UNE DE LA RENTRÉE 2020

« La rentrée sera numérique » tel était le titre d'un billet publié dans les actualités de Nexem le 23 juillet dernier. L'actualité de ce mois de septembre ne le dément pas. En effet, les conclusions du Ségur de la santé que nous évoquions le 23 juillet ont été entièrement reprises dans le plan de relance présenté le 3 septembre dernier en conseil des ministres. Ce plan accorde une place particulière au secteur sanitaire. Rappelons que le plan de relance est doté de 100 milliards d'euros. Sur cette somme 6 milliards sont attribués au secteur sanitaire et, dans cette enveloppe, 3,5 milliards sont consacrés au numérique. La feuille de route « Accélérer le virage numérique » se voit donc financée pour l'action 21 « Plan ESSMS numérique » à hauteur de 600 millions d'euros sur 5 ans destinés au secteur médico-social. À cette somme s'ajoutent 1,4 milliards d'euros sur 3 ans destinés à rattraper le retard du secteur de la santé – dans lequel le médico-social est inclus – en matière de numérique. La dimension de l'innovation n'a pas, à ce jour, été prise

en compte dans les conclusions du Ségur, elle devrait l'être d'ici la fin de l'année 2020. Ce niveau de financement peut être qualifié d'historique. Jamais, à aucun moment, dans l'histoire du secteur de la santé un tel effort n'avait été fait. Preuve, s'il en était encore besoin, de l'importance prise par le numérique dans la vie sociale et économique des pays développés. Les moyens mis en œuvre, s'ils sont importants, ne sont pas pour autant disproportionnés. Dans le contexte économique actuel, il est nécessaire que ces moyens soient utilisés à bon escient selon le principe « un euro dépensé = un euro utile », c'est notre responsabilité de citoyens, mais encore faut-il, tout simplement, qu'ils soient utilisés. Il convient en effet d'avoir à l'esprit l'avertissement prononcé par le Premier ministre le 3 septembre 2020 « des lenteurs non justifiées dans telle partie du plan pourront justifier un déploiement vers d'autres mesures et les ministères seront clairement responsabilisés dans cette perspective ».

5.1. DES ENJEUX ÉLARGIS ET RENFORCÉS

Nous nous étions émus à l'annonce de la feuille de route, le 25 avril 2019, et dans les mois qui ont suivi de la faiblesse des moyens alloués au Plan ESSMS numérique. Il était alors question de 30 millions d'euros. Nous avons aussi déploré que ce plan ne concerne que le seul secteur médico-social. Nous avons également soulevé, le plan apparaissant articulé autour de la seule question du dossier de l'utilisateur informatisé, le cas des organismes gestionnaires ayant déjà développé une solution. Dans la mesure où la mise en œuvre du plan est déclinée à l'échelle régionale, nous avons en outre posé, la question des organismes gestionnaires d'envergure nationale ou interrégionale. Il est aujourd'hui permis de dire que, durant l'été, nos interrogations ont été entendues. Le niveau de financement actuel permet aux pilotes de la feuille de route de s'engager à financer plus d'acteurs,

à financer plus de projets et à accompagner leur réussite. La plus grande partie des structures du secteur qui le souhaitent doivent pouvoir être financées. Le financement dépasse le cadre des seuls secteurs de la perte d'autonomie et du handicap, les cas de l'addictologie, de la protection de l'enfance, de l'aide à domicile sont explicitement évoqués et, plus largement, l'inclusion des établissements et services financés par les départements dans le programme. Les structures qui ont déjà déployé leur propre solution deviennent éligibles au financement de projets pour améliorer leurs systèmes. Il en est de même des acteurs nationaux. La constitution de réseaux d'acteurs nationaux autour de la mise en œuvre des projets est favorisée. Enfin, la formation et l'acculturation des acteurs sont posées comme un axe majeur.

5.2. LA FEUILLE DE ROUTE : UN CADRE POUR L'ACTION

La feuille de route « accélérer le virage numérique » présentée le 25 avril 2019, mise à jour le 18 juin dernier et abondée lors des conclusions du Ségur de la santé constitue un cadre. Il appartient maintenant aux acteurs du secteur social et médico-social de peupler ce cadre en développant leurs projets. Les pilotes de la feuille de route souhaitent donner à ces projets un caractère démonstrateur – ce qu'ils appellent des projets « *quickwin* » : des projets qui ne sont pas nécessairement de grande ampleur mais qui sont faciles à mettre en œuvre et permettent d'obtenir rapidement des résultats tangibles. Ces projets sont susceptibles d'affecter différents domaines. Au-delà de l'action 21 intitulée « Plan ESSMS numérique » d'autres actions, intéressent directement le secteur. Il en va ainsi de :

- la sécurité opérationnelle (action 5),
- l'identifiant national de santé (action 6),
- l'authentification des acteurs (actions 8 et 9),
- l'interopérabilité (action 10),
- la messagerie sécurisée de santé (action 11),
- le Health data hub, plateforme des données de santé (action 18),
- la télésanté (action 19),
- la certification SI des établissements (action 23),
- la formation (action 28).

Le cadre ainsi posé et les actions qu'il définit ne prennent leur sens que s'ils donnent lieu à des initiatives concrètes.

Pour permettre à ces initiatives de se développer, nous estimons qu'il faut s'entendre sur un certain nombre de principes.

- **Affirmer la nature transverse du numérique.** Le numérique ne se réduit pas à un outil. Nous vivons dans un monde qui est devenu numérique. Cette mutation affecte la production, le traitement, l'organisation de l'information qui est la matière première des professionnels des métiers de l'humain et, en premier lieu, le volume des informations traitées et la temporalité dans laquelle elles le sont. Cette mutation affecte aussi

les rapports avec les usagers, les rapports entre professionnels. Le numérique n'est plus l'affaire des seuls spécialistes de l'informatique il emporte donc une dimension stratégique.

- **Poser la gouvernance de la transformation numérique comme revenant aux acteurs de terrain.** À tous les acteurs quelle que soit leur taille. Pour cela il faut à la fois penser local et en même temps favoriser la coopération et la mutualisation afin que chacun trouve sa place.
- **N'envisager le numérique qu'au service de l'humain.** Cela vaut pour les professionnels comme pour les personnes accueillies et accompagnées. Ainsi l'interopérabilité doit être abordée comme la fin des actions de reporting manuelles chronophages et sans intérêt direct pour le cœur de métier. Le numérique doit s'envisager dans le sens de l'accroissement du pouvoir d'agir des personnes accueillies ou accompagnées. Ainsi le Dossier de l'utilisateur informatisé et interopérable doit intégrer toutes les fonctionnalités utiles au parcours de la personne, à la co-construction de ses projets, à son accès à l'information et à l'expression de ses avis et besoins.
- **Faire de la lutte contre les fractures numériques une priorité.** Les fractures numériques traversent aujourd'hui les groupes sociaux en fonction des revenus et des niveaux d'étude, les générations en fonction de l'âge, les territoires avec la persistance de zones blanches, les groupes professionnels et les organisations dont les niveaux de maturité diffèrent.
- **Parler un langage commun.** Ce qui fait socle dans la construction d'un système d'information partagé est en grande partie d'ordre sémantique : s'entendre sur les référentiels, les standards, les processus métiers, définir des cas d'usage. Cette tâche est loin de pouvoir être assurée par les seuls informaticiens.

5.3. CE QUE L'ON SAIT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE

S'agissant de l'action 21 – Plan ESSMS numérique – la mise en œuvre de la feuille de route s'étagera sur 5 ans – de 2021 à 2025 – de manière croissante et progressive.

Quels acteurs seront financés ?

On estime à ce jour que près de 75 % des acteurs du secteur médico-social pourront voir leurs programmes d'investissement financés. Les établissements et services hors PA/PH pourront s'intégrer aux organismes gestionnaires ou aux grappes d'ESSMS répondant aux projets régionaux portés par les ARS. Les structures financées par les départements seront éligibles au programme ESSMS numérique. Les financements seront gérés par le FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé) et délégués aux ARS qui financeront via des appels à projet.

Quelle sera la nature des projets financés ?

Les projets financés seront des projets conduits avec des éditeurs, le référencement régi par l'accord-cadre du RESAH n'étant pas obligatoire. La maturité des solutions proposées par les éditeurs devra être évaluée dans le cadre de Convergences (action 22 de la feuille de route). Les appels à projet

proposés par les ARS pourront porter sur la dimension physique des systèmes d'information – le « *hardware* » – équipements, réseaux, connexions Internet, etc., sur le premier équipement en DUI et sur la montée en version des DUI (intégration des volets d'interopérabilité, de la messagerie sécurisée de santé, des connecteurs DMP, des cahiers de liaison avec les personnes, de l'INS). Les projets pourront également viser la formation. Enfin, il est prévu des appels à projet spécifiques portant sur les nouveaux usages du numérique.

Quels accompagnements seront mis en place ?

Des contrats de mission seront créés avec les GRADES. Des collectifs SI seront implantés dans toutes les régions, ils auront pour rôle d'animer une communauté d'experts du numérique et du médico-social, ils interviendront également dans le déploiement opérationnel des projets. Ces collectifs seront invités à partager leurs retours d'expérience avec la gouvernance nationale de la feuille de route. Le déploiement des services et référentiels socles (INS, MSS, interopérabilité, etc.) sera considéré comme prioritaire. Des actions d'animation de communautés et des actions de formation (initiale et continue) seront portées sur le plan national.

5.4. QUELQUES POINTS D'ATTENTION QUE NOUS METTONS EN AVANT

Si l'on peut se féliciter de l'importance des moyens mis en œuvre et des perspectives liées à leur utilisation, nous devons continuer à être vigilants. Cette vigilance – et par conséquent notre action – doit porter sur les points suivants :

- la place des personnes, personnes accueillies ou accompagnées et professionnels, dans la feuille de route ; la lutte contre toutes les fractures numériques est primordiale ; il faut avoir comme objectif d'agir sur le niveau de littératie numérique – entendue comme la capacité à participer à une société qui utilise la technologie des communications

numériques dans les milieux de travail, au gouvernement, dans les domaines de l'éducation ou de la culture, dans les espaces civiques, dans les foyers et dans les loisirs – des personnes ;

- l'intégration effective du secteur social dans toutes les dimensions de la mise en œuvre de la feuille de route « Accélérer le virage numérique » ;
- le rattrapage généralisé du sous-financement du volet SI dans les budgets des ESSMS, l'objectif doit être de porter rapidement la part du SI à 2 % du budget ;

- l'obligation pour toutes les ATC d'intégrer un volet SI dans les CPOM ;
- l'intégration effective et rapide du numérique dans les formations initiales et continues non plus en simple brique de formation abordée sous un seul angle technique mais comme une compétence transverse développée par tous les professionnels ;
- la prise en compte des besoins des ESSMS ou des OG de petite taille et/ou à faibles ressources via la création de DSI partagée et de plateformes ;
- l'essaimage de l'entraide et des échanges via des communautés de pratiques ;
- le développement de l'interopérabilité entre tous les acteurs du parcours ;
- la sécurisation des échanges ;
- la responsabilisation des éditeurs acteurs de fait de cette transformation numérique et bénéficiaires des fonds publics, cela passe aussi par la constitution d'un pool d'acteurs pérennes disposant de la viabilité technique et économique indispensable.

5.5. PASSER À L'ACTION

Vos initiatives dès à présent

Le dispositif de la feuille de route « Accélérer le virage numérique » est lancé. Les événements vont maintenant se précipiter. Quelles initiatives les responsables de structures peuvent-ils prendre ? Voici une première liste de tâches, non exhaustive :

- conduire une veille autour de la feuille de route et des initiatives nationales et régionales existantes ou à venir ; Nexem au niveau national et régional conduit cette veille pour sa part ;
- diagnostiquer, si ce n'est déjà fait, le degré de maturité numérique de la structure ; le diagnostic-flash proposé par Nexem peut être un moyen d'évaluer ce niveau ;
- identifier les acteurs institutionnels présents dans l'environnement : l'ARS a-t-elle désigné une personne-ressource chargée de la feuille de route ? quelle est-elle ? existe-t-il un GRADES, comment est-il ouvert au secteur social et médico-social ?
- solliciter les ATC quant à leurs intentions et projets dans le cadre de la feuille de route ;
- être informé des appels à projet nationaux (structures 3.0¹² par exemple) ou régionaux ;
- organiser et participer aux collectifs en région ;
- envisager des mutualisations et des partages possibles.

Le club des acteurs du numérique Nexem

Parce que le secteur social et médico-social a vocation à s'inscrire dans l'ensemble des mesures prévues par la feuille de route gouvernementale « Accélérer le virage numérique en santé », Nexem a décidé de poursuivre son investissement dans la transformation numérique, par la mise en place notamment d'un Club des acteurs du numérique Nexem.

Nexem se doit en effet de porter la voix et les spécificités de ses organisations adhérentes au niveau des instances nationales de pilotage de la feuille de route – notamment la délégation du numérique en santé –, mais aussi d'être le relai de ses messages au niveau territorial au sein des lieux de construction et de déploiement de la stratégie numérique en santé.

À cette fin Nexem a lancé un appel à candidatures afin de constituer ce groupe de travail rassemblant des adhérents déjà engagés dans la transformation numérique.

Ce groupe de travail, piloté par le nouveau pôle Offre sociale et médico-sociale de Nexem, et animé par notre partenaire Ressourcial, a pour vocation de :

- s'inscrire dans le cadre de la feuille de route nationale « Accélérer le virage numérique en santé » ;

12. <https://esante.gouv.fr/virage-numerique/structures-30>.

- tirer les bénéfices de l'accélération de la transformation numérique due à la crise sanitaire liée à la Covid-19, qui a entraîné un recours inédit aux outils numériques et développé massivement les usages du numérique.

La première réunion de ce club était prévue le 24 septembre 2020.

Le « virage numérique » élément de la stratégie des organisations

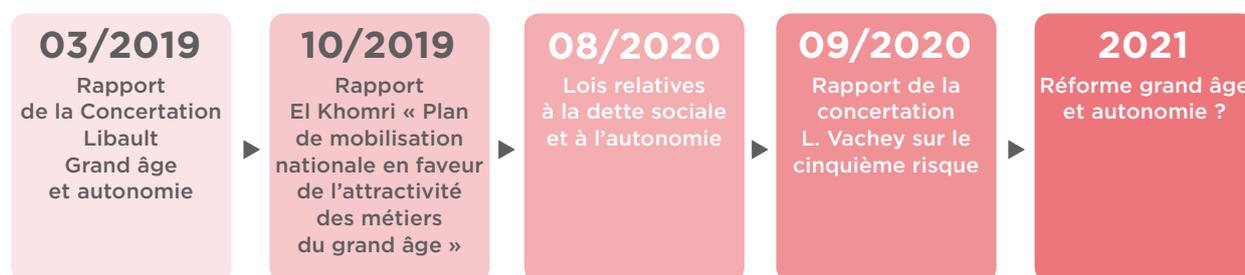
À la lecture de ce qui précède, on mesure l'importance des moyens mis en œuvre mais on appréhende aussi la dimension stratégique de la question de la transformation numérique. Les organisations n'auront pas deux fois l'occasion de « prendre le virage » du numérique, elles ne peuvent pas non plus s'offrir le luxe de « rater le virage ». La question n'est plus un sujet de techniciens ou d'experts, elle concerne l'ensemble des acteurs du secteur social et médico-social et au premier chef les dirigeants élus et salariés. Nexem continuera à être là, auprès d'eux, pour négocier le virage.

CHAPITRE 6

LA PERTE D'AUTONOMIE ÉRIGÉE EN CINQUIÈME RISQUE : QUELS ENJEUX POUR LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL ?

La réforme est-elle en marche dans les politiques publiques de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ? C'est ce que pourrait laisser croire la récente actualité législative : deux lois votées pendant l'été ont consacré un « cinquième risque » de protection sociale, la perte d'autonomie. Les attentes sont grandes, tant l'annonce d'une réforme de l'autonomie commence à dater ; tant les besoins de financements supplémentaires ont plus que jamais fait la démonstration de leur nécessité pendant

les mois que la France vient de passer sous le signe de la Covid-19 – tout comme, d'ailleurs, la nécessité de revoir la gouvernance du secteur. Dès la rentrée, ce cinquième risque, dont on ne sait pour l'instant pas grand-chose, devrait faire l'objet de précisions. Une mission de concertation a été menée en ce sens durant l'été, à laquelle Nexem a contribué. Mais les évolutions réclamées par les acteurs du secteur ne pourront être mises en place sans une réforme d'ampleur des politiques de l'autonomie associée à des financements à la hauteur.



6.1. LA CRÉATION DU CINQUIÈME RISQUE DE PROTECTION SOCIALE : LA PERTE D'AUTONOMIE

Poussé en ce sens par la crise de la Covid-19 ayant touché durement le secteur des EHPAD, le Gouvernement a décidé de donner corps au « cinquième risque », que l'on pouvait qualifier jusqu'alors de serpent de mer. Le 20 mai, sont en effet présentés aux partenaires sociaux deux textes : un projet de loi organique et un projet de loi ordinaire relatifs à la dette sociale et à l'autonomie. Ces deux projets de loi, définitivement adoptés par l'Assemblée nationale le 23 juillet, et promulgués le 7 août 2020¹³, consacrent une nouvelle branche de Sécurité sociale : l'autonomie.

Ces deux textes avaient pour vocation première de transférer 123 milliards de dette de la Sécurité sociale résultant de l'épidémie Covid-19 à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) afin de soulager la trésorerie de l'Agence centrale des comptes de la Sécurité sociale (ACOSS). Le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, s'est

saisi de cette occasion pour inscrire dans la loi le principe d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche associée de Sécurité sociale, idée très ancienne dans le débat public sur la dépendance et reprise par le rapport Libault qui appelle de ses vœux « un risque national à part entière avec un partenariat territorial renouvelé », mis en œuvre dans « un cadre rénové de gouvernance financière et de pilotage de la politique publique du grand âge ». Une réforme attendue depuis le rapport Libault¹⁴, qui pour rappel avait été suivi d'une seconde mission ciblée sur l'attractivité des métiers du grand âge, pourrait ainsi enfin voir le jour.

La Sécurité sociale assurera désormais, outre la maladie et la maternité-paternité ; l'accident du travail – maladie professionnelle ; la famille ; la retraite, la perte d'autonomie au sens large du terme. Le texte voté prévoit en effet que « la Nation affirme son attachement

13. Loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

14. Concertation Grand âge et autonomie, D. Libault, mars 2019.

au caractère universel et solidaire de la prise en charge du soutien à l'autonomie, assurée par la Sécurité sociale. La prise en charge contre le risque de perte d'autonomie et la nécessité d'un soutien à l'autonomie sont assurées

à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé ». Cette nouvelle branche devra donc couvrir le grand âge, mais également le handicap.

Loi organique n°2020-991 relative à la dette sociale et à l'autonomie

Article 1 : L'existence de la CADES est prolongée jusqu'en 2033. Son terme était initialement prévu pour 2024.

Article 2 : Le rapport qui accompagne chaque année les LFSS (loi de financement de la Sécurité sociale) comportera une annexe spécifique pour le volet autonomie présentant :

- l'ensemble des dépenses de Sécurité sociale relatives au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- l'analyse de l'évolution des prestations financées ainsi que celles consacrées à la prévention, à l'apprentissage de l'autonomie et à la recherche ;
- l'évolution de la dépense nationale en faveur du soutien à l'autonomie ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense.

Les sous-objectifs de l'ONDAM affectés aux PA et PH sont supprimés afin que ces dépenses constituent une branche à part.

En outre, les mesures ayant un effet sur la dette des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale sont susceptibles de faire l'objet de dispositions dans une LFSS.

Loi ordinaire n°2020-992 relative à la dette sociale et à l'autonomie

Article 1 : Cet article prévoit divers transferts de fonds à la CADES pour le remboursement de la dette.

Article 2 : Le Gouvernement remet un rapport sur les opportunités pour la CADES et pour tout autre organisme ou établissement public de contracter des emprunts à impact social.

Article 3 : À compter de 2024, une partie de la CSG (Contribution sociale généralisée) sera affectée aux dépenses d'autonomie, à hauteur de 2,3 milliards d'euros par an. Les fonds transiteront par la CNSA.

Article 4 : Cet article fixe le montant des contributions de la CNAV et du Fonds de réserve pour les retraites à la CADES.

Article 5 : Un nouveau risque de Sécurité sociale dédié à la perte d'autonomie est créé. La CNSA est dévolue à la gestion de la nouvelle branche. Le Gouvernement remet le 15 septembre un rapport établi après concertation sur les modalités de mise en œuvre de ce nouveau risque, et les conséquences en termes de pilotage, gouvernance et gestion.

6.2. UNE NOUVELLE BRANCHE À CONSTRUIRE

À ce stade, les interrogations demeurent grandes sur ce que signifie la mise en place du cinquième risque et sur les intentions du Gouvernement en la matière. En tout état de cause, il pourrait s'agir d'une nouvelle branche différente des autres.

6.2.1. Qu'est-ce qu'un risque de protection sociale ?

La Sécurité sociale est à la fois gérée par plusieurs régimes (régime général, régime social des indépendants, régime agricole, ainsi que de multiples régimes spéciaux) et constituée par plusieurs branches :

- la branche famille, gérée par les Allocations familiales ;
- la branche maladie, gérée par l'Assurance Maladie (qui recouvre également la maternité-paternité et l'invalidité) ;
- la branche accidents du travail - maladies professionnelles, également gérée par l'Assurance Maladie ;
- la branche retraite, gérée par l'Assurance Retraite ;
- la branche recouvrement, gérée par les URSSAF.

L'ordonnance du 4 octobre 1945¹⁵, véritable acte fondateur de la protection sociale, a posé plusieurs principes fondamentaux, parmi lesquels :

- le principe selon lequel chaque risque de protection sociale est financé par une double cotisation à la charge des employeurs et des salariés ;
- la démocratie sociale : les organismes de Sécurité sociale sont des organismes de droit privé dotés d'une autonomie de gestion et co-gérés par des représentants de salariés et d'employeurs.

Ces principes sont actuellement réinterrogés s'agissant de la nouvelle branche autonomie. Globalement, les deux lois relatives à la dette sociale et à l'autonomie se contentent de poser un cadre et demeurent peu prolixes, laissant de vastes interrogations sur ce que l'on peut attendre de cette nouvelle branche. Une mission de concertation a été confiée à Laurent Vachey¹⁶ par le Gouvernement, pour définir le financement de la nouvelle branche, son périmètre et sa gouvernance. Les propositions du rapport devraient ensuite guider les dispositions de la prochaine LFSS.

6.2.2. La mission Vachey : une concertation pour définir le modèle de la branche autonomie

La branche autonomie pourrait avoir des caractéristiques distinctes des branches préexistantes, notamment en ce qui concerne son financement et sa gouvernance. Son périmètre reste également à définir.

Le financement

Le financement total actuel consacré à l'autonomie s'élève à 30 milliards d'euros, dont 6 à la charge des ménages. Le rapport Libault chiffre à hauteur de 6,2 milliards d'euros le besoin de financement supplémentaire correspondant aux mesures nouvelles prévues par le rapport ainsi qu'à l'effet de démographie pour l'horizon 2024 ; pour l'horizon 2030, il s'agit de 9,2 milliards¹⁷.

Sur ce point, pour l'instant il est seulement prévu qu'une part de la CSG (0,15 point) soit affectée au financement du risque, soit 2,3 milliards d'euros supplémentaires par an, et ce à compter de 2024. Cela apparaît pour le moins tardif ainsi qu'insuffisant au regard des besoins exprimés. A titre de comparaison, les dépenses de la branche famille s'élèvent à près de 40 milliards d'euros par an. Ce maigre financement, pour l'instant prévu ne peut qu'étonner. Malgré les mesures supplémentaires attendues lors de la prochaine LFSS et de la loi Grand âge et autonomie, il est permis de se questionner sur la teneur de ce cinquième risque.

La question du financement de l'autonomie avait déjà été abordée dans le cadre de la concertation Grand âge et autonomie. La crise que nous traversons suite à la Covid-19, ainsi que l'acceptation large désormais donnée à l'autonomie - englobant le grand âge et le handicap, nécessitent de réétudier la question.

Le questionnaire remis aux fédérations dans le cadre de la concertation Vachey les a invitées à se positionner sur plusieurs pistes de financement, notamment :

- des transferts de ressources depuis le Fonds de réserve des retraites ou de la branche famille ;
- des mesures d'économie telles que la modulation de l'APA en fonction du patrimoine ou la fusion de l'APL en EHPAD et de l'ASH ;
- l'appel à des financements personnels complémentaires comme la généralisation de l'assurance privée dépendance, le recours au prêt viager hypothécaire, la mobilisation de l'assurance vie via une rente dépendance ;

15. Ordonnance n°45-2259 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale.

16. Inspecteur général des finances et ancien directeur de la CNSA.

17. Concertation Grand âge et autonomie, D. Libault, mars 2019, p.130.

- ou encore des mesures fiscales (par exemple sur les donations) et des prélèvements obligatoires (taxation des successions ; création d'une deuxième journée de solidarité...).

Appelée à se positionner, Nexem a plaidé pour un financement de la branche autonomie par la solidarité nationale et pour un socle de prestations de base de haut niveau. L'altération de l'autonomie de la personne relève d'un risque au sens où l'entend le système de protection sociale : la politique autonomie doit donc être fondée dans le respect de l'égalité des droits et des chances. À ce titre, la charge liée aux évolutions de la situation des personnes doit être assumée par la solidarité nationale (soin, accompagnement, surcoût du logement...). Le reste à charge doit être limité.

Elle est donc défavorable au recours à l'assurance complémentaire privée dont la mise en œuvre peut induire une altération du socle de base et suppose une sélection des risques par l'assureur, avec comme conséquence la gestion du « bon risque » par les assureurs et du « mauvais risque » par la solidarité nationale. De la même façon, pour Nexem, le recours à des dispositifs de viager ne peut être envisagé que de manière facultative et pour des prestations complémentaires uniquement. En outre, la modulation de l'APA en fonction du patrimoine s'apparente à une assurance individuelle sur patrimoine et risquerait d'aboutir à la fraude en conduisant les familles à organiser l'insolvabilité des personnes.

Le périmètre

La création de la nouvelle branche nécessite de définir son architecture et le périmètre du risque qu'elle devra gérer. Parmi les questions posées dans le cadre de la concertation, l'intégration du risque invalidité actuellement financé par la branche maladie a été posée ; de même que l'intégration de l'ensemble des prestations familiales relatives au handicap ; de l'AAH ; de l'assurance vieillesse ; du financement des USLD ; ou encore des dépenses à la charge des départements (APA et PCH).

Nexem est favorable à ce que la branche rassemble l'ensemble des financements de l'autonomie disséminés actuellement dans différents budgets (assurance maladie, État, collectivités territoriales, branche famille).

Ce regroupement permettra de donner les moyens d'une politique homogène et cohérente sur l'ensemble du territoire national, tout comme il assurera un bien meilleur service aux personnes concernées grâce à une plus grande lisibilité des dispositifs et une plus grande efficacité dans l'action. Nexem considère que les politiques publiques doivent se concentrer sur l'autonomie quelle que soit la cause de la perte et quelles que soient les populations concernées. Il en est de même s'agissant des dépenses départementales : clé de réussite de la réforme, cette intégration doit permettre de remettre à plat les relations financières entre État et conseils départementaux, sans pour autant exclure les départements du pilotage et de la gouvernance des politiques d'autonomie.

La gouvernance

Les enjeux de la gouvernance du nouveau risque, dont la pertinence est une des conditions essentielles du bon pilotage des politiques publiques dans le champ de l'autonomie et de leur déclinaison en équité sur les territoires, sont abordés dans le questionnaire adressé par L. Vachey. Selon ce dernier, les enjeux de gouvernance nationale et locale doivent être au cœur de la définition de cette nouvelle branche : il s'agit de définir « l'organisation, la composition et les missions de la caisse chargée de l'autonomie, ainsi que sa relation avec la tutelle et avec les autres branches de Sécurité sociale ». Les missions et la composition de la CNSA devraient ainsi être revues. Son rôle devrait a priori être conforté et renforcé en se transformant en caisse nationale de Sécurité sociale. Sur sa composition, le débat se cristallise autour de l'intégration ou non des partenaires sociaux, syndicats et employeurs, pour se calquer à la gouvernance traditionnelle des branches de Sécurité sociale.

Pour Nexem, trois règles doivent organiser la gouvernance du risque autonomie :

- mettre en place un pilotage unique et cohérent par la branche, sur l'ensemble de la chaîne de mise en œuvre, du niveau national au niveau territorial ;
- assurer une représentation de l'ensemble des parties prenantes (financeurs, régulateurs, organismes gestionnaires, représentants des personnes bénéficiaires et des aidants, collectivités territoriales) ;

- développer un appui aux politiques de prévention, à l'ingénierie et à l'innovation.

Nexem est favorable à l'évolution des missions de la CNSA pour lui donner le caractère d'une caisse nationale de Sécurité sociale. Elle s'est prononcée en faveur d'un renforcement des représentations des personnes et des organismes gestionnaires au sein du futur CA de la CNSA.

En ce qui concerne la gouvernance locale, le scénario à privilégier est celui dont l'articulation avec la gouvernance de la caisse permette de progresser dans la lisibilité, la qualité et l'équité territoriale pour la répartition de l'offre comme pour le service rendu à la personne âgée ou en situation de handicap. En conséquence, Nexem considère que la future gouvernance territoriale devra :

- garantir la présence de tous les acteurs dans les processus de consultation et de contractualisation dans une logique de démocratie sociale participative ;

- garantir que sur les quatre points suivants, la décision ne revienne qu'à un seul pilote/régulateur qui doit être la représentation territoriale de la branche ;

- ouverture des droits des personnes ;
- allocation des ressources aux acteurs ;
- contractualisation avec les acteurs ;
- élaboration des plans pluriannuels.

À l'heure où nous écrivons ces lignes, le rapport de la mission Vachey fait encore l'objet de travaux de synthèse. Une fois rendu public, il permettra sans doute d'y voir plus clair sur ce que l'on peut attendre de la création du cinquième risque. Puisque la perte d'autonomie n'est pas qu'une affaire de financement, il est permis d'espérer que la réforme Grand âge et autonomie maintes fois annoncée puis repoussée, soit rapidement mise au débat et soit à la hauteur des enjeux.

6.3. L'INDISPENSABLE LOI GRAND ÂGE ET AUTONOMIE

La loi grand âge et autonomie a été annoncée par Agnès Buzyn, ancienne ministre des Solidarités et de la Santé, dès 2018. Deux ans après, la réforme se fait toujours attendre. Plusieurs dates ont successivement été évoquées pour son inscription à l'agenda parlementaire, puis chaque fois repoussées. Cette fois encore, elle a été repoussée à l'horizon 2021 par le gouvernement Castex, qui pour l'instant a fixé d'autres priorités pour exécuter son mandat.

6.3.1. Les propositions du rapport Libault toujours d'actualité

La préparation de la loi grand âge et autonomie avait pourtant fait l'objet d'une vaste concertation menée par Dominique Libault. La richesse

de ce travail et de sa restitution, constituée de 175 propositions, a permis de poser toutes les cartes pour mettre en œuvre la réforme. Ne manquent plus que des décisions politiques fortes pour attribuer le financement nécessaire à la réforme, bien au-delà des 2,3 milliards supplémentaires pour l'instant prévus dans le cadre du cinquième risque. Les constats qui ont précédé la concertation Libault sont maintenant connus de tous.

En 2060, le nombre de personnes en perte d'autonomie atteindra 2,45 millions, contre 1,6 millions en 2030. Au cœur des enjeux de ce défi démographique : la qualité de vie des personnes âgées, l'accompagnement de la perte d'autonomie et son financement. Enjeux plus que jamais mis en lumière par la crise de la Covid-19.

Les dix propositions-clés du rapport Libault

1. La création d'un guichet unique pour les personnes âgées dans chaque département, avec la mise en place des Maisons des aînés et des aidants.
2. Un plan national pour les métiers du grand âge pour lancer une mobilisation large, dans la durée, en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière.
3. Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels.
4. Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en EHPAD d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires en proximité de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros.
5. Un plan de rénovation des locaux de 3 milliards d'euros sur 10 ans pour les EHPAD et les résidences autonomie.
6. Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpads plus ouverts sur leur territoire.
7. Une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1 000 et 1 600 € par mois.
8. Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie, avec la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles.
9. L'indemnisation du congé de proche aidant et la négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant.
10. La mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels.

6.3.2. Pour une réforme ambitieuse de l'autonomie à chaque âge de la vie

La création du cinquième risque doit permettre de réorienter la réforme attendue sur une acception large de l'autonomie, en permettant la convergence des politiques du grand âge et des politiques du handicap. Nexem appelle de ses vœux la concrétisation de cette avancée qui devrait permettre de supprimer la barrière de l'âge ainsi que certaines ruptures de parcours évitables.

Les mesures de la réforme doivent permettre de :

- renforcer la qualité d'accompagnement ;
- augmenter le taux d'encadrement et le temps de professionnels en EHPAD et à domicile ;
- agir en faveur de l'attractivité des métiers en revalorisant les salaires et les évolutions de carrières ;

- moderniser le régime des autorisations qui freinent aujourd'hui les initiatives en matière d'accompagnement, de coopération domicile - établissement et de diversification de l'offre ;
- affecter un niveau de financement à la hauteur des besoins sur la base de la solidarité nationale ;
- créer des financements nouveaux et pérennes, en particulier dans le secteur du domicile ;
- reconnaître et gratifier les bonnes pratiques en matière de prévention et de maintien de l'autonomie fonctionnelle des personnes accompagnées ;
- garantir à tous une réponse de proximité, en assurant un maillage territorial de réponses sociales, médico-sociales et de santé, graduées et de qualité.

En outre, la prévention doit être au cœur des politiques publiques de l'autonomie. C'est en prévenant la perte d'autonomie et en allouant les moyens suffisants dans ce domaine, que l'on améliorera le quotidien de millions de citoyens.

CHAPITRE 7

ZOOM SUR LE SECTEUR DU HANDICAP :

- SERAFIN-PH, reprise des travaux et perspectives 2021
- L'assistance au projet de vie (APV)

7.1. SERAFIN-PH : REPRIS DES TRAVAUX ET PERSPECTIVES 2021

De mars à mai 2020, compte tenu de la crise sanitaire Covid 19, l'ensemble des travaux collaboratifs SERAFIN-PH ont été suspendus. Avant cela, la CNSA et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (l'ATIH) ont pu poser les bases du futur modèle tarifaire et produire les premières analyses des structures de coûts des ESSMS du champ PH concernés par la réforme tarifaire. Des enseignements notables pour Nexem mais toutefois encore insuffisants avant de conclure sur ce que sera le futur modèle tarifaire des ESSMS du champ PH.

Depuis juin 2020, les travaux ont repris toujours selon les orientations d'une Secrétaire d'État, Sophie Cluzel, renouvelée dans son mandat par le nouveau gouvernement nommé cet été. À cette occasion Nexem et d'autres organisations du secteur ont souhaité alerter sur la suite des travaux. Un courrier a été adressé à la secrétaire d'État fin juillet. En effet, le suivi et la continuité de ces travaux pendant la crise sanitaire ainsi que les communautés 360 en cours de déploiement interrogent quant à la poursuite à l'identique des travaux SERAFIN-PH.

Nexem fait le point sur le calendrier de travail initial, le modèle tarifaire à l'étude et les perspectives du projet SERAFIN-PH.

7.1.1. Vers une accélération du programme de travail

Les travaux en cours

Le 14 novembre 2019, le Comité stratégique (COSTRAT) présidé par Sophie Cluzel, Secrétaire d'État en charge des personnes handicapées s'est réuni pour donner une orientation forte à la poursuite des travaux portant sur la réforme de la tarification du secteur du handicap. Il a été rappelé à cette occasion que la facilitation et l'accélération de la transformation de l'offre étaient un axe fondamental de SERAFIN-PH.

Des différents modèles de financement envisagés, la Ministre a souhaité promouvoir un modèle tarifaire organisant la diversification de l'offre en plateforme de services, mais

également, un modèle hybride appuyé sur l'expérimentation de l'allocation d'un droit personnalisé à prestations.

Le calendrier affiché fin 2019 avait pour objectif de réunir le COSTRAT dès juillet 2020 pour valider les contours et les conditions d'une démarche d'expérimentation du nouveau modèle qui sera déployé en 2021. Compte tenu de la crise sanitaire, le COSTRAT devrait se réunir en fin d'année, voire début 2021.

Parallèlement, les acteurs du secteur devaient être accompagnés dans l'appropriation des fondements de la réforme et notamment le déploiement systématique de l'usage des nomenclatures besoins et prestations.

Pour mener cet objectif contraint par le temps, le groupe projet SERAFIN-PH a constitué dès janvier 2020, en complément du Groupe technique national (GTN), trois groupes de travail restreints :

- un groupe « **Approfondissement des modèles** » avec pour objectif de concevoir les modalités du futur modèle tarifaire ;
- un groupe « **Valorisation des données** » avec pour objectif de proposer des éléments de cadrage pour les analyses de données (principalement les données de l'étude nationale de coûts - ENC - 2018) afin de nourrir les réflexions autour de la construction et la structuration du futur modèle de financement puis de l'établissement du barème tarifaire ;
- un groupe « **Usages des nomenclatures** » avec pour objectif de promouvoir l'usage descriptif des nomenclatures SERAFIN-PH, dans une visée qualitative.

Les travaux à venir

Dans la dernière plaquette de communication, la phase 2 du projet SERAFIN-PH relative à la définition et la structuration du modèle de financement s'étalait de fin 2018 à 2023. Cette échéance n'est pas compressible dans la mesure où la fixation de référentiels de coûts est dépendante de l'exploitation des ENC 2018 et 2019.

Or à date, seule l'ENC 2018 est accessible, sans pour autant avoir été exploitée dans sa totalité. Les premiers référentiels de coûts ne peuvent donc être fixés avant l'exploitation des deux ENC. Le déploiement du modèle de financement n'est donc prévu qu'à partir de 2023/2024 selon un modèle de financement définitif qui ne pourra être arrêté avant fin 2022.

Pour respecter ce calendrier complexe, le groupe projet prévoit le programme de travail suivant pour le second semestre 2020 :

- poursuite des travaux sur les nomenclatures (formation, kit pédagogique, outils de communication, etc.) ;
- poursuite des travaux sur l'approfondissement du modèle tarifaire, avec les données complètes de l'ENC 2018 ;
- préparation de l'expérimentation 2021/2022 avec la définition du pré-modèle à l'aune des données de l'ENC 2018 ;
- étude d'opportunité sur les possibilités d'accès personnalisé aux prestations – à articuler avec les travaux sur l'organisation de l'offre et notamment les communautés 360.

7.1.2. Le modèle tarifaire à l'étude

Conformément aux décisions politiques prises dans le cadre du COSTRAT, la structuration du futur modèle tarifaire doit permettre un financement direct à l'ESSMS. Celui-ci sera déterminé à partir des caractéristiques de la personne accompagnée et de l'ESSMS. Ce modèle doit également permettre d'intégrer une individualisation des prestations ou un accès personnalisé (solvabilisation ou droit de tirage).

Pour répondre à ces exigences, l'architecture globale du modèle tarifaire étudié depuis début 2020 est composée de quatre parties.

- **Un socle** : il comprendra des prestations indirectes et des prestations directes pour un niveau de référence minimum. C'est le budget minimum alloué à l'ESSMS, pour la durée du CPOM. Il sera calculé automatiquement sur la base de tarifs normés, définis au niveau national.
- **Une majoration « Valorisation du niveau de complexité des situations »** : il s'agit ici

de valoriser des ressources à engager par l'ESSMS en direction des personnes accompagnées, actualisées chaque année. Cette majoration sera calculée automatiquement sur la base de tarifs normés, définis au niveau national.

- **Des financements complémentaires** : il s'agit de financements liés à des spécificités territoriales, de soutien aux politiques publiques, de projets spécifiques, de centres ressources/équipes mobiles dédiées. Ces financements feront l'objet de négociation entre le gestionnaire et les ATC.
- **Des ajustements ex-post** : ces ajustements tarifaires sont à moduler en fonction de critères tels que l'activité réalisée, la qualité du service rendu, les objectifs du CPOM, etc.

La composition théorique de chacune de ces parties est actuellement en cours de définition et fait l'objet de nombreux échanges avec l'équipe projet SERAFIN-PH.

7.1.3. Des nomenclatures structurantes

Les nomenclatures besoins et prestations sont plébiscitées par l'ensemble des acteurs. Elles sont structurantes pour nourrir les missions d'accompagnement, mais également utilisées dans une logique de suivi et d'analyse de l'activité des gestionnaires. Dans le cadre de cette nouvelle étape, l'objectif poursuivi est d'intensifier et de systématiser l'utilisation des nomenclatures. Pour ce faire, le groupe projet SERAFIN-PH :

- renforce la communication autour de la réforme et des nomenclatures. De courtes vidéos pédagogiques appréhendent la réforme¹⁸ : « Les objectifs de la réforme », « Le calendrier de la réforme », et « Comment utiliser les nomenclatures » ;
- recueille par le biais d'un questionnaire les usages des nomenclatures ;
- publiera au second semestre 2020 un guide de bonnes pratiques sur les usages qualitatifs de nomenclatures SERAFIN-PH ;
- réalise un kit pédagogique pour assurer des formations afin d'accompagner les acteurs à l'utilisation des nomenclatures.

18. <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-tarifaire-des-etablissements-et-services-pour-personnes-handicapees-serafin-ph>

D'ores et déjà de nombreux usages ont pu être identifiés répartis en quatre grands thèmes :

- usages à destination des personnes accompagnées : plan d'accompagnement global (PAG), contrat de séjour ou DIPC, projet d'accompagnement personnalisé, dossier unique de l'utilisateur ;
- usages à destination des acteurs médico-sociaux : projet d'établissement ou de service, charte des droits et libertés, rapport d'activité, outil de pilotage et d'organisation ;
- usages partenariaux et de gouvernance : démarche « Une réponse accompagnée pour tous », territoire 100 % inclusif, convention de partenariat ;
- usages soutenant la programmation/ planification de l'offre : CPOM, Schéma départemental, Appel à projet, à manifestation d'intérêt, Projet régional de santé.

7.1.4. Perspectives et vigilances

Lors du COSTRAT de fin 2019, la secrétaire d'État aux personnes handicapées a posé les bases d'une solution hybride autour de plateformes territoriales. Ces plateformes ont évolué pour donner naissance au projet « Communautés 360 » indépendamment du projet SERAFIN-PH. Si ce changement de vocable est séduisant et se justifie au regard de l'aspect coordination, cette évolution interroge quant au modèle juridique que revêtiront les communautés 360 et quant à l'accès à des financements dédiés en dehors d'une tarification encadrée. Le terme

de communauté renvoie en effet à une notion de collaboration dont les délimitations juridiques sont moins claires et les financements associés moins acquis. Le lien entre les communautés 360 et le projet SERAFIN-PH doit être clarifié et précisé.

L'absence de visibilité sur le modèle juridico-financier des communautés 360 et la mise en place d'un système tarifaire hybride permettant l'individualisation de la prestation contribuent à la réflexion sur l'évolution des modèles économiques des gestionnaires d'ESSMS. Les réponses apportées jusqu'à présent par le cabinet de la secrétaire d'État aux personnes handicapées sur ces questions alimentent cette théorie. Par ailleurs, les rapprochements et les mutualisations sont souvent présentés dans le cadre des chantiers SERAFIN-PH et Communautés 360 comme des pistes d'optimisation et des leviers de la performance.

Enfin, à ce stade, les premières bases du modèle de financement ne permettent pas encore de se projeter opérationnellement dans le système actuel budgétaire reposant sur une dynamique CPOM - EPRD.

Mais quel que soit le scénario retenu, la rigueur voudrait qu'une étude d'impact soit réalisée pour chiffrer l'impact économique d'une telle réforme.

Nexem restera vigilante et active dans les différents groupes de travail afin de garantir une pertinence dans la méthodologie déployée, tout en préservant au mieux les intérêts de ses adhérents.

7.2. L'ASSISTANCE AU PROJET DE VIE (APV) : UN DISPOSITIF DE PROXIMITÉ QUI RENFORCE LE POUVOIR D'AGIR ET DE DÉCIDER DES FAMILLES¹⁹ CONCERNÉES PAR LE HANDICAP

Appuyer, soutenir l'expression des besoins et attentes des familles et aidants dans l'élaboration du projet de vie et du parcours des familles concernées par le handicap : c'est cette action concrète que déploie le dispositif d'assistance au projet de vie « APV ».

La loi du 11 février 2005 a posé le principe d'égalité des droits et des chances pour la personne en situation de handicap et sa famille, ainsi que la nécessité, par une approche inclusive, de garantir leur pleine participation à la vie sociale, culturelle,

19. Le terme « famille » désigne les parents et leur(s) enfant(s) ou l'adulte handicapé et ses proches aidants ou ses représentants légaux.

économique, plus généralement à la vie en société dans toutes ses dimensions et ce, comme tout un chacun.

Pourtant, élaborer le projet de vie de son enfant ou proche handicapé, imaginer, anticiper puis construire son parcours de vie (notion au cœur du dispositif de compensation) relèvent bien souvent du parcours du combattant. Certaines familles peuvent avoir besoin d'une aide pour élaborer ce projet, organiser la vie quotidienne et rechercher le ou les accompagnement(s) adapté(s).

C'est donc cet appui, ce soutien tant à l'expression de leurs besoins et attentes, qu'au renforcement de leur autodétermination, que le dispositif d'assistance au projet de vie « APV » apporte aux familles/aidants.

Retour sur ce dispositif inclusif porté par Nexem et soutenu depuis ses débuts par le groupe KLESIA et la Fondation OCIRP au niveau national, ainsi qu'en région par les agences régionales de santé Grand-Est, Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Expérimenté de 2016 à 2019, le dispositif APV entre aujourd'hui dans une phase d'évaluation et de déploiement à l'échelle nationale. Depuis 2019, il est inscrit sur la feuille de route du secrétariat d'État chargé des personnes handicapées sur la transformation de l'offre médico-sociale.

Dans le contexte de crise sanitaire liée à la Covid 19 que nous venons de traverser, le dispositif APV a été identifié par le Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées comme un levier d'appui à l'autodétermination et à l'accès aux droits et, aujourd'hui, avec ses fondamentaux, il s'avère être un maillon pertinent dans la mise en place des communautés 360 sur les territoires.

7.2.1. Les enjeux et les moteurs du dispositif APV

En facilitant le parcours des familles concernées par le handicap, le dispositif APV recouvre plusieurs enjeux majeurs, parmi lesquels, **l'accès aux droits, la fluidité des parcours, la création de solutions inclusives, les réponses possibles à l'isolement, ou encore l'anticipation des situations de crise.**

L'action commune des associations qui ont pris part à l'expérimentation²⁰ a impulsé une dynamique d'activation et de décloisonnement des ressources locales, portée en cela par :

- **Un professionnel dédié au cœur du dispositif** : l'assistant(e) aux projet et parcours de vie (APPV).

Inscrites dans une logique d'assistance à maîtrise d'ouvrage, les missions de l'APPV reposent sur trois principes d'action :

- Donner les moyens aux familles de choisir, de décider et d'agir (autodétermination) ;
- Proposer un service complémentaire de l'existant et facilement accessible à toutes les étapes du parcours de vie pour éviter les ruptures ;
- Créer des contacts, faciliter le travail en réseau, susciter les coopérations sur le territoire en lien direct avec les demandes et les besoins des familles.

Ces missions induisent une posture novatrice qui conduit à la co-construction de réponses qui soient en articulation avec les différents aspects de la vie familiale.

- **Une dynamique de coopération des acteurs et professionnels de terrain** autour du parcours des familles/aidants concernés par le handicap et en situation de fragilité.

Positionné à leurs côtés, l'APPV apporte une prestation personnalisée d'appui, il facilite la mise en œuvre d'accompagnements existants dans l'environnement proche, grâce aux actions menées auprès des acteurs de droit commun et/ou spécialisés du territoire.

20. Adapei du Var-Méditerranée, Papillons blancs de Bergerac, Tcap 21, Trisomie 21 Alpes Maritimes, Trisomie 21 Nouvelle-Aquitaine.

• **Un positionnement du dispositif dans l'environnement et l'action déployée par les APPV** introduit un changement de paradigme majeur :

- les APPV conduisent à mobiliser les acteurs et les ressources en fonction du projet de vie et du parcours de chacun, et non pas en partant de l'offre de services collective ;
- le dispositif s'appuie sur un décloisonnement entre les secteurs spécialisés et le droit commun.

L'APPV est ancré sur le territoire ; cette situation au milieu de tous et non affilié à une culture unique autorise aux bénéficiaires l'invention de montages singuliers en matière de réponses, adaptés aux besoins et aux choix de la personne handicapée et de sa famille, développant ainsi leur pouvoir d'agir.

• **La mise en œuvre du projet en lien étroit avec la recherche** conduite par une équipe de chercheurs du laboratoire Acté de l'université de Clermont-Auvergne, avec le concours de l'Université de Montréal au Québec.

Les modalités de la recherche ont alterné l'observation « *in situ* » en situation réelle des professionnels en activité, avec différents formats d'analyses croisées (individuel et collectif), à côté d'un cadre collaboratif de travail et de partage de l'expérience terrain qui a favorisé une construction commune riche.

7.2.2. Les phases du projet

Mis en œuvre en **deux phases - une phase d'expérimentation et une phase de modélisation** - le projet porté par Nexem, dont la dimension territoriale est fondamentale, s'est ancré au sein de 8²¹ départements.

De 2016 à 2017 : l'expérimentation, le temps de la mise en place opérationnelle du dispositif avec l'entrée en fonction d'un professionnel dédié, et dénommé « l'Assistant(e) aux projet et parcours de vie » (APPV), pour traduire la réalité opérationnelle sur le terrain.

En 2018 et 2019 : la deuxième phase, consacrée à la modélisation du dispositif et la structuration du « métier », a abouti à la construction d'outils

déterminants dans la reconnaissance de l'APPV : une fiche emploi branche/conventionnelle et le référentiel de compétences afférent, qui positionnent l'APPV comme un **métier de l'intervention sociale et éducative**.

En parallèle, Nexem s'est engagée dans des travaux de collaboration avec des acteurs de la formation professionnelle, des universités et des organismes de formation, aboutissant notamment à la mise en place, à titre expérimental, d'un diplôme universitaire, le « DU APPV », construit en collaboration avec l'IAE de l'Université de Limoges et la Fondation Delta Plus.

Nexem et le Cnam ont noué un partenariat qui a posé le principe d'une réflexion et d'un travail commun sur les enjeux de structuration du secteur social et médico-social portant sur la prise en compte de métiers émergents ou encore, les réponses à apporter en matière de parcours de formation.

Une approche qui s'inscrit dans la droite ligne de la dynamique de transformation de l'offre engagée au sein de Nexem.

7.2.3. Le retour des familles, premières bénéficiaires de l'appui de l'assistant(e) aux projet et parcours de vie (APPV)

Un des axes de travail de la phase de modélisation du projet a été de faire une mesure des effets du travail de l'APPV sur les familles accompagnées.

Une étude construite en collaboration avec Nexem ainsi qu'un groupe de recherche composé d'APPV volontaires est ainsi menée pendant près de 8 mois par le laboratoire ACTÉ. L'étude s'est appuyée sur un questionnaire, structuré en quatre parties en lien avec les missions de l'APPV :

- l'appui de l'APPV dans l'objectif de contribuer à la fluidité du parcours,
- le pouvoir de décision,
- l'utilisation des dispositifs du milieu ordinaire,
- le bien-être des familles.

21. 06- Alpes Maritimes, 08-Ardennes, 24-Dordogne- 33-Gironde, 87 Haute-Vienne, 47- Lot-et-Garonne - 64-Pyrénées-Atlantiques, 83-Var.

Plus d'une centaine de familles ont participé à cette étude, constituée en 2 groupes, un groupe contrôle (familles suivies) et groupe test (familles non suivies).

Quelques enseignements de l'enquête, et témoignages de familles

Un soutien de l'APPV déterminant pour les familles et un impact positif sur l'autonomie, le bien-être

« L'APPV et le dispositif ont fait beaucoup plus que d'améliorer mon bien-être. Ils m'ont permis de retrouver l'espoir. L'espoir d'une vie sociale pour ma protégée, l'espoir de la voir évoluer, grandir, faire des choix et s'engager dans ses choix. (...); cela, en lui présentant le domaine des possibles et en lui faisant confiance ; (...) a réussi à lui donner envie de progresser et devenir adulte ».

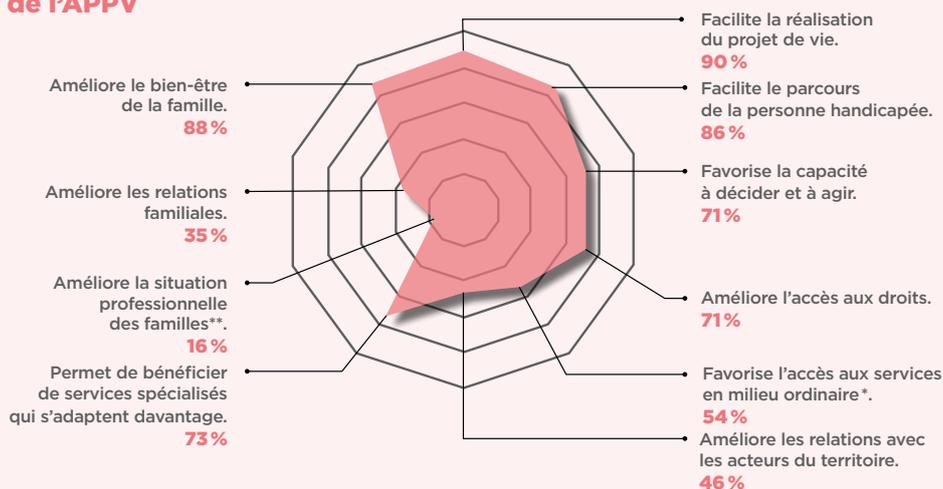
Une utilisation combinée des services du milieu ordinaire et du milieu spécialisé

« ... Notre fils a pu élaborer un vrai projet de vie avec [l'APPV] et les accompagnateurs spécialisés : installation en colocation dans un appartement, repérage de clubs, associations de loisirs [...] Ce qui lui a permis de reprendre des marques en milieu ordinaire et de réaliser qu'il pouvait être reconnu comme une personne... »

Photographie de l'évaluation du soutien de l'APPV par les familles suivies

Extrait de l'infographie issue de l'enquête « familles ». Décembre 2019

L'appui de l'APPV



* Notons que toutes les familles ne recherchent pas des accompagnements en milieu ordinaire : 27 % souhaitent faire appel au milieu spécialisé. 24 % souhaitent combiner services spécialisés et services en milieu ordinaire.

** L'évolution de la situation professionnelle des familles est une conséquence de la mise en œuvre du projet de vie de l'enfant. Les familles l'envisagent éventuellement, en fonction des solutions trouvées.

7.2.4. Les perspectives du dispositif et du métier

Le dispositif APV s'inscrit pleinement **dans l'évolution des politiques sociales et médico-sociales pour une offre plus inclusive en faveur des personnes handicapées et leurs familles/aidants.**

Pour permettre le développement raisonné et maîtrisé de cette innovation sociale à l'échelle nationale, Nexem s'est engagée dans **une démarche constructive articulée autour de trois axes forts.**

Une étude évaluative globale

(qualitative, continue et prospective)

À cet effet, avec l'appui de la CNSA, du groupe Klésia et de la Fondation OCIRP, cette étude évaluative aura pour objectif de consolider les résultats déjà observés et d'établir plus précisément les caractéristiques et les composantes du dispositif qui sont des éléments contribuant à sa pérennisation et à sa généralisation.

Un appui des acteurs sur les territoires

Nexem entend appuyer, chaque fois que cela sera nécessaire, les structures du réseau adhérents et les acteurs institutionnels dans les territoires à la mise en place et au déploiement du dispositif APV.

Cette dynamique est déjà à l'œuvre avec les travaux initiés dans le cadre des territoires 100 % inclusifs. En effet, s'appuyant sur Nexem et le dispositif APV en nouvelle Aquitaine, l'Agence régionale en santé entend le déployer dans 6 autres territoires de la région.

Par ailleurs, avec la crise sanitaire et l'accélération de la mise en place des communautés 360 souhaitée par le Secrétariat d'État aux personnes handicapées, Nexem favorisera la diffusion des fondamentaux et principes d'action du dispositif APV distingué comme un levier d'accès aux droits et à l'autodétermination des personnes en situation de fragilité.

Un cadre et des moyens nouveaux

Au sein de Nexem, les travaux réalisés autour du dispositif APV et du métier d'APPV ainsi que les partenariats noués impulsent une réflexion plus globale, qui a induit une évolution et une structuration des modalités de fonctionnement internes à Nexem, cela au service de son réseau d'adhérents.

En 2020, Nexem a ainsi mis en place un comité de coordination de la transformation de l'offre et lance un « groupe pionnier » dédié au pré-déploiement national du dispositif APV et du métier d'APPV. Ce comité de coordination de la transformation de l'offre répondra également à une ambition de Nexem, celle de poser le cadre de réflexions et de chantiers sur la « transférabilité » du dispositif APV et de ses fondamentaux à d'autres publics en situation de fragilité, des champs couverts par Nexem. Si la pertinence d'une transférabilité était établie, les modalités et la portée resteront à identifier au regard des spécificités de ces publics.

Ainsi dans un secteur social et médico-social en mutation, Nexem, avec le dispositif APV aujourd'hui et d'autres projets demain, souhaitait outiller les associations, les professionnels, et les acteurs des territoires pour répondre aux nouvelles attentes des personnes fragiles. Ce sont donc des chantiers d'envergure qui se profilent et dans lesquels Nexem s'investira activement.

CHAPITRE 8

ZOOM SUR LE SECTEUR
PRÉVENTION ET PROTECTION
DE L'ENFANCE :
LA CONTRACTUALISATION
PRÉFET / ARS / DÉPARTEMENT,
QUELS IMPACTS ?

La Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 (SNPPE)

a été présentée en octobre 2019 par Adrien Taquet, à l'époque Secrétaire d'État auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargé de la protection de l'enfance. Ce dernier a été renouvelé depuis le 26 juillet 2020, avec un portefeuille élargi à l'enfance et aux familles. Cette stratégie s'articule autour de quatre axes, assortis d'un engagement transverse :

- agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles,
- sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures,
- donner aux enfants les moyens d'agir et garantir leurs droits,
- préparer leur avenir et sécuriser leur vie d'adulte,
- renforcer la gouvernance et la formation (engagement transverse).

Cette stratégie a pour principal outil de mise en œuvre la contractualisation État-Département, démarche inaugurée dans le champ social avec la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. En l'espèce, pour la SNPPE, il s'agit d'une **contractualisation tripartite** impliquant pour 2020 un **co-financement de l'État et de la Sécurité sociale à hauteur de 80 M d'euros**²². Les signataires de la convention seront :

- les conseils départementaux, chefs de file de la protection de politique publique décentralisée de protection de l'enfance ;
- les préfets, de par leurs missions en matière d'inclusion sociale et de protection des personnes (50 M d'euros, issus du budget de l'État sur son programme 304) ;
- les directeurs généraux des ARS, du fait de leurs compétences en prévention en santé et en régulation de l'offre sanitaire et médico-sociale (30 M d'euros issus de l'Ondam médico-social et du fond d'intervention régional - FIR).

Ces contrats pluri-sectoriels, qualifiés de « **contrats départementaux de prévention et de protection de l'enfance** » (CDPPE), permettent ainsi d'assurer un **décloisonnement de la protection de l'enfance**, garantissant son articulation avec d'autres politiques publiques : celle de la **santé et du médico-social**, et celle de **l'inclusion sociale**. Cette transversalité est d'autant plus affirmée qu'une complémentarité entre la contractualisation au titre de la protection de l'enfance et celle précitée au titre de la lutte contre la pauvreté, dont une des mesures phares vise à mettre fin aux sorties de l'aide sociale à l'enfance sans solution, sera recherchée dans les territoires.

Une circulaire, datée du 20 février et diffusée fin mai, pose le cadre national et les orientations pour piloter et assurer le suivi de cette démarche de contractualisation tripartite²³.

Le processus de contractualisation en prévention et protection de l'enfance, retardé de quelques mois par la crise sanitaire²⁴, s'amorce cette année avec 30 premiers départements contractants (cf. liste ci-après). Le calendrier vise comme date butoir de signature des contrats avec les conseils départementaux le **15 octobre 2020**, avec demande d'une finalisation des contrats début septembre²⁵. L'objectif reste d'étendre la démarche à de nouveaux départements dès 2021, et de l'élargir ensuite, potentiellement à l'ensemble des territoires, en 2022.

Le secteur privé non lucratif représentant plus de 75 % de la capacité d'accueil et d'accompagnement en protection de l'enfance²⁶, ce mouvement de contractualisation entre autorités publiques est logiquement amené à impacter les associations du secteur social, mais aussi du champ médico-social.

22. Les chiffres présentés concernent uniquement l'année 2020.

23. Circulaire n° DGCS/SD2B/DGS/SP1/2020/34 du 20 février relative à la contractualisation préfet/ARS/département pour la prévention et la protection de l'enfance.

24. La date limite de signature des contrats était initialement fixée au 1^{er} juillet, et est maintenant fixée au 15 octobre. De même, la prochaine sélection de départements signataires était initialement prévue la fin du premier semestre 2020 pour une mise œuvre opérationnelle dès janvier 2021.

25. Pour laisser ensuite le temps au passage en assemblée départementale d'être effectué en amont de la signature.

26. Chiffre issu de FINESS.

Les 30 premiers départements contractants retenus²⁷, classés par région :

Auvergne-Rhône-Alpes :

Allier, Puy-de-Dôme

Bourgogne-Franche-Comté :

Saône-et-Loire

Bretagne :

Ille-et-Vilaine

Centre-Val de Loire :

Cher, Loir-et-Cher

Corse

Grand-Est :

Ardennes, Haut-Rhin, Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle

Guyane

Hauts-de-France :

Aisne, Nord, Pas-de-Calais, Somme

Île-de-France :

Seine-et-Marne, Val-d'Oise

La Réunion

Normandie :

Eure

Nouvelle-Aquitaine :

Creuse, Deux Sèvres, Dordogne, Pyrénées-Atlantiques

Occitanie :

Gard, Tarn-et-Garonne

Pays-de-la-Loire :

Loire-Atlantique, Mayenne

Provence-Alpes-Côte d'Azur :

Alpes-de-Haute-Provence

8.1. DES OBJECTIFS CONTRACTUALISÉS ENTRE L'ÉTAT ET LES DÉPARTEMENTS VISANT UNE ÉVOLUTION DE L'OFFRE EN PRÉVENTION ET PROTECTION DE L'ENFANCE... ET DANS LE CHAMP DU HANDICAP

Une conséquence majeure du développement des CDPPE est une évolution accélérée de l'offre dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec les associations gestionnaires. En effet, les CDPPE ont pour objet de décliner localement les objectifs contenus dans la SNPPE²⁸, soit :

- **11 « objectifs fondamentaux »**, qui doivent être obligatoirement contenus dans les contrats Préfets / ARS / Départements. Ils balayent les différents axes de la Stratégie, hormis l'engagement n° 4 sur la sortie du dispositif de protection de l'enfance²⁹ ;
- **Jusqu'à 15 objectifs facultatifs**, déjà prédéfinis dans chaque axe de la Stratégie. Ils sont choisis à la suite du diagnostic territorial conjoint entre préfets, ARS et conseils départementaux.

Les objectifs, exposés dans les CDPPE et formalisant les engagements réciproques des signataires pour la période 2020-2022, seront assortis d'indicateurs de résultat et de cibles chiffrées annuelles. Des indicateurs harmonisés au niveau national sont déjà définis concernant les objectifs fondamentaux³⁰. Les objectifs doivent également être déclinés en fiche actions détaillées et annexées aux contrats. Chaque fiche action précise notamment les acteurs à mobiliser, les moyens financiers dédiés ainsi que le calendrier prévisionnel³¹.

27. Annoncés en février 2020.

28. Cf l'annexe 2 de la circulaire.

29. Pour rappel, la sortie du dispositif de protection de l'enfance fait l'objet d'un axe devant être décliné dans les contrats État-Départements relatifs au déploiement de la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté.

30. Cf. modèle de tableau de bord en annexe 5.2 de la circulaire.

31. Cf. modèle en annexe 5.3 de la circulaire.

La mise en œuvre concrète sur le territoire départemental des objectifs contenus dans les CDPPE passe nécessairement, au moins partiellement, par le dialogue de gestion avec les associations opératrices en protection de l'enfance ; et ce dialogue devrait logiquement s'opérer dans le cadre d'un CPOM entre les départements et les établissements et associations de protection de l'enfance.

8.1.1. Des dispositions contractuelles intéressant directement l'offre des gestionnaires

Nous avons sélectionné pour vous les objectifs des contrats Préfets / ARS / Départements qui nous paraissent concerner le plus directement les associations, car ils sont relatifs à la transformation de l'offre sociale et médico-sociale, et au contrôle de cette offre.

- Les objectifs visant à **diversifier et renforcer l'offre de prévention, d'accompagnement et d'accueil** (objectifs facultatifs) :
 - créer des nouveaux relais parentaux, développer les centres parentaux ;
 - créer ou développer l'accueil en fratries, notamment de type « villages d'enfants » ;
 - diversifier l'offre à domicile³², systématiser les mesures d'accompagnement au retour à domicile à l'issue d'une mesure de placement, renforcer les interventions de travailleurs en intervention sociale et familiale (TISF) en période périnatale et de toute petite enfance ;
 - favoriser l'accès aux droits et l'accompagnement vers l'autonomie des anciens mineurs non accompagnés (MNA) ;
 - structurer et développer le soutien aux tiers de confiance et aux tiers bénévoles ;
 - développer et accompagner l'implication d'adultes non professionnels auprès de l'enfant, en complémentarité des professionnels, sous la forme du parrainage ou d'autres formes de bénévolat (ex : soutien scolaire).
- Les objectifs visant à **diversifier et renforcer l'offre permettant d'intensifier l'articulation entre le secteur de la protection de l'enfance et celui du handicap** :
 - garantir l'accompagnement de tous les enfants protégés en situation de handicap, en développant l'offre d'accueil et d'accompagnement par les ESSMS avec des dispositifs souples ASE/handicap³³ (objectif fondamental) ;
 - développer le soutien à la parentalité : soutenir les parents en situation de handicap, soutenir les parents d'enfants en situation de handicap (ex : offre de relais ou de répit) (objectifs facultatifs) ;
 - mettre en place des dispositifs d'accompagnement global et passerelles pour les jeunes majeurs sortant de l'ASE en situation de handicap (ex : ESSMS, habitat inclusif) (objectif facultatif).
- **Renforcer le contrôle des établissements et services** :
 - systématiser un volet « maîtrise des risques » dans les schémas départementaux de protection de l'enfance, incluant une cartographie des risques et un plan de contrôle des établissements et services (objectif fondamental) ;
 - mieux articuler les contrôles État/Département, en facilitant la mise en place de contrôles conjoints État/Département (objectif facultatif).
- Enfin, concernant l'axe de la Stratégie relatif au parcours des enfants protégés : la mise en œuvre de l'objectif fondamental visant à **renforcer les moyens, les ressources et la pluridisciplinarité des cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP)** peut reposer sur « la mobilisation en tant que de besoin de professionnels issus d'(...) associations, voire le recours à des (...) services spécialisés »³⁴.

32. Dans la continuité du rapport issu de la démarche de consensus relative aux interventions de protection de l'enfance à domicile (IGAS, décembre 2019).

33. Exemples : équipes mobiles, SESSAD, PCPE, accueil familial thérapeutique ou spécialisé, places d'IME en externat au sein d'un ESSMS de protection de l'enfance, places d'accueil ASE au sein d'un IME. Voir aussi l'annexe 7 de l'instruction n° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESSMS/2020/87 du 5 juin 2020 relative à la campagne budgétaire des ESSMS accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

34. Cf. circulaire, Annexe 6, p. 7.

8.1.2. Nos conseils et points de vigilance dans la perspective du déploiement de CPOM

Quelle marge de manœuvre ont les organismes gestionnaires d'ESSMS dans le cadre de cette contractualisation Préfet / ARS / Département ? Afin de peser sur l'élaboration et la mise en œuvre de ces contrats, nous vous proposons les conseils et points de vigilance suivants.

En amont de la démarche de contractualisation Préfet / ARS / Département

Pour les associations implantées sur des départements où sera mis en œuvre un CDPPE à partir de 2020, la participation à la réunion de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) peut constituer un levier d'action. En effet lors d'une réunion une présentation du projet de contrat sera effectué. Son contenu pourrait être ajusté à l'issue de la réunion, et a minima l'association récoltera des informations lui permettant d'anticiper et de préparer les prochains dialogues de gestion et CPOM à venir.

Pour les associations implantées sur des départements où un CDPPE sera conclu ultérieurement, il est recommandé de participer **aux réunions de l'ODPE et/ou à toute réunion de concertation** sur l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du schéma départemental de protection de l'enfance. L'organisation d'une **rencontre spécifique avec les services de l'ASE et de l'ARS** pour présenter le(s) projet(s) de l'association en matière d'évolution de son offre de services s'inscrivant dans le cadre des objectifs de la SNPPE, permettra de nourrir le diagnostic territorial première étape du processus de contractualisation. Les associations sont invitées à user de leur fonction de plaidoyer pour partager leur diagnostic des besoins et attentes des personnes accompagnées, proposer une diversification des réponses, et ainsi influencer les orientations des futurs contrats Préfet / ARS / Département.

En cours de vie des contrats Préfet / ARS / Département

La **participation aux réunions de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE)** dédiées à la consultation des acteurs de protection de l'enfance sur l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat Préfet / ARS / Département³⁵ est essentielle pour permettre aux associations de connaître les résultats obtenus, les actions effectuées et celles restant à mener. Cette consultation permettra aux associations de partager d'autres informations et indicateurs quantitatifs et qualitatifs susceptibles de nourrir l'évaluation conjointe de l'atteinte des objectifs et des réponses aux besoins des personnes, et si besoin d'ajuster leurs pratiques et projets au diagnostic territorial qui s'en dégagera.

En outre, deux **points de vigilance** sont à souligner pour les associations **concernant la conclusion de CPOM visant à décliner des objectifs du CDPPE.**

Il est à craindre un **risque**, à l'instar de la tendance à l'œuvre dans le secteur médico-social, **d'industrialisation du processus de négociation de CPOM par certains conseils départementaux.**

Le risque est grand pour les associations de se voir fixer des objectifs standards dans le cadre d'un calendrier de négociation et de déploiement du CPOM très serré, au vu de la courte durée de déploiement des CDPPE (2 ans). Le projet associatif n'aurait alors que peu de poids face à la planification territoriale issue du CDPPE. Cette dérive, si elle se produisait, serait d'autant plus à regretter que les annexes de la circulaire précitée s'appuient largement sur le kit d'outils de négociation des CPOM établi par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui promeut une durée de contractualisation suffisante entre environ 6 et 10 mois.

35. Cf. infra, partie 8.2.1.

Nexem rappelle l'importance de ne pas éluder la phase de **partage des diagnostics** et de préparation du CPOM afin que l'association puisse rester force de proposition, et recommande de s'accorder avec l'autorité de tarification sur un **calendrier réaliste et acceptable des étapes de la contractualisation d'un CPOM**. Elle rappelle également l'utilité pour l'association de s'organiser en mode projet pour négocier et suivre le CPOM.

D'autre part, contrairement aux CPOM concernant les établissements et services médico-sociaux à compétence tarifaire

de l'ARS ou à compétence tarifaire conjointe ARS-conseil départemental, ceux conclus avec le conseil départemental uniquement relèvent de la catégorie dite des CPOM « **facultatifs** » ou « **volontaires** »³⁶. Il est important que les associations notent que s'agissant de ces derniers, la règle n'est pas celle des EPRD et ERRD. A noter que l'obligation pour le conseil départemental de rendre compte annuellement de la réalisation d'objectifs annexés au CDPPE³⁷, va nécessairement se répercuter sur l'association contractante d'un CPOM, sous la forme d'une évaluation de l'atteinte des objectifs.

8.2. UNE GOUVERNANCE PARTENARIALE ET TRANSVERSALE RENFORCÉE AU SERVICE DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE LA CONTINUITÉ DES PARCOURS

La circulaire précitée fixe le cadre du pilotage pluri-institutionnel et pluri-sectoriel des CDPPE ; mais également, le développement de ces derniers doit contribuer à l'essor d'une gouvernance partenariale locale au bénéfice des accompagnements et des parcours. Les associations ne peuvent que se réjouir d'une plus grande coopération et transversalité entre les acteurs de cette politique publique, même si cela ne va pas sans une multiplication des instances de gouvernance sur les territoires, à périmètres différents.

8.2.1. Un pilotage pluri-institutionnel des CDPPE pour une gouvernance partenariale de la prévention et de la protection de l'enfance

Le renforcement de la gouvernance locale de la protection de l'enfance s'effectue à différentes échelles, qu'il s'agisse du pilotage des CDPPE, ou d'une plus grande coordination entre la diversité des acteurs locaux.

Le pilotage pluri-institutionnel des contrats départementaux de prévention et de protection de l'enfance

Le suivi des CDPPE sera assuré dans le cadre d'une **instance tripartite** réunissant préfet, ARS et conseil départemental, et associant

les **commissaires à la lutte contre la pauvreté** pour une bonne articulation des deux démarches de contractualisation (pauvreté et protection de l'enfance).

Une évaluation a minima annuelle de la mise en œuvre des CDPPE devra être effectuée, sur la base d'un **rapport annuel d'exécution du contrat** préparé par le Conseil départemental et partagé ensuite avec le préfet et l'ARS. Ce rapport devra faire l'objet d'une délibération départementale au plus tard le **30 juin de l'année suivant l'exercice concerné**, et sera **rendu public** par une mise en ligne sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé. L'élaboration de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre des contrats, ainsi que le respect de ses engagements par le conseil départemental, conditionne l'allocation de l'entièreté des moyens financiers prévus pour les exercices suivants.

Il est à noter que la circulaire sollicite une **implication de l'ODPE** à plusieurs moments-clés de la vie des CDPPE :

- **Les projets de contrats doivent être présentés à l'ODPE « pour information »** en amont de leur vote par l'assemblée départementale. Le rétroplanning présenté a pour conséquence un passage prévisionnel en ODPE entre fin août et fin septembre ;

36. Cf. les articles L 313-11 et L 313-11-1 du CASF.

37. Cf. supra (introduction de la partie 8.1. de cet article), et infra (partie 8.2.1. de cet article).

- **Le projet de rapport annuel d'exécution du contrat doit être présenté à l'ODPE « pour avis »**, en amont de la délibération départementale l'approuvant, et donc avant le 30 juin de chaque année.

À l'échelon national, le **comité de suivi de la Stratégie**, présidé par Adrien Taquet, réunit semestriellement l'ensemble des partenaires mobilisés parmi lesquels des représentants des associations, **dont Nexem fait partie**. Un « suivi national renforcé » doit être opéré concernant la réalisation des objectifs qualifiés de fondamentaux.

Le renforcement de la gouvernance partenariale à l'échelle locale

Au-delà du pilotage plurisectoriel des CDPPE, **la circulaire appelle de ses vœux une « gouvernance partenariale » de la politique de prévention et de protection de l'enfance**, dans le respect du rôle de chef de file détenu par le conseil départemental.

Ainsi, en complément de l'instance tripartite préfet / ARS / Département précitée, la circulaire exige « un **renforcement de l'action des services de l'État et de l'ARS** pour garantir l'accès des enfants protégés aux dispositifs de droit commun susceptibles de répondre à leurs besoins » et une « **implication effective** » de ces acteurs dans l'ODPE.

Les ODPE, institués par la loi du 5 mars 2007 et confortés par la loi du 14 mars 2016, constituent l'instance stratégique de pilotage au niveau territorial, dont la composition pluri-institutionnelle minimale est depuis 2016 fixée par décret³⁸. Cependant, encore en 2020, tous les départements ne disposent pas d'un observatoire en état de fonctionnement³⁹. Pour y remédier, les CDPPE devront obligatoirement contenir l'objectif de « **renforcer**

les ODPE » afin que leur composition soit conforme au socle réglementaire, que ses missions soient effectivement exercées et qu'ils puissent recueillir les données relatives à l'enfance en danger. Les CDPPE devront également nécessairement prévoir de « **systematiser la participation des enfants et des jeunes aux ODPE** », selon des modalités à définir localement⁴⁰ ; **les associations gestionnaires d'établissements et de services pourront d'ailleurs constituer des points d'appui** pour permettre et accompagner cette participation effective, via leurs conseils de la vie sociale (CVS) ou autres instances de participation.

Il faut aussi rappeler l'objectif de la SNPPE de **généraliser d'ici 2022 une instance quadripartite restreinte** réunissant conseil départemental, magistrat coordonnateur du tribunal pour enfants, magistrat du parquet chargé des mineurs et direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse (DTPJJ)⁴¹.

Enfin, au-delà de l'instauration ou du renforcement des instances de gouvernance en protection de l'enfance, la SNPPE ambitionne une **meilleure coordination avec les différentes institutions du secteur sanitaire et médico-social**.

La circulaire recommande, pour la mise en œuvre de certains objectifs de la Stratégie, de s'appuyer « sur l'expertise des MDPH ou maisons de l'autonomie (MDA) ». Elle pousse également à « instituer des temps de travail réguliers et des circuits réactifs entre l'ASE et la MDPH, en articulation avec la démarche Réponse accompagnée pour tous », pouvant inclure une participation de l'ARS⁴². La SNPPE exige aussi **l'intensification du rôle de la PMI**, acteur sujet de la totalité des objectifs fondamentaux de l'axe de la SNPPE relatif à la prévention précoce.

38. Cf. les articles L 226-3-1 et D 226-3-2 du CASF sur la composition et missions de l'ODPE.

39. Cf. le 14^e rapport de l'ONPE au Gouvernement et au Parlement, année 2019, p. 43 et suivantes.

40. Cf. circulaire, Annexe 6, p. 14 et 16.

41. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 (dossier de presse), octobre 2019, p. 37.

42. La participation de l'ARS requise pour l'adaptation de l'offre sociale et médico-sociale ou l'examen de situations complexes. Cf. circulaire, Annexe 6, p. 6 et 10.

8.2.2. Des impacts bénéfiques attendus pour les associations gestionnaires d'établissements et de services, une vigilance néanmoins nécessaire

Qu'en ressort-il pour les associations gestionnaires d'établissements et de services ? À notre sens, ces évolutions devraient permettre une fluidification des relations entre les autorités et instances concernées, ainsi qu'un renforcement de leur implication en protection de l'enfance. Elles sont donc hautement bénéfiques, sous réserve de leur mise en œuvre effective :

- Elles augurent d'une **coopération accrue** entre acteurs et institutions concernés par la protection de l'enfance, bénéfique pour fluidifier l'accompagnement au quotidien ainsi que le parcours des enfants et des jeunes, et favoriser leur accès au droit commun. Elles peuvent également faciliter la mise en œuvre par les associations de projets transverses et intersectoriels.
- Elles permettent également d'espérer une **plus grande place concédée aux associations dans cette gouvernance partenariale**. En effet, un meilleur fonctionnement des ODPE doit favoriser un repérage des associations gestionnaires d'établissements et de services parmi ses acteurs-clés, ce que rappelle la circulaire en prescrivant « d'associer à cette gouvernance [au sein des ODPE] l'ensemble des (...) partenaires associatifs concernés, ainsi que les représentants des personnes accompagnées »⁴³.
- Enfin, elles doivent favoriser le **renforcement de la formation des professionnels**. Cette orientation forte de la SNPPE peut faire l'objet d'un objectif facultatif au sein des CDPPE pour contribuer au financement d'actions de formation innovantes. Le renforcement des ODPE doit aussi leur permettre d'exercer pleinement leur mission, encore majoritairement non investie, de réalisation d'un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département, et d'élaboration d'un programme pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels concourant dans le département à la protection de l'enfance⁴⁴.

Le renforcement de la gouvernance partenariale locale de la protection de l'enfance est d'autant plus bienvenu, qu'un certain nombre d'associations gestionnaires nous ont exprimé leur sentiment d'isolement, et d'absence ou de manque de soutien de la part des services de l'État (préfecture, ARS, Éducation nationale), durant le confinement lié à la crise sanitaire.

Nous identifions néanmoins un risque de dilution du pilotage local voire de dissonance dans celui-ci, face à la multiplication des instances de gouvernance. Ces dernières impliquent des acteurs (notamment étatiques) différents et devront elles-mêmes se coordonner pour harmoniser les messages portés. Pour illustration, n'aurait-il pas été intéressant d'associer la DTPJJ, membre d'une autre instance de gouvernance, à l'instance tripartite Préfet / ARS / Département précitée ? D'une part, étant donné qu'un certain nombre de jeunes sont concomitamment ou successivement accompagnés par l'ASE et par la PJJ (dans le cadre de la mise en œuvre de mesures d'investigation judiciaire ou de mesures pénales), et, d'autre part étant donné que la DPJJ est à la fois opératrice, autorité de tarification et de contrôle, et coordinatrice en matière de justice des mineurs⁴⁵... La question se pose.

À noter que la **Cour des comptes**, consciente du risque de coordination insuffisante entre instances de pilotage de protection de l'enfance, **émet une proposition visant à faciliter la coordination étatique à l'échelle locale**, et à unifier la voix de l'État⁴⁶. Elle recommande, **au sein des préfectures de département, la désignation d'un « référent protection de l'enfance »** qui ait pour rôle d'assurer la mobilisation interministérielle locale en coordonnant les différents services déconcentrés de l'État concernés (préfecture, PJJ, santé, Éducation nationale), et en s'appuyant pour ce faire sur des référents protection de l'enfance également nommés dans ces services. Cette proposition est une base de réflexion sur l'articulation du rôle de l'État en interministérialité au plan territorial.

43. Cf. circulaire, p. 5.

44. Cf. article L 226-3-1, 5° du CASF.

45. Cf. article 7 du Décret n° 2008-689 modifié du 9 juillet 2008 relatif à l'organisation du ministère de la justice.

46. Cour des comptes, La gouvernance nationale de la protection de l'enfance, 22 avril 2020 (rendu public en juillet 2020).

8.3. EN CONCLUSION

Le déploiement de la contractualisation Préfet / ARS / Département présente de nombreuses opportunités pour les associations gestionnaires. Ces dernières devront toutefois s'affirmer encore davantage comme actrices de la gouvernance locale, se saisir des concertations obligatoires et provoquer des rencontres avec les acteurs de cette contractualisation, tout en gardant à l'esprit divers points de vigilance notamment à l'occasion du développement des CPOM.

Si la mise en œuvre de la majorité des actions annoncées dans le cadre de la SNPPE repose sur le déploiement des CDPPE, ces derniers n'en sont pas les seuls vecteurs. D'autres chantiers nationaux s'y ajoutent, comme par exemple la réforme du statut et des conditions d'exercice des assistants familiaux. Parmi les travaux à venir récemment rappelés par Adrien Taquet, qui seront également à suivre de près par les associations et auxquels Nexem prêtera une attention particulière :

- l'amplification de la lutte contre les violences faites aux enfants, qui devrait donner lieu à des États généraux en octobre ;
- **le renforcement de la politique publique de prévention et de soutien à la parentalité,** à l'appui du rapport de la commission d'experts des « 1 000 premiers jours » présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik, remis début septembre ;
- **la refonte de la gouvernance nationale,** à la suite des récentes recommandations de la Cour des comptes susvisées et de la remise en septembre des conclusions d'une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la création d'un organisme national dans le champ de la protection de l'enfance.

CHAPITRE 9

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 des dépenses 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 ESSMS.

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.

9.1. LES MÉCANISMES DE LA POLITIQUE SALARIALE 2020

Retour sur la conférence salariale

Lors de la conférence salariale du 27 février dernier, 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 +1,25 % **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 et, en particulier, de l'OGD (objectif global des dépenses) et de l'Ondam ;
- de la masse salariale que représente chaque CCN ;
- de l'effet report estimé pour cette année à **0,099 % pour la CCN 66** (qui correspond au coût et à l'impact financier des mesures de politique salariale de l'année précédente) et à **0,02 % pour les accords CHRS**.

Nota. 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).

Ainsi, en tenant également compte de l'avenant interbranche relatif à la complémentaire santé signé en 2019, l'enveloppe salariale restant à disposition est de 0,49 % pour la CCN66 (contre 0,28 en 2019) et 0,57 % (contre 0,35 l'année dernière) pour les accords CHRS. Cela représente **58,4 Ms € pour la CCN 66 et 2,2 Ms € pour les accords CHRS**.

Nota. 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.

9.4.1. Négociations des partenaires sociaux

Sur la base de différentes propositions d'évolution via la commission sociale et la commission RH et validé par le conseil d'administration de Nexem, **la négociation des partenaires sociaux s'effectue ainsi dans un cadre régulé**, administré, par les enveloppes fixées par les pouvoirs publics, afin ne pas dépasser le plafond de ressources accordé par la DGCS.

En 2020, l'indemnité de sujétion spéciale, pour la CCN 66, a été portée à 9,21 % à compter du 1^{er} février 2020 (avenant en cours d'agrément). Un avenant prévoyant une mesure similaire pour les CHRS est en cours de signature.

Par ailleurs, en 2020 des négociations se déroulent sur les régimes de prévoyance de la CCN 66 et des accords CHRS notamment pour redéfinir le cadre des mutualisations pour 2021 (fin de période quinquennale 2016-2020) :

- Pour la CCN 66, il a été convenu de reconduire les conditions actuelles issues de la négociation de l'avenant 347 en 2018. Ainsi il n'est pas prévu pour l'année 2021 d'augmentation du taux de cotisation. Néanmoins, au regard des comptes du régime pour 2020 et de leur situation comptable, une négociation pourrait être engagée dès 2021 pour rétablir l'équilibre du régime si cela s'avérait nécessaire en cas de réforme de l'assurance vieillesse (retraites) ou d'aggravation de la sinistralité (arrêt de travail et invalidité notamment).
- Pour les accords CHRS, la situation comptable du régime est favorable au maintien des conditions actuelles dans le cadre d'une nouvelle mutualisation. Ainsi les taux de cotisation des accords CHRS n'évoluent pas en 2021. Une renégociation, en lien avec une réforme de l'assurance vieillesse le cas échéant, n'est cependant pas à exclure en 2021.

En ce qui concerne la complémentaire santé interbranche, les taux de cotisation sont exprimés en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). L'augmentation de cotisation automatique serait donc de 0,5 % pour 2021 selon nos prévisions (cf.infra). Pour l'heure, l'évolution du taux d'appel pratiqué sur la cotisation des salariés relevant des accords CHRS n'est pas à l'ordre du jour, les comptes annuels étant connus au mois de juin 2021. Ainsi pour les entreprises des accords CHRS, l'augmentation de la cotisation sera issue de l'augmentation du PMSS pour 2021 comme pour la CCN 66.

Pour la complémentaire santé de la CCN 51, une modification des tarifs n'est pas à l'ordre du jour ainsi les taux de cotisations seraient reconduits en 2021. Seule l'augmentation du PMSS aura un impact.

En outre, au second semestre 2020 des négociations se sont ouvertes sur le projet conventionnel et notamment sur les classifications/rémunérations, qui se poursuivront en 2021.

Par ailleurs, au niveau du secteur des activités sanitaires, sociales et médico-sociales privées à but non-lucratif, un nouvel accord relatif à la formation professionnelle devrait entrer en vigueur.

Même si la répartition des financements est nécessairement modifiée du fait de la mise en œuvre de la loi avenir professionnelle, la cotisation globale de 2 % ne sera pas amenée à évoluer.

Parallèlement à la négociation relative à la formation professionnelle, les travaux paritaires ont permis d'aboutir à un accord sur la mise en place d'une commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation et d'un fonds du paritarisme. Ce fonds du paritarisme intègre une contribution mutualisée à hauteur de 0,0035 % de la masse salariale brute, qui entrera en vigueur au moment de l'extension de l'accord. Il est à noter que le montant de cette contribution ne représente pas une cotisation globale supplémentaire car elle vient en déduction de la contribution formation.



9.2. INDICATEURS NATIONAUX

	Données 2020	Prévisions 2021
Inflation France (hors tabac) (juin 2019 - juin 2020)		
Source : Banque de France	0,4 %	0,5 %
Inflation France		
Proposition retenue	0,4 %	0,5 %
Valeur du point	3,80 €	3,82 €
SMIC horaire (brut)	10,15 €	10,20 €
Minimum garanti	3,65 €	3,67 €
Plafonds de Sécurité sociale	Annuel = 41 136 €	Annuel = 41 342 €
	Mensuel = 3 428 €	Mensuel = 3 445 €

Nota : la prévision de l'inflation 2021 proposée tient compte de la variation du taux d'inflation présenté par la Banque de France en juin 2020.

Barème de la taxe sur les salaires versés en 2020 pour le calcul de la taxe payable en 2021

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 8 005 € et 15 981 € inclus	4,25 % supplémentaires, soit un taux global de 8,50 %
Au-delà de 15 982 €	9,35 % supplémentaires, soit un taux global de 13,60 %

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.

9.3. 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)	0,5 %		0,5 %
GVT		0,65 %	
Valeur du point		0,5 %	
Évolution globale théorique = 0,5 %			

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)	0,5 %		0,5 %
GVT		0,65 %	
Valeur du point		0,5 %	
Évolution globale théorique = 0,5 %			

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)	0,5 %		0,5 %
GVT		0,65 %	
Valeur du point		0,5 %	
Évolution globale théorique = 0,5 %			

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)	0,5 %		0,5 %
GVT		0,65 %	
Valeur du point		0,5 %	
Évolution globale théorique = 0,5 %			

Glossaire

- **INS** : identifiant national de santé
- **MSS** : messagerie sécurisée en santé
- **ATC** : autorité de tarification et de contrôle
- **GRADES** : groupement régional d'appui au développement de la e-santé
- **FMESPP** : fonds pour la modernisation des établissements de santé
- **SI** : système d'information
- **DSI** : direction des systèmes d'information

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



**Contactez les conseillers
du pôle Offre sociale et médico-sociale
au 0806 079 032
ou à l'adresse mail suivante :
teleconseil-osms@nexem.fr**



Remerciements

Nous remercions chaleureusement nos partenaires : la Caisse d'Épargne - Groupe BPCE et Ressourcial pour leur participation à ce numéro.

Réalisation :

Rédaction : Pôle Offre sociale et médico-sociale

Coordination éditoriale : Pôle Communication et Relations institutionnelles

Mise en page : Camiton



VOUS ÊTRE **UTILE**

Être utile aux projets utiles.

1^{er} financeur de l'Économie
Sociale et Solidaire*.

nexem
employeurs, différemment