

AUTONOMIE

Revue de gestion des ESSMS

AVRIL MAI JUIN 2025 N°3

ÉDITORIAL

To be or not to be an EHPAD, that is the question !

Un décret n° 2025-116 du 7 février 2025 est paru, relatif aux seuils applicables aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et aux résidences autonomie. Ce texte ajuste les dispositions antérieures du D.315 CASF : « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L. 313-12 accueillent une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 supérieure à 20 % de la capacité autorisée. » Cette rédaction fait suite à une initiative parlementaire au Sénat pour la Loi dite « Bien vieillir » (amendement COM-224), sur l'article L.313-12 CASF. Le 3^{ème} alinéa de l'exposé des motifs a suggéré cet éditorial : « Il s'agit également de sécuriser la situation juridique des résidences autonomie, en garantissant que le dépassement des seuils « planchers » de personnes âgées dépendantes en Ehpad n'entraînera pas leur requalification en Ehpad. »

L'intention parlementaire permet d'attirer l'attention sur le fait qu'être qualifié d'EHPAD ne procède pas seulement de la délivrance d'une autorisation par l'ARS ou le Département. Cela peut procéder aussi d'un examen *in concreto* du nombre et des besoins de soins et d'aide à l'autonomie des personnes accueillies, et des services apportés. Avoir pris soin de se nommer comme « pension de famille », et avoir établi à ce titre un bail avec chacun des « locataires », n'exclut en rien la requalification comme EHPAD de cette structure, puis le constat de l'absence d'autorisation en bonne et due forme, puis sa fermeture par les autorités publiques. Un arrêt récent illustre bien ce cas de figure : CAA de Versailles, 16 mai 2023, 21VE02476. Plus ancien et plus baroque, avec un hébergement dans un garage aménagé ! : CAA de Douai, 15 mars 2007, 06DA01123.

Le seuil plus élevé de 20 % qu'antérieurement (15 %) élargit donc la « zone grise » des EHPA qui ne sont pas des EHPAD, mais il n'est qu'un indice parmi d'autres. Sont des EHPAD ceux qui se comportent comme tels. De même qu'une URSSAF peut requalifier en salariat un travailleur prétendument indépendant, comme un aide-soignant vient d'indiquer le Conseil d'État, alors qu'il ne dispose pas de l'autonomie requise. Alors à votre avis, combien existe-t-il d'EHPAD « pour de vrai » en France, autorisés comme non autorisés ?

David CAUSSE

Directeur du programme MBA de directeur de structures de santé et de solidarité du Pôle Léonard de Vinci, De Vinci Higher Education.

RESSOURCES

La loi de financement de la sécurité sociale 2025	p2
L'expérimentation de la réforme du financement des EHPAD.....	p5
Le financement à la qualité : les services à domicile aussi !	p8
Les CPOM : entre obligation et complexité, un modèle à repenser.....	p13

DROIT ET JURISPRUDENCE

Expertise et droit de la défense : l'avocat n'a pas à participer à celle-ci	p24
La révolution de la comptabilité analytique en marche dans les EHPAD gérés par des structures commerciales	p25
Le tuteur doit être averti en cas d'hospitalisation sans consentement	p26
Les résidences services pour seniors peuvent sous condition être en charge d'une structure d'aide à domicile.....	p27
Incompatibilité entre les fonctions d'aide-soignant et le statut de travailleur indépendant.....	p28

GESTION COMPTABLE BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE

Les CHRS à l'heure de la réforme de la tarification	p31
---	-----

PILOTAGE STRATÉGIQUE

Le rôle de pensée complexe dans la performance des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	p35
A l'écoute et à la lecture attentives des futurs dirigeants des structures sociales et médico-sociales et de leurs travaux universitaires	p41
Les achats des EHPAD, levier de performance globale à explorer	p44

VEILLE

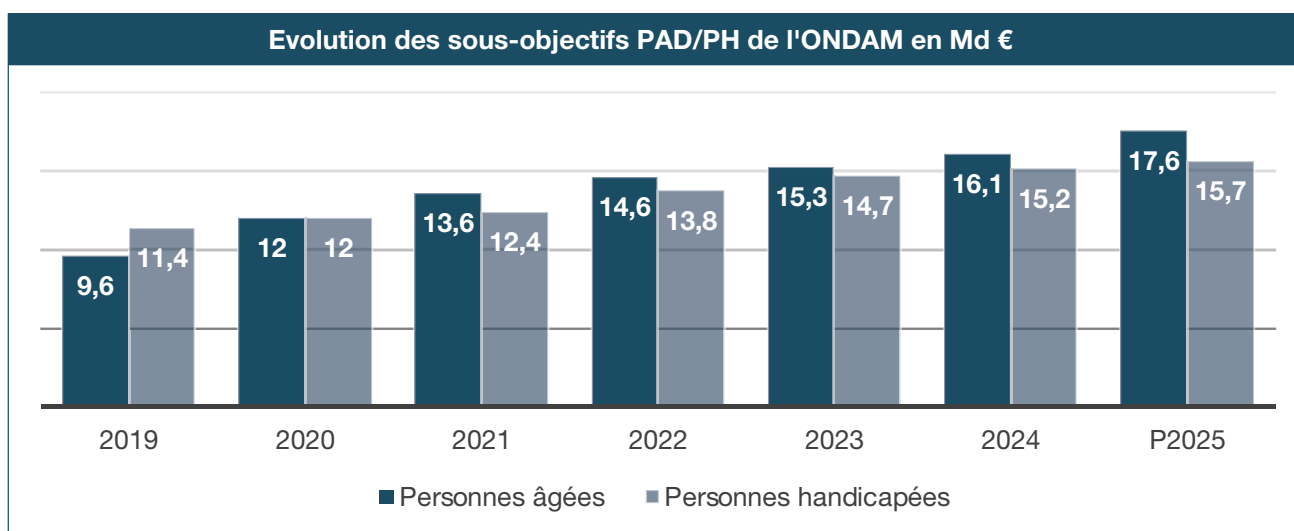
.....	p49
-------	-----

LFSS

La loi de financement de la sécurité sociale 2025

La LFSS pour 2025 a finalement terminé son laborieux parcours législatif le 28 février, après son passage rituel au Conseil Constitutionnel. Dans un ONDAM global budgété en augmentation de 3,5% sur le rectifié de 2024, la LFSS 2025 consacre une augmentation importante des moyens alloués au secteur des personnes âgées, avec une progression de l'OGD (objectif global de dépenses) de 7,4% à champ constant. Celui consacré au secteur du handicap progresse de son côté de 3,2%.

Depuis la crise sanitaire, l'OGD personnes âgées est devenu supérieur à l'OGD handicap. L'effort consenti en 2025 dans le champ des personnes âgées doit permettre de financer le recrutement de 6 000 soignants supplémentaires dans les établissements sur les 30 000 prévus à l'horizon 2030. Il s'agit aussi d'intégrer les conséquences de la fusion des sections soins et dépendance qui implique un élargissement du périmètre de l'OGD. Enfin, les EHPAD publics devront comme les hôpitaux supporter un relèvement de 3 points de la cotisation retraites employeur pour limiter le déficit de la CNRACL.



La LFSS 2025 s'inscrit dans la continuité de l'actualité du secteur, dominée par la mise en œuvre de la loi Bien Vieillir du 8 avril 2024 et des 50 000 solutions prévues par la dernière conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, le tout sur fond de fortes tensions économiques.

Les principales dispositions sont les suivantes :

Secteur des personnes âgées

La fusion des sections soins et dépendance dans un « forfait global unique » était une disposition de la LFSS pour 2024. La LFSS 2025 précise qu'elle sera expérimentée dès juillet 2025, pendant 2 ans et non 4, dans 23 départements volontaires et non 20.

26 départements s'étaient portés candidats.

Les départements concernés n'auront plus à verser l'APA en établissement et le transfert au national des économies qui en résultent est prévu par le texte. Ils devront ainsi reverser à la CNSA une somme égale à la moyenne des dépenses d'APA en EHPAD exposées au cours des années 2022, 2023 et 2024.

Cette réforme qui étend mécaniquement le champ de l'OGD PA ne vise pas à augmenter les moyens attribués aux EHPAD dans le cadre du nouveau forfait unique, mais à simplifier le dispositif de financement du secteur, sans nuire aux départements qui sont (aussi) en forte difficulté.

NB : le décret d'application de la réforme est paru le 20 février 2025, 8 jours avant la LFSS. Voir aussi l'article de JC Delnatte dans ce numéro.

Le fonds de soutien exceptionnel aux EHPAD, qui avait été mis en place une première fois à l'automne 2023 pour 100 M€, est reconduit et porté à 300 millions d'euros par l'article 85 de la LFSS.

Pour mémoire, la FHF estimait le déficit 2023 des EHPAD publics à 3 850 euros par place, soit 800 millions d'euros pour ses seuls adhérents.

Entre-temps, un rapport IGF/IGAS de mai 2024 a mis en lumière la situation alarmante de la CNRACL, caisse de retraite des collectivités locales et des établissements sanitaires et médico-sociaux publics. Son déficit, de 4 milliards d'euros en 2024, est deux fois plus important que celui du régime général pour dix fois moins de bénéficiaires. Sans mesure correctrice, le déficit atteindrait 10 milliards d'euros à l'horizon 2030.

Le rythme de l'indispensable relèvement de la cotisation employeur et sa compensation sur le financement des établissements ont donné lieu à des débats orageux au Parlement avec une première proposition d'augmentation de 4 points dès 2025.

Les EHPAD publics, comme les hôpitaux, vont finalement devoir faire face dès 2025 à une première augmentation de la cotisation retraite employeur de 3 points, suivie de la même augmentation de 3 points supplémentaires chaque année jusqu'en 2028. Les hôpitaux ont bénéficié à ce titre d'un relèvement de 1 milliard d'euros des moyens qui leur étaient alloués. Quel sera l'impact au long cours pour les EHPAD publics, très fragiles économiquement ? Dans quelle mesure vont-ils pouvoir répercuter cette hausse sur les tarifs hébergements ?

L'article 84 de la LFSS donnait une reconnaissance officielle aux IDEC (infirmiers coordonnateurs) en EHPAD et précisait leur rôle : « *le personnel des établissements (...) peut comprendre un infirmier coordonnateur chargé, sous la responsabilité fonctionnelle du médecin coordonnateur, de participer à la coordination, à l'organisation et à la qualité des soins prodigués aux résidents et aux patients. Les conditions d'exercice de l'infirmier coordonnateur sont définies par décret* ». Contrairement au médecin coordonnateur, il n'était prévu ni d'obligation de recrutement, ni de ratio de personnel sur ce poste.

L'article a disparu du texte final, invalidé par le Conseil constitutionnel comme sans lien avec le financement de la Sécurité sociale et n'ayant donc pas sa place dans une LFSS. Cette disposition qui comble une vraie lacune devrait sans doute refaire surface à la faveur d'un autre vecteur législatif.

Enfin, concernant le domicile, une enveloppe de 100 millions d'euros sera dédiée au financement de la mobilité des aides à domicile, en application de la loi *Bien Vieillir*.

Secteur des personnes en situation de handicap

Les moyens attribués au secteur augmentent de 500 millions d'euros, soit 3,2 %, ce qui est inférieur à la progression globale de l'ONDAM.

La mise en œuvre de 50 000 solutions d'ici 2030 évoquée lors de la Conférence nationale du handicap de 2023 donnera lieu à une enveloppe de 270 millions d'euros supplémentaires, avec pour objectif le déploiement effectif de 15 000 solutions dès 2025.

Les ARS communiquent progressivement sur l'état d'avancement des « solutions » sur leurs territoires.

Pour accompagner le développement de l'école inclusive, la ministre a évoqué la création de 2 000 postes d'accompagnants d'enfants en situation de handicap (AESH) supplémentaires, désormais entièrement financés par l'État depuis le décret du 16 février 2025.

A noter qu'il existe actuellement 140 000 AESH en poste, rémunérés en moyenne 1 000 euros par mois, et des difficultés de recrutement sont signalées partout.

Les critères sur lesquels reposent les versements de la CNSA à chaque MDPH sont ramenés à 6 par l'article 81 contre 8 précédemment.

Le remboursement intégral des fauteuils roulants, promesse de la dernière conférence nationale du handicap tenue par une loi de décembre 2024 et un décret du 7 février 2025, sera effectif en fin d'année. Il pèsera sur les comptes de la branche maladie et non sur ceux de la branche autonomie...

La combinaison politique actuelle se prête peu aux avancées audacieuses et la LFSS 2025 ne porte pas de grandes nouveautés.

L'idée d'une nouvelle journée de solidarité dont il était attendu 2,5 milliards d'euros de recettes pérennes supplémentaires a été abandonnée par le Parlement.

Malgré l'affectation de 0,15 point de CSG supplémentaires depuis 2024, le déficit 2025 de la branche autonomie est évalué à 0,7 milliard d'euros dans la LFSS et atteindrait 2,2 milliards d'euros dès 2026 pour rester à plus de 2 milliards d'euros par an ensuite, soit environ 5 % des dépenses.

En 2026, la branche autonomie représenterait ainsi 6,5 % des dépenses de la Sécurité sociale, mais 9 % de son déficit, rejoignant ses aînées, les branches vieillesse et maladie, dans le déficit chronique.

La question du financement de l'autonomie reste entière.

Rédigé le 7 mars 2025

SOINS ET DÉPENDANCE

L'expérimentation de la réforme du financement des EHPAD

L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, modifié et complété par l'article 82 de la LFSS pour 2025, prévoit l'expérimentation d'une réforme du financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en préalable à sa généralisation que la ministre du Travail, de la santé, des solidarités et des familles a promise dès 2027, lors des débats sur le PLFSS pour 2025.

La fusion des sections « soins » et « dépendance » sur laquelle porte cette expérimentation fait partie des recommandations formulées par Madame Pirès-Beaune, députée, qui constate dans son rapport remis en juillet 2023 à la Première ministre^[1] que l'évolution du profil des résidents accueillis en EHPAD tend à estomper la distinction, dans la réalité de la prise en charge, entre l'accompagnement au titre du soin et celui au titre de l'entretien de l'autonomie. Les textes induisent des recoupements ou des partages de coûts qui peuvent donner lieu à contestation.

Le cadre de l'expérimentation revu par la LFSS pour 2025

L'article 79 modifié de la LFSS pour 2024, prévoit la mise en place à titre expérimental d'un régime adapté de financement des établissements mentionnés aux I, II et IV bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF), c'est-à-dire des EHPAD, des petites unités de vie^[2] et des établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée (Ex. USLD).

L'expérimentation, initialement prévue pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2025, dans au plus vingt départements volontaires, a été réduite par la LFSS pour 2025 à la période du 1^{er} juillet 2025 au 31 décembre 2026 et étendue à au plus vingt-trois départements volontaires^[3].

Chaque département participant à l'expérimentation reverse chaque année à l'État ou à la Sécurité sociale, selon une règle de répartition fixée par décret, un montant correspondant au transfert de charges résultant, au profit du département, de la mise en œuvre de ce régime et qui est égal à la moyenne des dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes accueillies dans un établissement, exposées par le département concerné au cours des années 2022, 2023 et 2024 et transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), après application, le cas échéant, d'une valeur individuelle maximale fixée par décret.

[1] www.gouvernement.fr/communiquere/ remise-du-rapport-sur-le-reste-a-charge-en-ehpad-de-mme-christine-pires-beaune.

[2] Hors établissements ayant une tarification dérogatoire

[3] L'article 82 de la LFSS pour 2025 donne la liste suivante : Aude, Cantal, Charente-Maritime, Corrèze, Côtes-d'Armor, Creuse, Finistère, Haute-Garonne, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Haute-Marne, Mayenne, Morbihan, Nièvre, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Métropole de Lyon, Savoie, Seine-Saint-Denis, Guyane, La Réunion.

Le report du vote de la LFSS pour 2025 ayant entraîné celui du début de l'expérimentation, les paramètres de la réforme, estimés sur une base annuelle, ont été corrigés à hauteur de la moitié des impacts estimés, par convention au prorata de la durée effective de l'expérimentation en 2025.

Les modalités de cette expérimentation sont définies par le décret du 20 février 2025^[4], et les instructions M 21 et M 22 ont été mises à jour afin de tenir compte des modifications budgétaires et comptables induites^[5].

Le forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie

Dans les départements participant à l'expérimentation, pour les établissements sus mentionnés, les charges couvertes par les forfaits globaux soins et dépendance sont financées par un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie qui prend notamment en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents. Ce forfait global unique peut en outre :

- Inclure des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial ;
- Tenir compte de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ainsi que de l'existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement ou du service ;
- Financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs journaliers afférents à l'hébergement.

Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) fixe chaque année le montant de ce forfait qui, pour les EHPAD et les petites unités de vie, est égal à la somme :

- Du résultat de l'équation tarifaire relative aux soins mentionnée à l'article R. 314-162 du CASF ;
- Du résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance mentionnée à l'article R. 314-173 du même code, telle qu'elle résulte de la mise en œuvre des seuls 1° et 2° du I de cet article, la valeur de point mentionnée à ce 2° étant fixée dans chaque département par le directeur général de l'agence régionale de santé, sans pouvoir être inférieure à la valeur arrêtée pour l'année précédente.

Ces montants sont modulés en fonction de l'activité de l'établissement, dans les conditions que précise le décret :

- Des financements complémentaires, définis dans le CPOM.

Pour les résidents assurés sociaux, ce forfait est à la charge de la branche autonomie ou, pour les USLD, à la charge de la branche maladie. Pour les non-assurés sociaux, il est couvert par un tarif, englobant la participation financière demandée à chaque résident (Cf. *infra*), acquitté par ceux-ci sous réserve, le cas échéant, d'une prise en charge au titre de l'aide médicale ou de l'action sociale.

Les organismes d'assurance maladie, agissant pour le compte de la branche autonomie en ce qui concerne les EHPAD et les petites unités de vie, versent à chaque établissement, le solde obtenu en déduisant du montant de ce forfait l'estimation prévisionnelle des sommes mises à la charge des résidents au titre des soins et de l'entretien de l'autonomie.

Le montant annuel des dépenses afférentes à ce forfait global unique prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L.174-1 du code de la Sécurité sociale.

La participation journalière aux dépenses d'entretien de l'autonomie

Dans les départements participant à l'expérimentation, les résidents des établissements concernés acquittent, au titre de la prise en charge de leur perte d'autonomie, une participation journalière qui peut être prise en charge par l'aide sociale.

[4] Décret n° 2025-168 du 20 février 2025 relatif au financement des établissements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la loi no 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (JO du 22 février 2025).

[5] Arrêtés du 18 décembre 2024, pour la M 21 et du 27 décembre 2024, pour la M 22 (JO du 31 déc. 2024).

Cette participation est facturée directement aux résidents par les établissements. Elle n'est pas due pour les périodes pendant lesquelles les résidents sont hospitalisés avec hébergement. Il en va de même pour les périodes d'absence pour convenances personnelles prises conformément aux stipulations du contrat de séjour.

Le montant de cette participation, qui, pour les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie accueillis au 31 décembre 2024 ou au 31 décembre 2025, ne peut être supérieure à celle qu'ils acquittaient à cette date, est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la Sécurité sociale. Il est revalorisé chaque année au 1^{er} janvier par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du CSS

Les charges couvertes au titre des soins et de la dépendance

Les produits provenant du forfait global unique et de la participation journalière au titre des soins et de la dépendance doivent couvrir les charges suivantes :

- Les charges relatives aux interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, du pharmacien et des auxiliaires médicaux assurant les soins ;
- Les rémunérations ou honoraires des infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement ;
- Les charges relatives à l'emploi de psychologues ;
- Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques et aux accompagnateurs éducatifs et sociaux ;
- L'achat de médicaments non remboursables ou de médicaments gérés dans le cadre d'une pharmacie à usage intérieur ;
- L'achat de dispositifs médicaux figurant sur la liste mentionnée au septième alinéa de l'article L. 314-8 du CASF ou de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du CSS qui ne sont pas remboursables ;
- L'achat de fournitures pour l'incontinence ;
- L'amortissement et la dépréciation du matériel médical figurant sur une liste fixée par arrêté, ainsi que les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier, permettant la prise en charge de la perte d'autonomie et la prévention de son aggravation ;
- Les charges relatives à l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, de nettoyage et de service des repas, pour la part non couverte par les produits perçus au titre de l'hébergement ;
- L'achat des fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur, pour la part non couverte par les produits perçus au titre de l'hébergement.

Le tarif journalier afférent à l'hébergement

Un tarif journalier afférent à l'hébergement à la charge du résident, qui peut bénéficier de l'aide sociale, continue à s'appliquer dans les conditions de droit commun^[6] et doit couvrir les charges correspondant aux prestations minimales réglementaires^[7].

Les garanties accordées aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun,

- Un minimum de ressources mensuelles est laissé à la disposition des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement accueillies dans les établissements participant à l'expérimentation, fixé à 10 % de leurs ressources, représentant au moins un centième du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ;
- Les personnes handicapées accueillies dans ces établissements conservent un minimum de 10 % de l'ensemble de leurs ressources mensuelles représentant au moins 30 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés ;
- Ces minima sont majorés, en fonction notamment de la situation matrimoniale de ces résidents.

[6] 3^e du I de l'article L. 314-2 du CASF.

[7] Articles D. 312-159-2, D. 342-3 et IV bis de l'article L. 313-12 du CASF.

SAAD

Le financement à la qualité : les services à domicile aussi !

De nouvelles modalités de financement pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont en place depuis 2022. Parmi ceux-ci, une dotation complémentaire a été créée pour financer les actions d'amélioration de la qualité. Comme prévu par le législateur, la CNSA a dressé un premier bilan du déploiement de ce nouveau dispositif pour les années 2022-2023. Malgré une montée en charge sur la quasi-totalité du territoire, la CNSA fait le constat de disparités de financement de certaines actions et formule des recommandations pour améliorer le dispositif.

Un dispositif ambitieux et piloté par les départements

L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 a instauré de nouvelles modalités de financement pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Le décret n° 2022-735 du 28 avril 2022 est venu en préciser en créant l'article R.314-136-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce dispositif vient confirmer le modèle de préfiguration qui avait été expérimenté entre 2019 et 2022.

Ainsi, les SAAD peuvent désormais prétendre à un financement complémentaire par l'octroi d'une dotation à la qualité. Ils doivent ainsi s'engager dans une démarche et des actions spécifiques destinées à améliorer l'accompagnement de leurs bénéficiaires.

Pour les SAAD disposant antérieurement d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) signé avec le département, un simple avenant détaillant les actions, les objectifs et modalités d'évaluation permet d'encadrer le versement de la dotation complémentaire. Pour les SAAD sans CPOM, les départements doivent organiser annuellement un appel à candidatures invitant les services à s'engager sur des actions. Ce dispositif transitoire d'appel à candidatures a été prévu par le législateur le temps que l'ensemble des SAAD contractualisent avec les départements, jusqu'en 2030.

L'article L.314-2-2 du CASF précise les actions pouvant faire l'objet d'un financement dans le cadre de la dotation complémentaire :

- Accompagnement des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités ;
- Interventions sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés ;
- Contribution à la couverture des besoins sur l'ensemble du territoire ;
- Soutien aux aidants des personnes accompagnées ;
- Amélioration de la qualité de vie au travail des intervenants ;
- Lutte contre l'isolement des personnes accompagnées.

En application de l'article 3 du décret 2022-735 du 28 avril 2022, cette dotation complémentaire vient augmenter le tarif horaire des heures éligibles^[1] d'un montant plafonné initialement à 3 € (en 2022) et réévalué annuellement suivant l'inflation en application de l'article L. 161-25 du code de la Sécurité sociale (CSS).

La dotation versée par les départements est compensée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur la base des heures effectivement réalisées. Ainsi, le décret prévoit que chaque année, au plus tard le 30 juin, les départements déclarent à la CNSA l'évaluation des heures éligibles pour l'année suivante. Sur application des modalités de calcul précitées, la CNSA verse à chaque département un acompte de 70 % correspondant à la dotation théorique. Après déclaration des heures réellement effectuées, la CNSA procède à un versement du solde ou récupération d'un éventuel trop-perçu.

Avec une montée en charge progressive et un tarif réévalué annuellement, cette dotation représente un montant prévisionnel de 433,2 M€ en 2024, soit une quasi-multiplication par dix du montant initial de 2022.

	2022	2023	2024 (prév)
Volume horaire éligible (en millions)	15,65	100,04	130,84
Montant horaire de base en €	3,00	3,144	3,311
Montant théorique (en M€)	46,96	314,52	433,20
Montant total versé (en M€)	34,10	241,40	
Ecart	12,86	73,12	
Taux réalisation	73 %	77 %	

Source : CNSA^[2]

Enfin le décret prévoit que la CNSA réalise un bilan des premières années de la mise en œuvre de cette dotation complémentaire avant le 1^{er} janvier 2025. Avec quelques semaines de retard, ce bilan a été produit au début de l'année permettant de dresser un premier constat de cette mesure nouvelle^[3].

Une montée en charge progressive au sein des départements

Dans son bilan, la CNSA nous apprend qu'en 2023, 88 départements ont mis en place la dotation complémentaire. Parmi les 12 départements qui n'avaient pas déployé le dispositif en 2023, quatre étaient préfigurateurs entre 2019 et 2022.

En 2024, seuls deux départements n'avaient pas encore déployé le dispositif, à savoir la Guadeloupe et la Martinique.

Le rapport nous apprend également que le département de l'Essonne, alors même qu'il était préfigurateur, a dû suspendre le dispositif en 2023 en raison de difficulté de ressources humaines pour le suivi de la signature des CPOM ce qui traduit très concrètement la complexité que représente l'élaboration de ces documents et la tension de recrutement qui porte également sur les collectivités territoriales.

Un dispositif bénéficiant essentiellement aux structures de grande capacité du secteur non lucratif

En 2023, 1 432 SAAD ont bénéficié du dispositif pour plus de 100 millions d'heures (dont près de 80 % des heures APA). Cela représente seulement 22 % des SAAD en 2023 et la CNSA fait le constat que les SAAD de petite taille restent encore majoritairement en dehors du dispositif, limités par la lourdeur de la procédure et la faiblesse de ressources en gestion de ces structures.

[1] Heures d'intervention au titre de l'allocation personnalisée à l'autonomie à domicile (APA-D) pour les personnes âgées ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes en situation de handicap.

[2] Notifications des concours aux départements | CNSA.fr

[3] Évaluation de la mise en œuvre de la dotation complémentaire pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Exercices 2022-2023 | CNSA.fr

Les SAAD habilités à l'aide sociale (HAS) étaient majoritaires au début du dispositif (59 %), mais leur part diminue légèrement en 2023 (53 %) au profit des non-habilités. Toutefois le dispositif s'accompagne de l'obligation d'une clause de limitation du reste à charge pour les bénéficiaires des SAAD non-habilités. Cette disposition est de nature à freiner pour le déploiement au sein de ces services. Sur ce sujet, les départements ont d'ailleurs adopté des stratégies diversifiées en l'absence de cadre posé par le législateur. Certains allant jusqu'à la suppression du reste à charge et d'autres ne demandant aucune contrepartie, ce qui va à l'encontre de l'esprit du texte. La CNSA préconise ainsi que soient précisées les modalités de limitation de ce reste à charge, avec par exemple une modulation suivant des critères socio-économiques, un niveau de dépendance, certains jours /heures d'intervention, etc.

Néanmoins, en dépit de ces freins la CNSA souligne une progression importante des structures à but lucratif dont le nombre passe de 158 à 533 entre 2022 et 2023. Ces structures représentent 37 % des SAAD bénéficiaires contre 45 % pour les structures non lucratives en 2023. Le secteur public reste quant à lui minoritaire, avec seulement 252 structures bénéficiaires en 2023, soit 18 % du total. Cette situation est le reflet de la composition du secteur où l'offre publique est peu développée, et parfois absente de certains départements.

Des axes qualité différemment accompagnés par le dispositif

Le bilan de la CNSA relève que, parmi les six axes prévus par le dispositif (voir supra), ce sont les trois premiers axes qui sont le plus souvent demandés par les départements. En 2023 en revanche, l'axe 5, portant sur les conditions de travail des professionnels, connaît une très forte progression dans les axes prioritaires des appels à candidatures.

En revanche, que ce soit en 2022 ou 2023, l'axe 5 capte la majeure partie des financements de la dotation complémentaire, suivi de l'axe 1 portant sur l'accompagnement des profils complexes.

Tableau 2 : Montants des financements par axe et principales actions financées

Axe	Dénomination	Montant 2022	Montant 2023	Actions principalement financées
1	Accompagnement des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités	9,4 M€	65,2 M€	<ul style="list-style-type: none"> Bonification horaire pour les bénéficiaires les plus dépendants Postes spécifiques tels que des infirmiers référents Valorisation des interventions complexes
2	Interventions sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés	5,7 M€	36,9 M€	<ul style="list-style-type: none"> Majorations des heures d'interventions les dimanches et jours fériés ; Organisation d'astreintes de nuit, de week-end ou de jours fériés Majoration salariale des heures atypiques
3	Contribution à la couverture des besoins sur l'ensemble du territoire	6,8 M€	48,1 M€	<ul style="list-style-type: none"> Majoration de l'indemnité kilométrique en cas d'intervention dans des zones spécifiques Location et acquisition de véhicules de service Amélioration de l'identification des besoins de terrain
4	Soutien aux aidants des personnes accompagnées	0,6 M€	5,2 M€	<ul style="list-style-type: none"> Formation pour renforcer les compétences de soutien aux aidants Actions de répit collectives ou individuelles Actions de sensibilisation et d'information à destination des aidants (soutien psychologique)
5	Amélioration de la qualité de vie au travail des intervenants	11,3 M€	86,6 M€	<ul style="list-style-type: none"> Formations et accompagnement à la transformation managériale Financement du remplacement pour favoriser la participation aux formations Prise en charge de salaires des auxiliaires de vie par les CCAS
6	Lutte contre l'isolement des personnes accompagnées	0,4 M€	4,9 M€	<ul style="list-style-type: none"> Temps partiel de secrétariat « relation usagers » Formation du personnel Soutien à l'utilisation des outils numériques pour favoriser l'inclusion numérique

Source : Rapport CNSA

La CNSA souligne que l'emploi de la majeure partie de la dotation complémentaire pour le financement de mesures destinées à l'amélioration des conditions de travail et de rémunération des professionnels risque de venir en doublon des autres dispositifs et efforts faits à destination du secteur. En effet, la CNSA rappelle dans son rapport avec alloué plus de 441 millions d'euros pour la revalorisation salariale des aides à domicile. En tout état de cause, le rapport souligne que les financements de la dotation ne sont pas tant utilisés pour des revalorisations salariales, mais pour des actions de formation (financement direct ou remplacement pour assurer les formations) ou encore des mesures organisationnelles.

En outre, si l'axe 4 représente le plus faible montant de la dotation complémentaire, le rapport rappelle que les actions à destination des aidants font également l'objet d'accompagnements financiers dans le cadre de la conférence des financeurs. Cette complémentarité peut donc expliquer le poids moindre de cet axe dans le volume financier total.

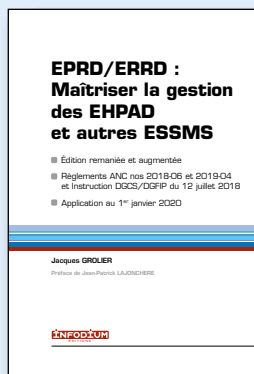
En tout état de cause, la CNSA constate qu'il préexistait des dispositifs permettant de financer des actions également financées dans le cadre de la dotation complémentaire. La caisse préconise donc de préciser, voire de restreindre, les actions pouvant être financées au titre de la dotation de sorte à limiter le risque de double financement.

Enfin, si le rapport dresse un constat global de l'usage fait de la dotation et constate son déploiement sur l'ensemble du territoire, il n'est pas à ce stade possible de mesurer les effets concrets sur la qualité d'accompagnement à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap. Seul un bilan des CPOM et actions financées, tel que cela est prévu par les textes, permettra de mesurer les effets concrets pour les bénéficiaires.

Sources

- Textes :
 - L. 314-2-1 CASF
 - L. 314-2-2 CASF
 - R. 134-136-1 CASF
 - Décret n° 2022-735 du 28 avril 2022 relatif au financement des services proposant des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile - Légifrance
- Rapports :
 - Évaluation de la mise en œuvre de la dotation complémentaire pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Bilan et recommandations – Exercices 2022-2023

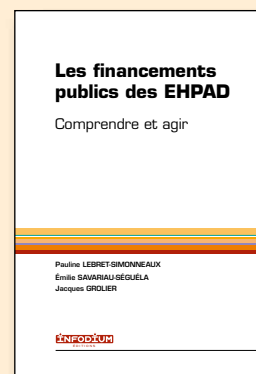
EPRD/ERRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS



- Budget et comptabilité
- Analyse économique et financière
- Pilotage

Par Jacques GROLIER
Préface de Jean-Patrick LAJONCHERE

Le guide indispensable pour financer votre EHPAD



- Connaître le financement des établissements, les enjeux et les acteurs
- Comprendre le modèle de tarification et les bases de l'analyse financière
- Remplir les maquettes EPRD et ERRD et suivre les indicateurs financiers

Par Pauline LEBRET-SIMONNEAUX,
Émile SAVARIAU-SÉGUÉLA,
Jacques GROLIER

BON DE COMMANDE

À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic
Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>EPRD/ERRD : Maîtriser la gestion des EHPAD et autres ESSMS</i> » par Jacques GROLIER, 410 pages. (ISBN 978-2-9559203-6-7) TVA : 5,5 %	71,09	75,00
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Les financements publics des EHPAD : comprendre et agir</i> » Par Pauline LEBRET-SIMONNEAUX, Émile SAVARIAU-SÉGUÉLA, Jacques GROLIER 270 pages. (ISBN 978-2-9559203-8-1) TVA : 5,5 %	71,09	75,00
Participation forfaitaire aux frais de port 6,00 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %		
Total		

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal
à l'ordre d'**INFODIUM**.

Je recevrai une facture
justificative.

A réception de facture
(avec RIB)

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIF ET DE MOYENS

Les CPOM : entre obligation et complexité, un modèle à repenser

Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), de plus en plus perçu comme un facteur de fragilisation des modèles économiques des gestionnaires, nécessite une refonte urgente. La publication de l'instruction du 7 février 2025, suspendant temporairement le renouvellement des CPOM pour les EHPAD, met en lumière la lourdeur et l'inefficacité du système. Pour comprendre les tenants et aboutissants de cette situation, l'article propose de revenir sur l'histoire du CPOM obligatoire et son évolution qui ne permet plus de répondre aux enjeux du secteur et à l'esprit même d'une contractualisation « gagnant/gagnant ».

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont définis par l'article L.313-11 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), comme des contrats pluriannuels conclus entre les gestionnaires d'établissements et de services et la ou les autorités chargées de la tarification et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, permettant de réaliser les objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale ou le plan applicable, et de mettre en œuvre le projet d'établissement ou de service ou la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Ils fixent les obligations respectives des parties signataires et déterminent les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, pour une durée maximale de cinq ans.

Instaurés par l'article 36 de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, complété par l'article 7 de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005, les CPOM s'inscrivent dans une nouvelle approche de la politique publique de l'action sociale, appelée « new public management », qui délaisse la notion de service public au profit d'une démarche de contractualisation globale, permettant le jeu de la libre concurrence^[1].

Leur création poursuivait deux objectifs :

- Le renforcement de l'autonomie et de la responsabilisation des établissements ;
- La régulation de l'offre.

Les CPOM n'étaient alors que facultatifs.

Le législateur a, par la suite, progressivement imposé leur conclusion.

[1] Article « CPOM », *Dictionnaire permanent de l'action sociale*, Editions Législatives.

Les prémices de cette contractualisation obligatoire ont été posés par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », concernant les établissements et services relevant de la compétence exclusive du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) ou du représentant de l'État. Cette mesure n'a cependant jamais été appliquée, faute d'arrêté interministériel fixant le seuil de cette obligation de signer un CPOM.

Puis, la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016^[2] et la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi « ASV »^[3], ont introduit, aux articles L.313-12 et L.313-12-2 du CASF, l'obligation de signer un CPOM pour les gestionnaires des EHPAD et des PUV ainsi que pour les établissements et services pour personnes handicapées placés sous la compétence exclusive ou conjointe des agences régionales de santé.

La loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017^[4] et la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018^[5] ont étendu cette obligation à d'autres structures du secteur « personnes en situation de handicap » et ont apporté des modifications au régime prévu à l'article L.313-12-2 du CASF.

Enfin, la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, dite loi « ELAN »^[6], a rendu les CPOM obligatoires dans le secteur AHI.

Malgré cette extension de la contractualisation obligatoire, les CPOM facultatifs constituent toujours le régime de droit commun des CPOM applicables aux ESSMS, comme le rappelle la DGCS^[7].

Le développement des CPOM obligatoires n'est pas sans soulever des difficultés.

En effet, la contractualisation obligatoire pose la question de la nature juridique de ce contrat et ce d'autant plus que le régime des CPOM obligatoires manque de cohérence et de clarté. Dans les faits, la contractualisation n'a pas produit tous les effets escomptés, ce qui explique que le CPOM soit sous le feu des critiques.

Les incidences de la contractualisation obligatoire sur la nature juridique du CPOM

Le champ d'application des CPOM obligatoires est, pour l'heure, circonscrit à trois secteurs. L'existence d'une obligation de conclure a amené la doctrine et la jurisprudence à s'interroger sur la nature juridique du CPOM.

Champ d'application des CPOM obligatoires

En l'état de la législation actuelle, la contractualisation obligatoire en matière de tarification des ESSMS concerne trois secteurs : le secteur « personnes âgées », le secteur « personnes en situation de handicap », le secteur « accueil, hébergement, insertion » (AHI).

Tout d'abord, dans le secteur « personnes âgées », les CPOM ont succédé aux conventions tripartites pluriannuelles^[8], qui étaient obligatoires pour les EHPAD et PUV depuis la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997^[9].

[2] Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016, article 75.

[3] Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

[4] Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la Sécurité sociale pour 2017, article 89.

[5] Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018, article 70.

[6] Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, article 125.

[7] Instruction DGCS/SD5C/2017/96, 21 mars 2017.

[8] Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi « ASV ».

[9] Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Aux termes de l'article L.313-12 IV ter du CASF, les gestionnaires des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD et PUV) doivent conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.

Le CPOM est conclu impérativement pour une durée de cinq ans, qui peut être prorogée sous certaines conditions.

Son ressort est en principe départemental, c'est-à-dire que le CPOM regroupe les établissements situés dans un même département. Toutefois, le CPOM peut être interdépartemental dès lors que le gestionnaire gère plusieurs EHPAD situés dans des départements différents, mais au sein d'une même région. Dans cette hypothèse, l'accord des présidents des conseils départementaux concernés et du directeur général de l'ARS est requis.

Ensuite, dans le secteur « personnes en situation de handicap », la conclusion obligatoire d'un CPOM est envisagée à l'article L.313-12-2 du CASF.

Elle concerne les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF, c'est-à-dire ceux qui accompagnent des enfants et adultes en situation de handicap, qui relèvent de la compétence du directeur général de l'ARS ou de la compétence conjointe de ce dernier et du président du Conseil départemental, à savoir :

- Les établissements et services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux jeunes majeurs handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (IME, IEM, ITEP, CMPP) ;
- Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du Code de la santé publique ;
- Les ESAT ;
- Les établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale, ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

Sont au contraire exclus :

- Les foyers d'hébergement et foyers de vie non médicalisés ;
- Les centres de ressources et les unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS).

Il est à noter que les CPOM médico-sociaux, à l'exception des CPOM EHPAD, peuvent comprendre d'autres catégories d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du CASF dès lors qu'ils relèvent, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'ARS, qu'ils sont gérés par un même organisme gestionnaire et qu'ils relèvent du même ressort territorial (article L.313-12 du CASF).

Enfin, dans le champ « AHI », doivent signer un CPOM, en vertu de l'article L.312-11-2 du CASF, les gestionnaires d'établissements et services relevant du 8° du I de l'article L. 312-1 du CASF, c'est-à-dire les établissements ou services qui, comportant ou non un hébergement, assurent l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse.

Sont par exemple visés les CHR.

Selon l'article L.312-11-2 du CASF, ce contrat, qui fixe les éléments pluriannuels du budget de ces établissements et services, peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat et intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation de l'établissement ou du service l'exige. Il vaut également convention d'aide sociale au sens de l'article L345-3 du CASF.

Il peut inclure :

- D'autres établissements et services relevant de la compétence tarifaire du préfet de région ou de la compétence tarifaire exclusive du président du conseil départemental ;
- Des établissements et services relevant du 9° du I de l'article L. 312-1 du CASF, à savoir, des établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical. Il s'agit, par exemple, des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD), des structures dénommées « lits halte soin santé » ou « lits d'accueil médicalisé » ou encore des appartements de coordination thérapeutique (ACT).

Par ailleurs, conformément à l'arrêté du 25 octobre 2019 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11-2 du Code de l'action sociale et des familles pour les établissements mentionnés à l'article L. 345-1 du même code, le CPOM peut couvrir des activités qui ne sont pas soumises au régime de l'autorisation, mais qui relèvent des budgets opérationnels des programmes 04, 177 et 303 des lois de finances annuelles.

L'arrêté du 25 octobre 2019 fixe également, en annexe, un cahier des charges et un modèle de contrat pour les CHRS^[10].

Nature juridique controversée du CPOM

Traditionnellement, le CPOM est considéré par la doctrine et par les pouvoirs publics comme étant un contrat de droit administratif.

Il s'agit en effet d'un contrat conclu avec une personne morale de droit public (critère organique) qui contient des clauses exorbitantes de droit commun (critère matériel) concernant à la fois les prérogatives de contrôle exercées par la personne morale de droit public et les règles de tarification.

Dans une circulaire du 25 juillet 2013, la DGCS indique ainsi que le CPOM est « *un contrat administratif (...) comprenant des clauses exorbitantes du droit commun* »^[11].

Cette qualification ne lie toutefois pas le juge, qui adopte parfois une solution différente.

À titre d'exemple, dans un arrêt du 21 décembre 2007, le Conseil d'État a considéré que les avenants aux contrats pluriannuels et de moyens sanitaires n'étaient pas de nature contractuelle du fait de leur objet tarifaire, peu important la forme qu'avait entendu leur donner le législateur^[12].

Selon la doctrine, cette décision est néanmoins liée aux particularités des avenants des CPOM sanitaires^[13].

À l'inverse, dans une décision du 28 mars 2019, la Cour administrative d'appel a appliqué le principe de loyauté contractuelle dans le cadre des CPOM, ce qui induit la qualification de contrat^[14].

C'est surtout au sujet des CPOM obligatoires que la nature juridique du CPOM fait débat, au regard du principe de liberté contractuelle.

En effet, la liberté contractuelle, principe à valeur constitutionnelle^[15], suppose que chaque contractant est libre de conclure ou non un contrat avec la personne de son choix et d'en déterminer le contenu. Le contrat naît ainsi de la rencontre des consentements.

[10] Arrêté du 25 octobre 2019 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11-2 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements mentionnés à l'article L. 345-1 du même code. Ce modèle de CPOM-CHRS peut être adapté par les parties « pour prendre en compte les enjeux spécifiques aux territoires d'implantation des établissements et services couverts par le contrat »

[11] Circulaire DGCS.SD5C/2013/300 25 juillet 2013

[12] CE 21 décembre 2007, n° 299600/N°299608 « clinique St-Roch »

[13] « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? » Laurent Cocquebert – RDSS 2012.34

[14] CAA Douai 2^{ème} chambre 28 mars 2019, req n° 16DA00910

Or, dans le cadre des CPOM obligatoires, la liberté contractuelle est mise à mal dans la mesure où :

- Le gestionnaire a l'obligation de contracter, sous peine, dans certains cas, de sanctions.

Du fait de l'absence de consentement du gestionnaire, une partie de la doctrine assimile le CPOM obligatoire à un acte unilatéral négocié^[16].

- Le gestionnaire ne peut choisir librement son cocontractant ;
- Le gestionnaire ne peut en déterminer librement le contenu.

À cet égard, certains auteurs comparent le CPOM à un contrat d'adhésion^[17], cette comparaison présentant toutefois certaines limites^[18].

En tout état de cause, la doctrine met en avant l'absence réelle de négociation et une tendance à la standardisation des CPOM^[19].

Ce constat est partagé par Nexem pour qui la qualification du CPOM obligatoire est en lien avec son régime juridique, qui manque de cohérence et de clarté.

Un régime juridique peu cohérent et clair

Le régime des CPOM obligatoires se révèle peu cohérent et clair, tant au niveau des conséquences de l'absence de conclusion du CPOM obligatoire qu'au niveau de la non-opposabilité des conventions collectives.

Les conséquences de l'absence de conclusion du CPOM obligatoire

L'obligation de conclure un CPOM, une obligation à géométrie variable

L'article D314-167-1 du CASF prévoit des sanctions financières en cas de refus du gestionnaire d'un établissement accueillant des personnes âgées de signer ou de renouveler le CPOM.

Dans une telle hypothèse, le forfait global relatif aux soins mentionnés à l'article R.314-159 du CASF peut être minoré à hauteur d'un montant de 1 à 5 % du montant du forfait la première année et à hauteur de 5 à 10 % les années suivantes, jusqu'à la signature ou le renouvellement du CPOM par le gestionnaire.

Cette sanction, prise par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), ne peut intervenir qu'après le respect de la procédure décrite à l'article D.314-167-1 du CASF.

La minoration du forfait global relatif aux soins peut compromettre la situation budgétaire et économique de l'établissement et justifier, in fine, l'exercice par l'administration de son pouvoir de contrôle au titre des articles L.313-14 et suivants du CASF^[20].

Le risque est, à plus moyen terme, la cessation de paiement.

En outre, la contractualisation obligatoire est assortie de sanctions uniquement dans le champ « personnes âgées ».

[15] Décision n° 98?401 DC du 10 juin 1998 ; Décision 3 août 1994 DC n° 94-328 ; Décision n° 2002?465 DC du 13 janvier 2003 ; Décision n° 2013?672 DC du 13 juin 2013

[16] « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, source d'insécurité juridique et budgétaire » — Pierre Naitali — *RDSS* 2022. 652

[17] « Un outil au service de la régulation » — David PIOVESAN — Christophe PASCAL — Jean-Pierre Claveranne — *Juris associations* 2008, n° 379, p.16

[18] « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, source d'insécurité juridique et budgétaire » — Pierre Naitali — *RDSS* 2022. 652

[19] « Un outil au service de la régulation » — David PIOVESAN — Christophe PASCAL — Jean-Pierre Claveranne — *Juris associations* 2008, n° 379, p.16

[20] Il résulte en effet de l'article L.313-14-1 du CASF qu'en cas de déséquilibre financier significatif et prolongé ou de dysfonctionnements dans la gestion financière de l'établissement, l'autorité de tarification et de contrôle peut enjoindre à l'organisme gestionnaire d'y remédier et de produire un plan de redressement adapté dans un délai qui doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché. Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer l'avenant, l'autorité de tarification compétente peut, dans un second temps, désigner un administrateur provisoire de l'établissement ou du service pour une durée maximale de six mois renouvelable une fois.

Comme le soulève le cabinet Cornillier, cette différence de régime juridique est difficilement justifiable, et ce d'autant plus lorsque les ESSMS concernés relèvent des mêmes autorités de tarification et de contrôle.

L'obligation de conclure un CPOM paraît donc à géométrie variable.

Au-delà de la question de la sanction de cette obligation, il existe une incertitude concernant le cadre de financement applicable en l'absence de conclusion d'un CPOM obligatoire.

Un cadre de financement incertain en l'absence de CPOM obligatoire

Une partie de la doctrine considère qu'à défaut de signature d'un CPOM obligatoire, la procédure tarifaire classique s'applique.

Telle est la solution préconisée par Maître Laurent Cocquebert : « *En cas de refus de signature de la part d'un gestionnaire, il conviendra, pour les parties, de s'en tenir à la procédure budgétaire classique. Il nous semble probable que les juridictions administratives considèreraient pour cette raison que les CPOM médico-sociaux conservent bien un caractère contractuel* »^[21].

Le cabinet d'avocats ACCENS, s'appuyant sur certaines décisions des juges du fond, tire la même conclusion^[22].

En effet, dans un jugement du 15 novembre 2019, le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Paris a considéré, s'agissant d'un ITEP, dont le CPOM était arrivé à échéance, que les frais de séjour étaient financés sous forme d'un prix de journée payé par l'assurance maladie et calculé selon les dispositions du droit commun tarifaire^[23].

Le cabinet ACCENS en déduit que « *l'échéance d'un CPOM entraîne de plein droit le retour à la procédure budgétaire réglementaire. (...) La réponse est à la fois claire et logique : s'il n'y a pas — ou plus — de contrat, alors c'est le droit commun qui s'applique, droit commun qui résulte des articles L.314-1 et suivants et R.314-1 et suivants du CASF* »^[24].

Si cette solution n'a pas été retenue par la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale au sujet des conventions tripartites pluriannuelles pour les EHPAD^[25], le cabinet ACCENS estime que cette différence s'explique par le fait qu'il ne s'agit pas du même cadre juridique^[26].

À l'inverse, selon le cabinet d'avocats Cornillier, le CPOM constitue, pour les ESSMS soumis à un CPOM obligatoire, le droit commun tarifaire. C'est pourquoi, en l'absence de conclusion d'un CPOM ou en cas de dénonciation d'un CPOM, aucun retour à la tarification budgétaire classique n'est envisageable. Il n'existe donc aucun moyen juridique de sortir du CPOM obligatoire.

Par conséquent, le cabinet Cornillier conseille aux gestionnaires de poursuivre la relation contractuelle ou les négociations en cours, en demandant à leur(s) autorité(s) de tarification et de contrôle une révision du CPOM. Il leur recommande également de contester l'arrêté de tarification et de demander l'approbation d'une décision budgétaire modificative dans certaines situations (évolutions de l'activité de l'établissement ou du service ou du niveau de ses dépenses manifestement incompatibles avec le respect de l'économie générale du budget).

[21] « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est-il un contrat ? » Laurent Cocquebert *RDSS* 2012 34.

[22] « CPOM : lorsque le contrat est échu et qu'aucun nouveau contrat n'a été conclu, la tarification réglementaire s'applique à nouveau », Juil 20, 2021, *blog Accens avocats* : <https://accens-avocats.com/blog/2021/07/20/tarification-lorsque-que-le-cpom-est-echu-et-quaucun-nouveau-contrat-na-ete-conclu-la-tarification-reglementaire-sapplique-a-nouveau/>

[23] TITSS Paris, 15 novembre 2019 *Association Aurore ITEP L'ÉVEIL c/directeur général de l'ARS d'Île-de-France*, n°17.072

[24] « CPOM : lorsque que le contrat est échu et qu'aucun nouveau contrat n'a été conclu, la tarification réglementaire s'applique à nouveau », Juil 20, 2021, *blog Accens avocats* : <https://accens-avocats.com/blog/2021/07/20/tarification-lorsque-que-le-cpom-est-echu-et-quaucun-nouveau-contrat-na-ete-conclu-la-tarification-reglementaire-sapplique-a-nouveau/>

[25] CNTSS 27 mars 2015, n° A.2013.06 et A.2013.31

[26] « CPOM : lorsque le contrat est échu et qu'aucun nouveau contrat n'a été conclu, la tarification réglementaire s'applique à nouveau », Juil 20, 2021, *blog Accens avocats* : <https://accens-avocats.com/blog/2021/07/20/tarification-lorsque-que-le-cpom-est-echu-et-quaucun-nouveau-contrat-na-ete-conclu-la-tarification-reglementaire-sapplique-a-nouveau/>

L'absence d'opposabilité des conventions collectives

L'article L.314-6 du CASF dispose que « *les conventions ou accords agréés s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification, à l'exception des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements et services ayant conclu un contrat mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 ou à l'article L. 313-12-2* ».

L'opposabilité des conventions collectives et accords d'entreprise aux autorités de tarification a tout d'abord été supprimée, par la loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 de finances pour 2009, pour les EHPAD et PUV soumis à une convention tripartite ou à un CPOM obligatoire puis, par la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018, pour les ESSMS soumis à un CPOM obligatoire en vertu de l'article L. 313-12-2 du Code de l'action sociale et des familles.

La fin de l'opposabilité financière des conventions collectives et accords d'entreprise a, d'une part, été justifiée par la logique même du CPOM, à savoir, la prévisibilité des dépenses^[27].

D'autre part, elle était présentée comme étant le corollaire de l'abandon de l'agrément des accords d'entreprise et d'établissements locaux pour les ESSMS concernés^[28].

Répondant à des questions posées par des parlementaires^[29], le gouvernement avait ainsi indiqué que : « *la suppression de l'agrément pour les accords locaux, dès lors qu'ils concernent un établissement ou service sous CPOM, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, constitue une nouvelle mesure de simplification. Les accords de travail négociés localement par les partenaires sociaux, concernant des établissements sous CPOM, pourront ainsi entrer en vigueur plus rapidement, n'étant plus conditionnés à l'obtention d'une décision ministérielle nationale d'agrément* ».

Le rédacteur, à l'origine, relevait en outre qu'« *en contrepartie de la modification de l'article L. 314-6, les parlementaires ont voté la libre affectation des résultats par le gestionnaire sous CPOM* »^[30].

L'extension de la fin de l'opposabilité financière avait pour autant été décriée. Selon Nexem, la Fehap et la Croix-Rouge française, elle risquait de « *fragiliser l'exercice des missions des associations au service des personnes accueillies et accompagnées* »^[31].

Lors de la saisine du Conseil constitutionnel, des parlementaires avaient d'ailleurs fait valoir que l'article 70 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018 instaurait une différence de traitement injustifiée entre les établissements signataires d'un CPOM et ceux n'ayant pas conclu de CPOM et contrevenait, de ce fait, au principe d'égalité devant la loi.

Dans sa décision du 21 décembre 2017, le Conseil constitutionnel avait rejeté ce grief et déclaré l'article 70 conforme à la Constitution, considérant que les établissements signataires d'un CPOM n'étaient pas dans la même situation que les autres établissements et que la différence de traitement était, dès lors, justifiée :

« *Les établissements signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont soumis à une tarification de leurs prestations par les autorités publiques fondée sur un état des prévisions de dépenses et de recettes, établi globalement en fonction des besoins des personnes prises en charge. Ces établissements ne sont ainsi pas placés, au regard des règles de tarification, dans la même situation que les autres établissements, qui sont*

[27] « Le volet médico-social de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 », Nadia Ben Ayed et Thomas Chevandier, ZEPROS 3 AVRIL 2018 : https://www.seban-associes.avocat.fr/wp-content/uploads/2018/04/TER_A_20180405_TER_051_T_Q_0.pdf

[28] « Opposabilité des conventions collectives La fin d'une époque » 24/01/2018 Noémie COLLOMB : <https://www.directions.fr/Piloter/organisation-reglementation-secteur/2018/1/La-fin-des-garanties--2050745W/>

[29] Réponse publiée dans le JO Sénat du 26/09/2019 - page 4908 ; réponse publiée dans le JO Assemblée nationale du 15/10/2019, page 9082

[30] « CPOM et fin de l'opposabilité des accords d'entreprise : mais où est le problème ? » 05.02.2018, Action sociale <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/cpom-et-fin-de-l%E2%80%99opposabilite-des-accords-d%E2%80%99entreprise-mais-ou-est-le-probleme/?srsltid=AfmBOor3Fd3Bxv14uRdzL25sLGPmo-IALm6LiroM3Y0eWPT8lsyjU6bQ>

[31] <https://www.ash.tm.fr/management-reseaux/opposabilite-des-conventions-collectives-aux-financeurs-trois-organisations-posent-des-conditions-a-sa-suppression-423282.php>

financés par des dotations annuelles. En mettant fin à la procédure d'agrément ministériel et à l'opposabilité aux autorités tarifaires des conventions applicables aux personnels des seuls établissements ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le législateur a entendu tenir compte de la spécificité des modalités de gestion et de financement de ces établissements. La différence de traitement instituée par le 4° de l'article 70 est ainsi en rapport direct avec l'objet de la loi »^[32].

On fera cependant remarquer que la neutralisation de l'opposabilité des accords collectifs ne concerne pas tous les CPOM obligatoires, puisque le CPOM « AHI » n'est pas visé par l'article L.314-6 du CASF. Encore une fois un manque de cohérence et de vision d'ensemble est à déplorer.

Ensuite, la non-opposabilité des conventions et accords collectifs est préjudiciable pour les gestionnaires des ESSMS sous CPOM obligatoire.

Son application dans le cadre des accords « Ségur » en constitue un exemple significatif.

Dans un jugement du 23 juin 2023, le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Nantes a jugé que l'association gestionnaire ne pouvait se prévaloir de l'existence d'un avenant agréé pour réclamer un financement intégral des mesures du « Ségur de la santé », dès lors que l'article L. 314-6 du CASF écarte l'opposabilité des accords collectifs de travail agréés pour les CPOM obligatoires au titre de l'article L. 313-12 IV ter ou de l'article L. 313-12-2 du CASF^[33].

Or, l'association gestionnaire reste juridiquement tenue de verser l'indemnité Ségur aux professionnels éligibles. Aussi, à défaut de versement, elle s'expose à un risque prud'homal, peu importe qu'elle ait reçu ou non les financements correspondants.

Certains palliatifs ont toutefois été trouvés par les juges.

Ainsi, dans un arrêt du 17 juin 2024, la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale s'est fondée sur le principe de sincérité, principe comptable transposé à l'EPRD^[34], pour considérer qu'une charge nouvelle obligatoire, à savoir le versement mobilité, était opposable à l'autorité de tarification et de contrôle^[35].

Les acteurs du secteur dénoncent la perte d'opposabilité des conventions collectives et accords d'entreprise, qui fragilisent les organismes gestionnaires, et plaident en faveur d'une évolution de la législation.

Enfin, reste également en suspens la question de l'application de la non-opposabilité des conventions et accords collectifs, dans l'hypothèse où aucun CPOM obligatoire n'est conclu. Dans un arrêt du 27 mars 2015^[36], la Cour nationale de tarification sanitaire et sociale a estimé que la non-opposabilité s'appliquait nonobstant l'absence de signature d'une nouvelle convention tripartite. Il n'est pas certain que la même solution soit adoptée pour les CPOM.

En définitive, le régime juridique des CPOM obligatoires manque de cohérence et de clarté, ce qui est source d'insécurité juridique pour les gestionnaires.

C'est dans ce contexte que, dans le champ « personnes âgées », la DGCS a annoncé la réalisation de travaux nationaux de simplification en 2025.

Dans l'attente de l'aboutissement de ces travaux, l'instruction N° DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025 relative à la programmation des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles autorise la suspension de la signature des « CPOM EHPAD ».

[32] Décision DC n° 2017-756 du 21 décembre 2017

[33] TITSS Nantes, 23 juin 2023, Association « Savoir être et vivre ensemble » c/ ARS Pays de la Loire, n° 21-006

[34] Article R. 314-222, 2° CASF

[35] CNTSS, 17 juin 2024, ARS de Nouvelle-Aquitaine C/ Association des Œuvres Girondines de Protection de l'Enfance, n° A23.002

[36] CNTSS, 27 mars 2015, n° A.2013.06

Cette mesure est loin de rassurer les gestionnaires, et ce d'autant plus que, s'agissant des modalités de suspension prévues, l'instruction se réfère aux dispositions transitoires contenues dans le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF : si le régime budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est applicable, la souplesse de gestion s'en trouve amoindrie.

Le CPOM obligatoire, un contrat sous le feu des critiques

La négociation du CPOM, une étape quasi inexistante

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) obligatoire, dans sa conception par les pouvoirs publics, a l'ambition d'être tout à la fois un outil de modernisation du dialogue de gestion entre ESSMS et tarificateurs et de fixation des enveloppes d'exploitation, notamment dans une logique pluriannuelle nécessaire au fonctionnement de ces dispositifs. Pourtant, de cette ambition prometteuse, la plupart des gestionnaires aujourd'hui soumis au régime du CPOM obligatoire n'y ont vu qu'un feu de paille et dénoncent l'insécurité financière qu'engendrent la signature de ces contrats.

Un contrat et une négociation vidée de son sens

Le guide de la contractualisation de l'ANAP publié en 2019 met en avant depuis le déploiement des premiers CPOM l'importance d'une contractualisation fondée sur un diagnostic partagé^[37] et des objectifs co-construits entre les parties. Or, cette dynamique est aujourd'hui largement remise en cause. Très tôt, cette négociation a été et continue d'être aujourd'hui source de crispation entre financeurs et gestionnaires. Laquelle réside dans le fait que :

- Dès la première réunion, il est rappelé aux gestionnaires l'absence de moyens supplémentaires pour la réalisation d'objectifs, même s'ils sont clairement identifiés comme des besoins.
- Le budget base Zéro au démarrage n'est qu'une reconduction systématique de la dotation N-1 sans possibilité de rebasage. L'avènement des nouvelles modalités d'allocation de ressources par équation tarifaire (cf. réformes tarifaires EHPAD/SSIAD/... CHRS et SERAFIN-PH en cours) ne laissant par ailleurs plus aucune marge pour un rebasage budgétaire.

Récemment, l'introduction du CPOM dit simplifié ou concentré^[38] promu par l'ANAP et la DGCS accentue encore cette tendance en imposant un cadre rigide qui laisse peu de place aux adaptations négociées. Pour rappel, selon l'ANAP, ce CPOM recentré répond à trois grands principes en matière de contractualisation : une concentration des objectifs, un allègement de la démarche et un gain en efficacité. Ce format prédéfini ne traite pas des sujets de la négociation pour aboutir à un consensus, il limite ainsi les marges de manœuvre des gestionnaires et impose des objectifs et des indicateurs restreints et standardisés sans prise en compte suffisante des spécificités locales reflétées par le diagnostic partagé.

Ce CPOM vise aussi une réduction de la durée de contractualisation pour passer d'une durée de 6 mois à 1 an (prévue par la circulaire sans mettre l'accent sur le besoin de consensus entre le gestionnaire et les autorités de tarification) à une durée de 4 à 8 mois. Un nouveau référentiel de contractualisation qui a pour conséquence de fragiliser davantage encore le dialogue de gestion et la déconnexion entre moyens affectés et les réalités du terrain.

Un CPOM de plus en plus insécurisant

Les CPOM comportent des clauses dites obligatoires qui, pour la plupart, sont fixées par l'arrêté du 3 mars 2017 avec une trame type de contrat. Cependant la possibilité est laissée aux gestionnaires de discuter ou négocier les clauses dites souples afin de pouvoir les rajouter au contrat. A titre illustratif les clauses relatives à l'affectation des résultats, l'arrêté susmentionné précise en son article 4 :

[37] Pour rappel le diagnostic partagé est un diagnostic co-construit et a minima dont les principaux enseignements sont communiqués aux parties prenantes pour bénéficier de leur avis critique sur les constats mis en évidence. Le diagnostic partagé doit permettre de trouver un consensus sur la situation des structures concernées, sur leur territoire.

[38] CPOM médico-social recentré

« Le CPOM fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. La libre affectation des résultats par le gestionnaire est le principe pour les EHPAD ».

Si le principe de la liberté d'affectation des résultats est ainsi posé par le législateur, dans la pratique, cette liberté est systématiquement questionnée. Certains financeurs allant jusqu'à fixer des conditions parfaitement arbitraires, ainsi peut-on lire dans certains contrats :

« Le gestionnaire a la possibilité d'affecter librement le résultat excédentaire dans la mesure où celui-ci est inférieur à x % du total des produits, au-delà l'affectation doit être validée par le financeur ».

Ces clauses, manifestement contraires à la réglementation, doivent pouvoir être dénoncées voire réfutées, par les gestionnaires, ce qui n'est pas le cas.

Une gestion à risque du CPOM en période de crise inflationniste

L'exercice de projection budgétaire imposé en environnement CPOM implique de fait que le gestionnaire assume une part de risque lié à l'incertitude de ces prévisions budgétaires. Dans un contexte économique instable, l'exercice relève presque de la gageure... mais il demande également de la sincérité. C'est ainsi que la position d'un gestionnaire qui consisterait à faire des projections à coûts constants en se prévalant de l'ignorance de prévisions fiables ne pourrait probablement pas se retourner auprès de ses autorités de tarification avant le renouvellement de son CPOM. En affichant un résultat équilibré alors que la connaissance qu'il a au jour de l'élaboration des documents ne lui permet pas de l'envisager réalistement, il pourrait lui être reproché de ne pas être sincère.

Dans ce contexte actuel très mouvant, le gestionnaire aura tout intérêt à proposer un EPRD déséquilibré et à l'étayer avec un rapport budgétaire et financier qui traduit le plus fidèlement possible la réalité des dépenses et des recettes anticipables (niveau d'évolution des salaires connu à ce jour, niveau d'évolution des prix, etc.), et qui explicite les hypothèses retenues. Cette vision projetée sera alors partagée avec l'autorité de tarification et les problèmes pourront être partagés et abordés.

Aussi, les dernières crises inflationnistes post Covid-19 ont révélé l'importance d'avoir des clauses de revoyure ou d'ajustement des dotations en fonction d'événements imprévus, comme les crises sanitaires ou autres. Ces clauses peuvent être proposées par certains gestionnaires, mais encore une fois, dans la pratique, elles ne sont pas acceptées par les financeurs.

Le décret de 2023 : un frein supplémentaire

Jusqu'en 2022, la souplesse de gestion intronisée en CPOM obligatoire, bien que limitée à l'occasion par quelques clauses exorbitantes de droit commun, demeurait le principal argument positif d'une signature de CPOM. Depuis, le décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023^[39] introduit la notion d'une reprise des résultats lors du renouvellement sous conditions encore imprécises. Ce décret précise les modalités par lesquelles l'autorité de tarification peut tenir compte, dans le cadre de la tarification de l'établissement ou du service médico-social, de la part des reports à nouveau ou des réserves figurant dans son budget et qui ne sont pas justifiés par ses conditions d'exploitation. Il vient aussi aménager le périmètre des décisions modificatives budgétaires à l'initiative des autorités de tarification, afin de différencier le traitement des indus, qui sont repris en tarification, des sanctions financières, qui sont versées directement par l'organisme gestionnaire au Trésor public ou à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Visiblement et contrairement à ce qu'indique la DGCS, cette mesure vient quelque part pénaliser les bons gestionnaires en les privant d'excédents qu'ils pourraient réinvestir dans l'amélioration des services et de la qualité des prestations qu'ils fournissent à leurs usagers.

Par ailleurs, les modalités pratiques de ces reprises ont été longuement discutées avec la DGCS et devraient faire l'objet d'une circulaire à destination des financeurs et des gestionnaires afin que tout le monde en ait la même interprétation. A date, aucune circulaire n'a été publiée rendant l'application du décret particulièrement libre d'interprétation pour les tarificateurs.

[39] Décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 relatif à la prise en compte des reports à nouveau et des réserves prévues aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles - Légifrance

Revalorisations salariales et CPOM obligatoire : une équation à haut risque

En tête de liste des fédérations ayant mené cette lutte, Nexem a abouti à la signature et l'agrément de l'accord du 4 juin 2024 permettant la généralisation du Ségur pour tous. Toutefois, cette mesure a suscité une vive inquiétude parmi les gestionnaires, en raison des difficultés d'application constatées sur le terrain. Nexem a relevé, à la lumière de différentes enquêtes, une résistance significative de la part de nombreuses autorités de tarification et de contrôle (ATC), qui, sur l'ensemble du territoire, se montrent réticentes, voire opposées, à mobiliser les enveloppes budgétaires nécessaires au financement de ces revalorisations. Cette position est constatée depuis la mise en œuvre des accords Ségur 1, Ségur 2 et Laforcade dans le secteur médico-social dès 2022.

Les mesures salariales publiées paritairement et approuvées en commission nationale d'agrément sont opposables aux financeurs conformément à l'article L314-6 du CASF^[40]. À l'exception toutefois des gestionnaires ayant signé un CPOM obligatoire PA ou PH^[41]. La perte de l'opposabilité financière des conventions collectives et accords d'entreprise, induite par la signature des CPOM obligatoires, fragilisent considérablement les modèles économiques des gestionnaires.

C'est notamment le cas pour les gestionnaires du champ du handicap qui, face aux défauts de financement des revalorisations SEGUR de départements exsangues, se retrouvent sans réelle possibilité de recours pour obtenir un droit à compensation. Une situation tout à fait inédite traduite par un jugement daté de juin 2023 du tribunal de la tarification sanitaire et sociale de Nantes. Lequel TITSS jugera irrecevable la demande d'une association gestionnaire d'EHPAD qui demandait la réformation de la dotation soins d'un EHPAD sous CPOM pour compenser le coût des revalorisations Ségur.

Si l'association requérante attendait que les conséquences des revalorisations s'imposent en intégralité à l'ARS, pour les juges, la lecture est tout autre. La conclusion d'un CPOM constitue aux yeux du tribunal un « engagement » qui « fait obstacle à ce que l'association puisse utilement se prévaloir de l'existence d'un avenant agréé pour réclamer un financement intégral des mesures du Ségur de la santé ».

En conclusion, le CPOM, un outil à repenser d'urgence

Le CPOM connaît ainsi une dégradation généralisée, conduisant les organismes gestionnaires à le percevoir de plus en plus comme un facteur de fragilisation de leur modèle économique, compromettant en même temps la pérennité de leurs structures et la valorisation de leur spécificité et de leur savoir-faire.

Il devient donc urgent de repenser le contrat CPOM. La publication de l'instruction du 7 février 2025 relative à la programmation des signatures des CPOM PA a fait l'effet d'une bombe auprès des acteurs. Partageant le constat d'une contractualisation lourde et défailante, la DGCS a donc fait le choix de surseoir, au moins temporairement, au renouvellement des CPOM EHPAD... en attendant un projet de simplification et une possible extension au champ des personnes en situation de handicap. Pour Nexem, le projet de simplification de ces CPOM ne saurait suffire, car c'est bien une réelle transformation de la relation entre gestionnaire et tarificateur qui s'impose, impliquant de repenser tout à la fois sa contractualisation, la mise en œuvre d'une réelle pluriannualité des ressources et le retour à un modèle de gestion plus sécurisant et souple pour les gestionnaires. C'est à ce prix que le secteur et les gestionnaires pourront sortir des difficultés actuelles.

[40] Article L314-6 — Code de l'action sociale et des familles — Légifrance

[41] À ce jour la perte d'opposabilité des accords conventionnels agréés ne s'applique pas pour les CPOM obligatoires AHI relevant du L.313-11-2 du CASF.

EXPERTISE PSYCHIATRIQUE

Expertise et droit de la défense : l'avocat n'a pas à participer à celle-ci

La chambre criminelle de la Cour de cassation écarte la transmission d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur la question de la présence de l'avocat lors de l'expertise psychiatrique. Selon la haute juridiction, les droits de la défense ne sont pas impactés. Elle ferme ainsi le débat engagé par certains avocats et rassure ainsi bon nombre de professionnels

Cour de cassation 25 février 2025 n° 24-90.017

La Cour de cassation a été amenée à réfléchir à la présence de l'avocat lors des expertises psychiatriques réalisées. La chambre de l'instruction de la Cour d'appel de Paris lui avait transmis une question prioritaire de constitutionnalité portant sur les droits de la défense dans le cadre des expertises médicales, QPC qui soulevait en réalité plusieurs questions. La première avait trait à l'absence du conseil de la personne faisant l'objet d'une expertise « *psychiatrique ou psychologique, alors même que l'entretien serait nécessairement l'occasion de poser au mis en examen des questions sur les faits qui lui sont reprochés* ». Cette situation est la seule hypothèse dans laquelle un mis en examen peut être interrogé sur les faits sans la présence de son conseil, alors même que les éléments collectés peuvent à terme constituer des éléments à charge. La seconde question portait quant à elle sur les conséquences de cette interdiction, et notamment « *de l'absence d'obligation d'enregistrer ou de retranscrire in extenso les propos tenus lors de l'entretien avec le psychologue ou le psychiatre. En effet, la défense se trouve alors dans l'impossibilité de contester les propos figurant dans le rapport sur lesquels ni l'avocat ni le mis en examen n'ont de contrôle (pas d'enregistrement, pas de greffier, pas de signature)* ». Il s'agissait donc d'examiner la constitutionnalité des dispositions du 3^{ème} alinéa de l'article 164 du code de procédure pénale selon lequel « *les médecins ou psychologues experts chargés d'examiner la personne mise en examen, le témoin assisté ou la partie civile peuvent dans tous les cas leur poser des questions pour l'accomplissement de leur mission hors la présence du juge et des avocats* ». À n'en pas douter, cette dernière partie de l'article ne pouvait qu'interroger le principe des droits de la défense garantis par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et leur application à toute instance, le conseil de la personne mise en examen se trouvant finalement exclu d'une partie essentielle de la procédure. Pourtant, l'interrogation était aussi soulevée du point de vue médical, la présence d'un tiers lors de l'expertise étend susceptible de biaiser les résultats de celle-ci, empêchant la totale liberté d'expression de la personne interrogée qui risquait dès lors d'adopter une posture plus stratégique.

La Cour de cassation vient de trancher en excluant le principe d'un transfert de cette question prioritaire de constitutionnalité au Conseil constitutionnel. Selon la position qu'elle adopte par la décision du 25 février dernier, les droits de la défense ne peuvent être considérés comme impactés par l'exclusion expresse de la présence d'avocats lors de l'expertise. Il appuie sa décision sur le mécanisme même de la décision

juridictionnelle qui ne saurait reposer exclusivement sur l'expertise pour juger de la culpabilité d'un prévenu et ne fait de celle-ci qu'un élément de constitution de l'intime conviction du juge. Elle rappelle aussi l'absence de sacralisation de la démarche d'expertise, le prévenu conservant la possibilité de modifier ou de compléter par l'intermédiaire de son avocat les questions posées. Enfin, elle associe nécessairement au principe de l'expertise celui de la contre-expertise garantissant l'équilibre des analyses à caractère médical. Car c'est bien le secret médical qui justifie cette position, nécessairement conciliée avec le principe des droits de la défense, l'avocat étant présent pour toutes les autres étapes de la procédure.

Cette décision est révélatrice de la méconnaissance des mécanismes mêmes d'expertise souvent confondue avec ceux d'un interrogatoire, ce qui n'est pas le cas. La défense est un acteur de l'expertise, par la possibilité de transmission d'éléments et de questions au praticien, mais aussi par la possibilité d'en contester les conclusions par une contre-expertise. Indéniablement, la décision de la Cour de cassation a rassuré les professionnels, apaisant des échanges souvent houleux sur cette question.

TRANSPARENCE FINANCIÈRE

La révolution de la comptabilité analytique en marche dans les EHPAD gérés par des structures commerciales

La comptabilité analytique devra bien être mise en œuvre dans les EHPAD gérés par un organisme commercial, ou minoritairement ou non habilités à l'aide sociale à l'hébergement, ayant au moins deux établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) dont au moins un EHPAD et ce, conformément à la décision prise par le Conseil d'État en réponse à l'introduction d'une contestation du Synerpa.

Conseil d'État, 25 février 2025, req n°492230

Le scandale ORPEA a eu des suites jusque dans l'organisation du contrôle comptable des établissements d'hébergement, puisqu'afin d'améliorer la transparence financière dans la gestion de ceux-ci, un décret du 28 avril 2022 a rendu obligatoire la mise en œuvre d'une comptabilité analytique pour les Ehpads appartenant à un groupe. Un arrêté du 29 décembre 2023 a fixé les principes attachés à cette mesure et a précisé la nature des documents de suivi. Par la suite, une note d'information du 2 janvier 2024 a commenté ces nouvelles dispositions. L'objectif de cette réorganisation était simple, puisqu'il s'agissait d'assurer le suivi de l'utilisation des dotations publiques et des marges réalisées, par section tarifaire. En complément, le suivi des flux financiers permettait d'identifier les opérations entre l'EHPAD et son organisme gestionnaire ou, lorsque l'EHPAD appartenait à un groupe, entre l'EHPAD et une entité du groupe. Le Synerpa s'est saisi de l'ensemble de ces textes, considérant notamment qu'ils constituaient une atteinte au principe d'égalité devant la loi. Il n'a pas été suivi par la haute juridiction qui, dans un argumentaire structuré, a considéré ce dispositif comme nécessaire au principe du contrôle de la transparence financière.

Le Conseil a tout d'abord considéré que, le contrôle exercé par l'autorité de tarification en matière budgétaire, comptable et financière tenant à la nécessité de contrôler l'usage qui est fait des fonds publics servant à les financer, il justifiait donc de disposer non seulement d'une comptabilité analytique pour les établissements concernés, mais aussi des marges réalisées et des flux financiers existant entre l'organisme gestionnaire et les

établissements qu'il gère. Il s'agit donc de définir avec une précision suffisante l'obligation de communication s'imposant pour atteindre le résultat attendu, ce que permettent les textes contrôlés, quand bien même les tenants et aboutissants de ce contrôle pouvaient préciser simplement par un arrêté ministériel ultérieur la fixation de ses modalités, s'agissant en particulier de l'établissement d'une comptabilité analytique par section tarifaire et de la définition des marges réalisées par les établissements concernés.

Bien plus, celui-ci n'a pas méconnu le principe d'égalité. Le requérant considérait en effet que le fait de soumettre uniquement les organismes à but lucratif à l'obligation de transmettre aux autorités de tarification une comptabilité analytique traînait une nécessaire atteinte à cette règle à valeur constitutionnelle, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes gérés par des personnes publiques ou privées à but non lucratif n'étant pas concernés. C'était pour le Conseil d'État la méconnaissance de la différence profonde existante entre les deux types de structures, à savoir la nature commerciale de cette catégorie d'établissements, qui pouvait justifier un suivi renforcé de l'utilisation des deniers publics versés à ceux-ci, sans être manifestement disproportionné au regard de l'objectif ainsi poursuivi. Était simplement ici appliqué le principe d'égalité devant la loi justifiant des traitements différents dans l'hypothèse de situations différentes.

C'est donc tout à fait naturellement que le conseil d'État a validé le principe de l'organisation d'un contrôle renforcé de la transparence financière des établissements à but lucratif.

SOINS SANS CONSENTEMENT

Le tuteur doit être averti en cas d'hospitalisation sans consentement

L'information du tuteur est considérée par le Conseil constitutionnel comme essentielle dans l'hypothèse d'une hospitalisation sans consentement

Conseil constitutionnel n° 2024-1127 QPC du 5 mars 2025

Le 7 octobre 2023, un patient a été admis en soins psychiatriques sans consentement, sous la forme d'une hospitalisation complète, par décision du directeur du centre hospitalier Guillaume Régnier pour péril imminent, sur le fondement de l'article L. 3212-1, II, 2, du code de la santé publique qui prévoit qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement de santé que dans le cas où ses troubles mentaux rendent impossible son consentement et où son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge. Le 10 octobre 2023, cette mesure a été maintenue et, à compter du 16 janvier 2024, le patient a bénéficié d'un programme de soins. Réintégrant un programme de soins en hospitalisation complète, le patient, par ordonnance du 15 mars 2024, verra un juge des libertés et de la détention autoriser la poursuite de cette mesure. Une mesure d'isolement s'en suivra, contestée devant le juge des libertés et de la détention par le patient qui, voyant sa demande d'annulation refusée, introduira une contestation dans le cadre d'un référé liberté, en application de l'article L.521-2 du CJA. C'est à l'occasion du pourvoi en cassation introduit contre la réponse qui lui fut faite que le patient souleva la question de la constitutionnalité des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique en ce qu'il méconnaîtrait les droits et libertés constitutionnellement garantis, et plus particulièrement l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ne prévoyant pas que lorsqu'un majeur protégé fait l'objet d'une décision d'isolement dans le cadre de la mesure d'hospitalisation complète sans consentement, le directeur de l'établissement soit tenu d'aviser systématiquement le tuteur ou le curateur afin de permettre au majeur protégé d'être assisté dans l'exercice de ses droits.

Si une partie de l'article soumis au contrôle du juge constitutionnel avait déjà fait l'objet d'un contrôle de constitutionnalité, écartant de ce fait la possibilité d'un transfert à ce même juge, la Cour de cassation a considéré que la première partie soulevait effectivement la question de l'éventuelle saisine du Conseil constitutionnel. Dans une décision très intéressante, le juge constitutionnel va confirmer la conformité de ce texte aux grands principes du droit de la santé, mais surtout à celui du nécessaire respect des droits de la défense.

Selon la seconde partie de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, « à titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical ». La question soulevée constatait fort justement que le texte ne prévoyait pas une information systématique de la personne chargée d'une mesure de protection juridique en cas de renouvellement au-delà de quarante-huit heures du placement à l'isolement du majeur protégé hospitalisé sans son consentement. Il s'agissait donc de savoir si « [a] personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée » devait ou non concerner un éventuel tuteur. Sans surprise et fort justement, le Conseil constate qu'en ce qui concerne le majeur protégé, ni les dispositions du code de la santé publique ni aucun autre texte n'imposent au médecin d'informer du renouvellement de l'isolement le tuteur en charge des intérêts du majeur protégé. Fort justement, le juge constitutionnel va considérer que cette absence d'une telle information prive le majeur protégé de la faculté d'exercer ses droits, faute de discernement suffisant ou de possibilité d'exprimer sa volonté en raison de l'altération de ses facultés mentales ou corporelles. Privé du soutien de son représentant légal, le majeur vulnérable risque de prendre des décisions contraires à ses intérêts, notamment en écartant la possibilité d'une saisine du juge des libertés et de la détention. Il serait dans cette hypothèse privé du droit à un recours juridictionnel effectif.

C'est donc fort justement que la mention « d'une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée » a été jugée comme contraire à la Constitution. On notera cependant que ces dispositions ne sont plus en vigueur, des suites d'une modification du code, ce qui n'empêche cependant pas que la décision constitue une valorisation de l'évolution de la loi dans le sens d'une reconnaissance du rôle du tuteur de la personne vulnérable.

SAAD

Les résidences services pour seniors peuvent sous condition être en charge d'une structure d'aide à domicile

Un tribunal administratif précise les conditions dans lesquelles une résidence senior peut être amenée à gérer une structure d'aide à domicile

TA de Bordeaux, 22 octobre 2024, n° 2205945 et n° 2300813

Les résidences services sont une des formes d'accompagnement des personnes vieillissantes permettant à celles-ci, encore autonomes, de profiter d'un logement privatif, mais accompagné de prestations de service collectives, comme l'entretien des parties communes ou un accueil ou plus individualisé, comme du ménage

ou de la restauration. Naturellement, certaines résidences services pourraient être amenées à délivrer des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile, mais doivent pour cela obtenir un agrément du conseil départemental dont la décision commentée précise le caractère dérogatoire du droit commun.

Ainsi, la société Les Jardins d'Arcadie exploitation, qui gère des logements et résidences pour personnes âgées, et a présenté le 23 juin 2022 une demande d'autorisation d'un service d'aide à domicile (SAAD) pour l'une de ses structures à Périgueux. Par une décision du 4 juillet 2022, le département de la Dordogne a refusé de lui délivrer l'autorisation sollicitée. La société Les Jardins d'Arcadie exploitation a réitéré sa demande le 28 novembre 2022. Par une décision du 21 décembre 2022, le département de la Dordogne a abrogé sa décision du 4 juillet 2022 et a refusé de lui délivrer l'autorisation sollicitée. Le président du conseil départemental de la Dordogne a considéré que l'ensemble du département de la Dordogne, et notamment le secteur de Périgueux, où une dizaine de structures couvrent le centre-ville et son agglomération, était particulièrement bien couvert et qu'aucun nouveau besoin en matière de création de services n'était à constater, conformément à la stratégie territoriale de l'aide à domicile posée par le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour la période 2018-2022, et à son diagnostic des services autorisés et habilités à l'aide sociale.

La société fait valoir que les résidences services sont autorisées à réaliser des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile, sous la seule condition de respecter le cahier des charges prévu à l'article L 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles, une exonération de la procédure d'appel à projets étant en vigueur. Le tribunal en revanche estime que Les Jardins d'Arcadie ne peuvent se prévaloir de ces mesures du Code du travail, cette dérogation ne concernerait en effet que les *résidences services déjà autorisées à gérer des services d'aide à domicile*, afin notamment d'obtenir une habilitation spéciale pour délivrer leurs prestations aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). La combinaison des dispositions du Code du travail et du code de l'action sociale et des familles génère donc un encadrement strict de l'ouverture de ce type de structure donc la planification par le département, et à terme l'ARS, se trouve ici renforcée et réellement confortée. Cette décision est donc intéressante dans la mesure où elle conforte l'idée du renforcement du pilotage étatique sur les questions de dépendance.

AIDES-SOIGNANTS

Incompatibilité entre les fonctions d'aide-soignant et le statut de travailleur indépendant

Le Conseil d'État confirme l'incompatibilité existant entre les fonctions d'aide-soignant et le statut de travailleur indépendant au sein d'une structure sanitaire ou médico-sociale.

CE 11 février 2025, req n° 491128

Saisi par une entreprise mettant en relation aides-soignants et structures de soins, le Conseil d'État a en effet dû se prononcer sur la question du statut social des aides-soignants employés en structure sanitaire ou médico-sociale. L'entreprise avait notamment demandé, par un courrier du 4 octobre 2023, d'abroger la lettre adressée, le 30 décembre 2021, aux directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur le recours aux services de personnels paramédicaux sous un statut de travailleur indépendant, par

l'intermédiaire de plateformes de mise en relation, en tant qu'elle vise la profession d'aide-soignant. Elle avait tout d'abord demandé en référé la suspension de la lettre, que le Conseil d'État avait rejetée en février 2024, estimant que la condition d'urgence exigée par l'article L. 521 du code de justice administrative n'était pas respectée. La procédure au fond étant maintenue, la Haute juridiction devait tout d'abord se prononcer sur la valeur de la lettre en question dont il fallait savoir si elle constituait du droit souple au sens de la jurisprudence *Gisti* de 2020. Ce courrier de la ministre du Travail, du plein emploi et de l'insertion et du ministre des Solidarités et de la Santé poursuivait explicitement l'objectif de mettre en garde les directeurs d'établissements de santé, sociaux et médico-sociaux quant au recours aux services des aides-soignants, sous un statut de travailleur indépendant, en faisant valoir l'illégalité de cette situation au regard des dispositions du code de la santé publique et du Code du travail et le risque, en cas de contentieux, de requalification des contrats conclus avec ces professionnels en contrat de travail ainsi que de possibles sanctions pénales pour travail dissimulé. Le juge administratif a donc considéré qu'il s'agissait bien d'une décision contestable.

À cette occasion, le Conseil d'État va écarter la possibilité d'avoir recours aux services d'un aide-soignant sous statut d'auto-entrepreneur au sein d'établissement sanitaire ou médico-social. Son raisonnement se fait en deux temps, par application tant du droit du travail que du droit de la santé.

Le droit du travail dans un premier temps, puisque le juge applique la convergence de la jurisprudence constante de la Cour de cassation (Cass. Soc. 1996, *Société Générale c/Urssaf de la Gironde*) et de l'article L.8221-6 du Code du travail qui font du lien de subordination le critère de qualification du contrat de travail, qualification qui ne peut d'ailleurs être établie que par la réalité des faits, et en aucun cas par la volonté des parties qui ne sauraient imposer la nature de la relation professionnelle. Le constat de l'existence d'un lien de subordination conduit alors nécessairement à la requalification de la relation de travail en réel contrat de travail et au constat de l'existence d'une situation de travail dissimulé pénalement répréhensible. Le lien de subordination se caractérise par l'intervention de l'employeur dans l'exercice de la prestation de travail, par des directives, des ordres, mais aussi par l'insertion dans une organisation professionnelle, un service organisé, qui, dans les deux cas, caractérisent l'autorité de l'employeur. Dans le cas des aides-soignants, c'est justement les conditions de l'exercice professionnel qui permettent de caractériser l'existence de ce lien de subordination. Le code de la santé publique, dans un second temps, constitue une clé de compréhension de l'existence de ce lien de subordination. S'appuyant sur l'article R. 4311-4 de ce même code, le juge administratif caractérise justement l'activité de l'aide-soignant comme étant par principe exercée dans le cadre d'un lien de subordination. Les missions de l'infirmier sont en effet exercées en collaboration avec l'aide-soignant qui travaillera alors sous son contrôle. Celui-ci est donc nécessairement placé sous la responsabilité de l'infirmier qui l'accompagne dans ses missions. Bien plus, le Conseil d'État considère que les aides-soignants agissent nécessairement « dans le respect de l'organisation interne de l'établissement et des emplois du temps arrêtés à cette fin et qu'avec les moyens de l'établissement s'agissant des soins à donner aux patients ». L'aide-soignant est donc indéniablement dans un service organisé. Le lien de subordination est donc caractérisé, rendant incompatibles les fonctions de l'aide-soignant avec le statut de travailleur indépendant.

Cette décision, que l'on n'hésitera pas à considérer comme une décision de principe, est essentielle, car elle clarifie la situation des sociétés d'intérim dont le statut contourne l'interrogation de l'existence d'un lien de subordination fonctionnelle.

Santé RH

L'information des managers de la fonction publique hospitalière

Consacrée exclusivement à la gestion du personnel médical et hospitalier, *Santé RH* propose chaque mois une actualité sur :

- La gestion des carrières
- La gestion sociale
- Le pilotage
- Le management
- La jurisprudence
- La veille réglementaire
- La veille documentaire



11 numéros par an + 1 accès au site www.sante-rh.fr

Retrouvez nos livres sur la gestion des établissements de santé sur www.infodium.fr



BULLETIN D'ABONNEMENT

Santé RH

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à :
Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016
61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

**1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base documentaire sur
www.sante-rh.fr
au prix de 362,39 HT - **370 € TTC****

Ci-joint mon règlement par :

- Bon de commande/réf. Chorus jointe
- Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
- Mandat administratif/Réception de facture

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Janvier 2025 au 31 Décembre 2025.

Raison sociale :
Nom : Prénom :
Fonction :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Téléphone :
E-mail (mail version numérique) :
Cachet/Date/Signature

HÉBERGEMENT ET RÉINSERTION SOCIALE

Les CHRS à l'heure de la réforme de la tarification

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), acteurs majeurs de la politique du « logement d'abord », sont à l'heure d'une nouvelle réforme tarifaire qui pourrait s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2026. Cette réforme tend à étendre le principe de la tarification à la ressource, en lieu et place de la tarification historique à la dépense, au secteur social à la suite des secteurs médico-sociaux et sanitaires. Portée à moyens constants par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), cette réforme intervient à la suite d'une période de convergence, prévue initialement pour 4 ans, qui a débuté en 2018 pour s'achever finalement en 2022 en raison d'une prorogation d'un an induite par la crise sanitaire. La réforme de la tarification des CHRS s'accompagne, comme dans le champ médico-social, d'une généralisation de la contractualisation obligatoire et d'une adaptation du cadre budgétaire. En effet, les CHRS devront, à l'issue de cette nouvelle réforme tarifaire, renseigner le cadre budgétaire rénové de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP).

La convergence tarifaire, le premier acte de la réforme

Le premier temps de la réforme a coïncidé avec l'introduction de tarifs plafonds pour les CHRS prévue par l'article L314-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) à partir de 2018. Le calcul de ces tarifs plafonds résulte de la conduite d'une enquête annuelle de coûts (ENC) dès 2013, d'abord exploratoire cette ENC a été pérennisée par l'article 128 de la Loi de finances pour 2018 qui rend obligatoire la réponse à cette ENC^[1] pour l'ensemble des CHRS annuellement, faute de quoi ces derniers s'exposent à une tarification d'office. Cette enquête a permis de calculer des coûts à la place pour des CHRS comparables classés en Groupes Homogènes d'Activités et de Missions (GHAM). Les tarifs plafonds appliqués pour la première fois en 2018 ont été calculés sur la base des résultats de l'ENC de 2015 majorés de 5%. Ainsi, de 2018 à 2022, la dotation globale des CHRS a parcouru annuellement 1/4 du chemin vers la dotation cible issue de l'application des tarifs plafonds en fonction du capacitaire de chaque établissement réparti par GHAM. Cette période de convergence a contribué à réduire la dispersion des coûts à la place et permet d'envisager désormais une forfaitisation des financements pour ces établissements.

[1] Arrêté du 12 mars 2018 fixant le modèle du tableau d'analyse de l'activité et des coûts de l'enquête nationale de coûts applicable au secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion prévue aux articles L. 345-1 et L. 322-8-1 du code de l'action sociale et des familles

Fig. 1 : Coûts plafonds par GHAM

GHAM (1)	ACTIVITE PRINCIPALE	MISSIONS PRINCIPALES				GHAM	Tarifs plafonds applicables aux GHAM (par place autorisée et financée)
		Héberger	Alimenter	Accompagner	Accueillir		
1R	Accueillir en regroupé	x	x		x	1R	17 806 €
6R	Accueillir en regroupé	x			x	6R	14 499 €
5D	Accueillir en diffus	x			x	5D	8 626 €
2R	Accompagner en regroupé	x	x	x		2R	19 500 €
3R	Accompagner en regroupé	x	x	x	x	3R	20 551 €
4R	Accompagner en regroupé	x		x	x	4R	18 592 €
5R	Accompagner en regroupé	x		x		5R	17 399 €
2D	Accompagner en diffus	x		x		2D	16 140 €
3D	Accompagner en diffus	x	x	x	x	3D	17 813 €
4D	Accompagner en diffus	x		x		4D	11 506 €
7D	Accompagner en diffus	x		x	x	7D	14 846 €
8D	Accompagner en diffus	x	x	x		8D	16 445 €

Source : Arrêté du 12 avril 2022 fixant les tarifs plafonds prévus au deuxième alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 8° du I de l'article L. 312-1 du même code au titre de l'année 2022

L'introduction d'une équation tarifaire pour plus d'équité et de transparence

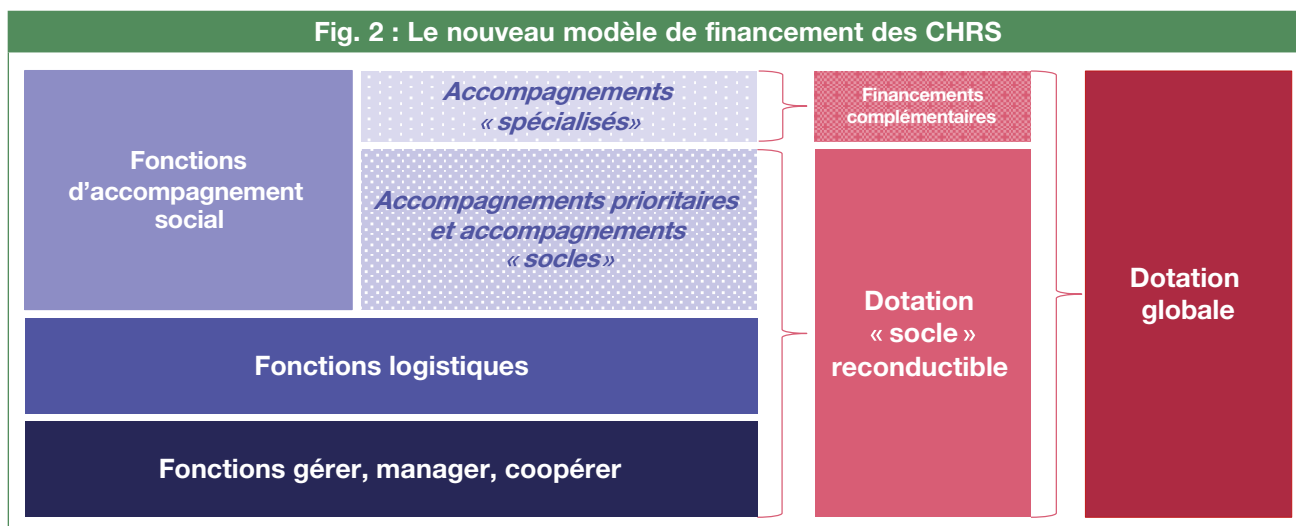
Si l'introduction de tarifs plafonds a permis d'harmoniser les modalités de financement entre établissements, la nouvelle réforme tarifaire franchit un cap supplémentaire en entérinant définitivement le passage à la tarification à la ressource pour les CHRS. Le nouveau modèle tarifaire vise à objectiver le financement des établissements grâce à une équation tarifaire qui dimensionne les moyens alloués aux CHRS en fonction de différentes variables. Par opposition à la tarification à la dépense, le résultat de cette équation tarifaire est indépendant des dépenses prévisionnelles de la structure et du résultat budgétaire constaté sur les exercices précédents, que celui-ci soit excédentaire ou déficitaire.

Dans la préfiguration actuelle du modèle, l'équation tarifaire s'appuie sur les variables suivantes pour définir le forfait de la structure : le nombre de places, la localisation (zonage Robien), la typologie du bâti (hébergement collectif ou diffus), la surface des locaux, le statut d'occupation des locaux, la modalité de fourniture des repas. Le résultat de cette équation tarifaire a vocation à financer indifféremment l'ensemble des prestations composant les 3 dimensions de l'accompagnement : la logistique, l'accompagnement social, le management et l'administration. Le gestionnaire disposera dès lors de toute liberté pour répartir les financements en fonction de ses besoins et de son organisation. Le financement découlant de l'application de l'équation tarifaire devrait représenter 93 à 97% de l'enveloppe de financement globale des CHRS selon le scénario retenu. Les 3 à 7% restant seront alloués à la faveur d'Appels à Manifestation d'Intérêt (AMI) pour encourager les actions innovantes et les accompagnements sociaux « spécialisés » sur une durée prévisionnelle inférieure à celle du CPOM, vraisemblablement 3 ans si on se fie aux AMI ayant cours dans le secteur médico-social.

Ce modèle de financement implique en conséquence de faire une distinction au sein de la fonction d'accompagnement social entre les accompagnements « socles » ayant vocation à être financés par l'équation tarifaire et les accompagnements « spécialisés » financés grâce aux AMI pour répondre à des besoins plus spécifiques. Cette distinction est moins intuitive qu'il n'y paraît et a nécessité la définition d'un référentiel de l'accompagnement social qui n'est pas sans faire penser à la nomenclature des prestations développée à l'occasion de la réforme SERAFIN-PH dans le secteur médico-social. Élaboré par la DIHAL depuis 2022, en partenariat avec les associations du secteur, ce référentiel identifie 4 familles de prestations en plus de l'accompagnement vers le logement qui constitue la raison d'être des CHRS :

- Accompagnement à l'accès aux droits et libertés et à la participation
- Accompagnement vers l'emploi
- Accompagnement vers la santé et l'estime de soi
- Accompagnement à la vie sociale et à la citoyenneté

Chacune de ces 4 familles comprend donc des accompagnements « socles » financés par l'équation tarifaire et des accompagnements « spécialisés » financés par un AMI, ils peuvent alors mobiliser des co-financements au-delà du seul BOP 177.



Source : DIHAL

La contractualisation et l'adaptation du cadre budgétaire

Comme dans le secteur médico-social, la réforme de la tarification est concomitante à la généralisation de la contractualisation. Depuis la loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN), les gestionnaires de CHRS ont l'obligation de signer avec l'État un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens^[2]. La DIHAL estimait en 2024 à 75% le taux de couverture des CHRS par un CPOM et ambitionnait d'atteindre les 100% à horizon 2026. Les établissements, ayant déjà signé un CPOM au moment de l'entrée en application de la réforme tarifaire, devront envisager leur actualisation par la voie d'un avenant^[3]. En effet, la réforme tarifaire a vocation à s'appliquer simultanément à l'ensemble des CHRS que ces derniers aient ou non signé un CPOM. L'instruction du 8 avril 2024 rappelle que les évolutions législatives nécessaires à la mise en œuvre de la réforme tarifaire prévoiront notamment un report de la date butoir pour conclure un CPOM, à deux ans après la prise d'effet de la réforme. À terme, les établissements qui n'auraient pas signé de CPOM au-delà de la date butoir pourraient s'exposer à des sanctions financières allant jusqu'à une modulation à la baisse de 10 % du résultat de l'équation tarifaire comme cela se pratique déjà dans le secteur médico-social (cf. article D. 314-167-1 du CASF).

L'entrée en application de la réforme tarifaire s'accompagne également pour les CHRS d'une adaptation du cadre budgétaire. Les gestionnaires ont ainsi vocation à renseigner respectivement un État Prévisionnel des recettes et des dépenses qui se substitue à l'ancien budget prévisionnel (BP) puis un État Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) à l'issue du cycle budgétaire en lieu et place des anciens comptes administratifs (CA). La trajectoire pluriannuelle sera quant à elle actualisée annuellement à l'occasion de la transmission du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) qui devrait constituer une annexe obligatoire du CPOM.

[2] Arrêté du 25 octobre 2019 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11-2 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements mentionnés à l'article L. 345-1 du même code.

[3] Instruction du 8 Avril 2024 relative à la campagne budgétaire des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) pour l'année 2024.

Le cadre de l'EPRD apporte des évolutions notables en matière de gestion budgétaire en autorisant la libre affectation des résultats par le gestionnaire en cohérence avec les objectifs inscrits dans le CPOM, de plus, le principe d'équilibre strict ne trouve plus à s'appliquer. Le dépôt de l'EPRD devrait s'accompagner de la transmission d'un certain nombre d'indicateurs permettant l'analyse de la situation financière de la structure et de son activité, comme le prévoit l'instruction du 8 avril 2024. Une modulation à la baisse du résultat de l'équation tarifaire en fonction de l'activité pourrait être introduite à l'occasion de la réforme tarifaire^[4] comme dans le secteur médico-social.

Le passage à l'EPRD accélérera vraisemblablement la démarche de contractualisation pour que les CHRS puissent bénéficier pleinement de ce nouveau cadre budgétaire. Le CPOM représente un vecteur de simplification administrative dans la mesure où un organisme gestionnaire qui n'aurait pas signé de CPOM au moment de l'introduction de l'EPRD se verrait contraint de présenter un EPRD pour chaque CHRS, alors qu'un organisme gestionnaire ayant signé un CPOM pourra présenter un seul EPRD intégrant l'ensemble des activités couvertes par le CPOM. La cohérence devra être recherchée autant que faire se peut entre le périmètre du CPOM et le périmètre de l'EPRD. Toutes les activités entrant dans le champ du CPOM ont vocation à intégrer le périmètre de l'EPRD qu'ils s'agissent d'activités autorisées ou déclarées dès lors qu'elles relèvent du BOP 177.

Conclusion

Si la réforme de la tarification des CHRS n'en est encore qu'au stade de la préfiguration, les gagnants et les perdants de cette réforme devraient être identifiés dans le courant de l'exercice 2025 à la faveur de l'enquête actuellement conduite par la DIHAL. Une nouvelle période de convergence facilitera probablement l'entrée en application progressive du modèle. Les variables de l'équation tarifaire se distinguent pour l'heure des équations ayant déjà cours dans le secteur médico-social en s'attachant davantage à décrire les caractéristiques des structures que le profil des usagers. Il reste à déterminer si ce modèle tarifaire permettra d'éviter d'éventuels biais de sélection des populations accompagnées. Au nombre des défis à relever, on peut également citer la nécessité de proposer un accompagnement renforcé lors du déploiement de l'EPRD aux structures historiquement déficitaires en l'absence de compensation du déficit désormais.

[4] Arrêté du 6 juin 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 2017 relatif au seuil mentionné à l'article R.314-160 déclenchant le dispositif de modulation du forfait global de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.

PILOTAGE

Le rôle de pensée complexe dans la performance des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'article aborde la place de la pensée complexe définie par Edgar Morin, dans le pilotage des établissements. Les résultats montrent que le manque de pilotage de la pensée complexe affecte la performance et nuit à la qualité des soins et des accompagnements. La discussion s'ouvre sur les dimensions épistémologique et managériale permettant de favoriser une meilleure appréhension de la pensée complexe au sein des établissements.

Comme la plupart des pays de l'OCDE, la France tente de contenir ses dépenses de santé tout en relevant les défis : faire face au vieillissement de la population, à l'augmentation des cancers, des maladies chroniques et des maladies de l'appareil circulatoire, intégrer les outils de la e-santé, fidéliser les professionnels du soin et de l'accompagnement, etc. Dans ce contexte, on comprend que les établissements aient besoin d'améliorer leur performance tout en garantissant qualité des soins et bien-être des salariés.

La problématique abordée ici est celle de la place de la pensée complexe définie par Edgar Morin dans le pilotage des organisations de santé ; le pilotage étant entendu comme « *une démarche de management qui relie stratégie et actions opérationnelles.* » (Lorino 2017, p.13). L'hypothèse développée est la suivante : dans un contexte en perpétuelle évolution, le manque de pensée complexe dans le pilotage des services et des établissements affecte les performances économiques et sociales de ces derniers, ce qui nuit à la qualité des soins et à la qualité de vie au travail des professionnels.

La performance est un concept polysémique qui concerne néanmoins la mesure financière, autant que le pilotage (Anthony 1988). C'est dans cette logique que Savall et Zardet (2020) définissent la performance globale de l'organisation, c'est-à-dire une approche qui articule la performance sociale et la performance économique en partant du principe que les compétences et tous les autres potentiels offerts par les ressources humaines contribuent à alimenter et augmenter la performance économique des organisations. Cette approche de la performance est privilégiée dans le cadre de cette recherche, car elle propose une méthode d'évaluation pratique de la performance, mais également parce qu'elle est en adéquation avec les principes de la performance des organisations de santé : qualité clinique, caractère approprié des soins et des accompagnements, capacité de réaction aux attentes et besoins des publics soignés, productivité, etc. (Smith et al. 2008 ; Bertezene 2018).

Pour explorer l'hypothèse, l'article présente d'abord les fondements du concept d'auto-éco-ré-organisation d'Edgar Morin, ainsi que la méthode de recueil et d'analyse des données utilisée pour en identifier les contours. Les résultats sont ensuite présentés et brièvement discutés en conclusion.

Le cadre théorique et méthodologique : pensée complexe et diagnostic socio-économique

Cette première partie dresse le cadre théorique de la recherche et explique la démarche empirique.

Concepts de reliance et d'auto-éco-ré-organisation au fondement de la pensée complexe

La pensée complexe (Morin 2005) relie ce qui est épars grâce à quatre opérateurs de reliance (Morin, 1997) : le système ainsi que les principes hologrammatique, de récursion et de dialogique.

Le système connecte les parties à un tout, ce tout étant moins ou plus que la somme de ses parties. Il apparaît en effet des propriétés nouvelles dues à l'organisation même de ces parties en un tout : les émergences. Ces émergences sont irréductibles aux éléments du système qui les produisent ; mieux, elles rétroagissent sur ces éléments, formant ainsi une boucle. Autrement dit, l'établissement est bien plus qu'une addition de lignes budgétaires, de compétences, de matériels et de locaux. Il est, entre autres, un lieu de création de valeur, de pratiques et de production de connaissances tacites et explicites qui agissent sur lui. De manière récursive, ces connaissances sont mises en œuvre, d'autres sont produites, transmises, capitalisées, etc. Et la boucle agit sans fin.

Le principe hologrammatique indique que « *le tout est d'une certaine façon inclus (engrammé) dans la partie qui est incluse dans le tout* » (Morin 1986, p. 102). Par exemple, et schématiquement, le projet d'établissement construit de manière collaborative est le résultat de ce que chacun est. La démultiplication de cette stratégie, depuis la direction jusqu'aux personnels, permet à chacun de porter la vision à moyen-long terme et d'en garantir la mise en œuvre à court terme.

La récursion « *est un processus où les produits et les effets sont en même temps causes et producteurs de ce qui les produit* » (Morin 2005, p. 99-100). Cette récursion est par exemple attendue des démarches d'amélioration continue de la qualité mises en œuvre au sein des hôpitaux et des établissements médico-sociaux.

La dialogique est « *l'association complexe (complémentaire/concurrente/antagoniste) d'instances, nécessaires ensemble à l'existence, au fonctionnement et au développement d'un phénomène organisé* » (Morin 1986, p.98). Par exemple, pour préparer et réaliser la première greffe de visage, l'organisation a eu besoin de l'application stricte et routinière de protocoles d'hygiène pour garantir la sécurité des soins, et de changements afin de constituer une équipe pluridisciplinaire, définir un protocole d'intervention inédit, réaliser des tests, etc.

Les quatre opérateurs de reliance permettent l'auto-éco-ré-organisation (Morin, 1980), cette dernière faisant d'un établissement un système vivant qui peut s'adapter et évoluer dans un monde changeant. Un hôpital ou un EHPAD se comprend en effet dans sa capacité à influencer son environnement, à être influencée par lui, à s'auto-influencer, c'est-à-dire à se transformer volontairement et à s'adapter continuellement aux changements.

Le diagnostic socio-économique pour identifier la capacité d'auto-éco-réorganisation d'un EHPAD

La méthode de diagnostic socio-économique est utilisée depuis 1976 dans le cadre de recherches en sciences de gestion au sein de milliers d'entreprises et d'organisations des différents secteurs de l'activité économique, sur tous les continents (Savall et Zardet 2020). Cette méthode a été mobilisée au sein d'un EHPAD associatif composé de 80 chambres et qui fonctionne grâce à 55 salariés (51 en équivalent temps plein).

Le diagnostic commence par l'identification et l'analyse qualitative des zones de non-qualité et de non-efficacité présentes dans l'établissement. Il se poursuit par une évaluation des régulations en termes quantitatifs et financiers. Ces étapes sont réalisées grâce à trois modes de recueil de données complémentaires : l'observation, l'étude de documents internes et les entretiens.

La première phase d'entretiens consiste à identifier les difficultés vécues par les acteurs dans le pilotage de l'organisation (21 entretiens individuels et semi-collectifs d'1 heure à 1h30 ont ainsi été conduits auprès de 40 membres de la direction, de l'encadrement et des personnels, administratifs, hôteliers et de soin). Une seconde série d'entretiens directifs auprès de l'encadrement a permis de recueillir des informations relatives à la régulation des dysfonctionnements en termes de surtemps (gaspillages de temps pour assurer la régulation des dysfonctionnements), de non-productions (absence d'activité en raison d'un dysfonctionnement)^[1], de surconsommations (quantités de produits consommées de manière superflue), de sursalaires (écart de salaire dû à la réalisation d'une activité par une personne payée davantage que celle qui aurait dû la réaliser) et de non-crédit de potentiel (coût en temps humain des investissements immatériels que l'organisation ne peut pas réaliser, car le personnel est occupé à réguler des dysfonctionnements). Ces cinq composants illustrent les impacts économiques de la régulation des dysfonctionnements. Les dysfonctionnements sont regroupés en cinq indicateurs : absentéisme, rotation du personnel, accident du travail (indicateurs sociaux), défauts de qualité et écarts de productivité directe (indicateurs économiques). Grâce à l'évaluation des coûts cachés, il est possible de mettre en exergue le niveau de performance de l'organisation et de mesurer l'écart avec le niveau de performance attendue. Cela permet l'élaboration et la mise en œuvre de solutions pour améliorer la performance globale, ce qui revient à respecter le budget et à terme, développer la capacité de survie et de développement de l'établissement.

Une observation non participante d'une trentaine d'heures a permis de pondérer certains dysfonctionnements relatés au cours des entretiens, mais également de mieux comprendre certaines régulations au sein des différents services. L'étude des documents internes (projet d'établissement, projet de vie, projets personnalisés, manuel de procédures et de protocoles, plannings, contrats de travail, dossiers de soins, etc.) a permis en outre de mieux comprendre la nature et les impacts des dysfonctionnements. Ces données sont nécessaires pour la réalisation des calculs de coûts cachés et notamment le calcul de la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables (CHVACV), c'est-à-dire à la valeur ajoutée produite par heure de travail dans l'établissement.

Une pensée complexe entravée, une performance dégradée

Le manque de travail en commun pour progresser collectivement est mis en évidence : les personnels se rencontrent trop peu pour échanger des informations permettant la qualité de la prise en charge, pour penser ensemble les solutions aux difficultés et *a fortiori* pour innover. Pis, les équipes n'ont pas de temps dédiés à la rencontre des personnes âgées et de leurs familles pour penser avec elles l'évolution des services, si ce n'est les trois réunions annuelles du Conseil de la Vie Sociale mais auxquelles peu de résidents et de familles participent et qui ne permettent pas d'engager une réflexion stratégique. Le cloisonnement est aussi présent entre l'établissement et le siège. Les équipes ont du mal à s'approprier des procédures et des protocoles écrits par des personnels du siège et des administrateurs, éloignés sur les plans géographique, organisationnel et culturel. Ceci explique au moins en partie que ces documents soient peu connus ou encore qu'ils deviennent obsolètes sans pour autant que ce soit signalé et donc modifié par quiconque.

[1] Surtemps et non-productions : régulations grâce à des activités humaines exprimées en unités de temps traduites en euros et valorisées à la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables (CHVACV).

Chaque équipe reste dans sa zone de compétences et de prérogatives, les passerelles formelles permettant les coopérations interprofessionnelles sont difficiles à établir. Les règles ou l'organigramme ne les prévoient pas de manière formelle, ce qui nuit à l'émergence de nouvelles connaissances au bénéfice des résidents et plus globalement, à la performance de l'établissement. De fait, les acteurs ont peu l'occasion de se pencher ensemble sur la complexité de l'environnement interne et externe : changements, aléas, décisions inattendues, etc. Par exemple, si un salarié propose une amélioration, comme l'utilisation d'outils numériques pour la stimulation cognitive, il y a peu de chances qu'elle soit mise en œuvre si ce travail de réflexion ne fait pas partie de son champ de compétences reconnues par le groupe.

Dans ces conditions, les équipes ont du mal à garantir une auto-éco-ré-organisation dans la logique de la stratégie définie par la direction générale du groupe, et censée être déployée au sein de l'établissement.

En résumé, le manque d'autonomie et de responsabilisation (auto) des équipes, y compris de la direction de l'établissement, génère des dysfonctionnements comme le manque de communication et de concertation des équipes, des procédures incomprises ou non adaptées, des formations non suivies d'effet, des compétences disponibles non mobilisées au détriment des résidents, etc. (éco). En bout de course, ces difficultés se manifestent par des soins et des modalités d'accompagnement de moindre qualité et des pertes d'efficacité pour l'ensemble de l'établissement (voir tableau n°1). Faute d'amélioration continue en dépit de l'obligation légale d'évaluation de la qualité, la boucle est plus négative que positive (ré), occasionnant au moins 205 000 euros de coûts cachés par an, soit plus de 3 700 euros par an et par salarié (évaluation sous-estimée compte tenu du temps imparti à l'étude, avec plus d'entretiens, plus de régulations auraient pu être évaluées).

Tableau n°1 - Exemples de coûts cachés dus au manque de PC affectant l'indicateur «écart de productivité» de l'établissement

<p>Principe dialogique (exemple décentralisation et autonomie d'organisation / centralisation et non autonomie d'organisation)</p>	<p>L'infirmier coordonnateur planifie le travail tous les jours en fonction des urgences et des priorités. Mais le siège impose des réunions ou des formations et bouleverse le planning établi. L'infirmier coordonnateur refait donc la planification et la ventilation des tâches à chaque changement imposé par le siège, ce qui lui fait perdre 5 heures par semaine, toutes les semaines (surtemps) :</p> <p>1 personne x 1 fois x 5 heures x 45 semaines x 38 € [2] = 8 550 € de perte de productivité.</p>
<p>Principe hologrammatique</p>	<p>Puisqu'elle n'accède pas à des informations écrites ou orales, la responsable des animations interroge tous les jours pendant 10 minutes (surtemps) une collègue soignante afin d'obtenir les informations dont elle a besoin pour travailler auprès des résidents (état de santé, consultations prévues, consignes données par le médecin ou encore le gérontopsychiatre, etc.) :</p> <p>2 personnes (la responsable des animations et une collègue soignante) x 0,16 heure x 230 jours x 38 € = 2 913 € de perte de productivité.</p>
<p>Principe de récursion</p>	<p>15 membres de l'équipe soignante ont suivi une formation de 3 jours « Animations pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ». A leur retour de formation, le planning de travail n'a pas été modifié, les animations n'ont jamais été programmées et les résidents n'en ont jamais bénéficié. Le coût total de la formation est de 3300 € TTC pour les 15 personnes (surconsommation). Ces personnes ont été remplacées durant cette période (heures récupérées et non payées); 15 personnes x 21 heures x 38 € [2] = 11 970 € de surtemps.</p> <p>3 300 € + 11 970 € = 15 270 € de perte de productivité</p>

[2] Cette somme correspond la contribution horaire à la valeur ajoutée sur coûts variables (CHVACV). Cet indicateur se calcule de la manière suivante : recettes - charges variables = valeur ajoutée sur coûts variables (VACV) ; VACV / nombre d'heures de travail attendues dans l'année : CHVACV).

Discussion et conclusion : des conditions épistémologiques et managériales peu favorables à la pensée complexe et à la reliance, sources de gaspillages de ressources

La problématique abordée dans cet article est celle de la place de la pensée complexe définie par Edgar Morin dans le pilotage des organisations de santé. L'hypothèse testée suggère que le manque d'appréhension de la pensée complexe affecte directement les performances économiques et sociales des services et des établissements. Les résultats de la recherche réalisée au sein d'un EHPAD valident cette hypothèse. Ils révèlent en effet que l'organisation génère des dysfonctionnements couteux, des émergences au sens de Morin, faisant obstacle à l'auto-éco-ré-organisation et donc remettant en question la survie et le développement de l'établissement dans un environnement incertain. Ces résultats ne permettent cependant qu'une généralisation théorique (Yin 2012). Ils devront être confrontés à ceux obtenus au sein d'autres établissements publics et privés, hospitaliers et médico-sociaux pour en renforcer la validité. Pour autant, ces résultats permettent de mieux comprendre la réalité des établissements et d'avancer deux raisons au manque d'appréhension de la pensée complexe et des opérateurs de reliance.

Une première raison est d'ordre épistémologique. La pensée cartésienne combinée avec celle d'Aristote débouche sur un modèle analytique de construction de connaissances (Le Moigne 2012) consistant à décomposer l'objet étudié. La méthode analytique a le projet ambitieux de décrire, d'expliquer le réel et d'en révéler les lois. Auguste Comte (1968) propose sur cette base une classification des sciences dont les disciplines universitaires sont les héritières. Ceci explique notamment les formations en silo des professionnels de la santé, alors même que les changements et les innovations dans leurs pratiques sont liés à une culture transdisciplinaire et pluriprofessionnelle (Danan et al. 2014).

Une deuxième raison, liée à la première, est d'ordre managérial. La prédominance des standards et d'une autorité définie par la norme, conformément au modèle wébérien de l'organisation (Weber, 1994), s'opposent aux principes d'autonomie, de responsabilité individuelle des professionnels, de confiance réciproque et donc d'autonomie pour assurer la performance des organisations. Cette forme d'organisation rend donc les établissements peu compatibles avec un management centré sur les Hommes (Lewin et Stephens, 1993). Les services sont cloisonnés, les équipes ne sont pas interdisciplinaires pour répondre aux besoins des résidents. Au contraire, on demande au résident et à ses proches de s'adapter aux contraintes de l'organisation en se déplaçant d'équipe en équipe, d'activité en activité, de silo en silo (Bertezenne, 2018, 2024).

L'organigramme fonctionnel, typique de l'école classique de l'organisation, favorise les relations de travail verticales et descendantes ce qui, de fait, s'oppose à une organisation collaborative, aux relations de travail à la fois horizontales et verticales, descendantes et ascendantes. Il y a plus de dix ans, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dénonçait déjà les dérives de ce mode de fonctionnement bureaucratique et partant, le manque de sens perçu par les équipes à l'égard de leurs missions (Schaezel et Tregoat, 2013). Plus récemment, le 28 mars 2025, l'IGAS a publié un rapport qui montre des pratiques managériales dans les entreprises en France très verticales et peu coopératives, laissant un faible niveau d'autonomie aux salariés. Gageons que la prochaine stratégie nationale de santé reprenne cette étude à son compte afin d'améliorer la performance des services et des établissements.

[3] <https://igas.gouv.fr/pratiques-manageriales-dans-les-entreprises-et-politiques-sociales-en-france-les-enseignements-dune-comparaison-internationale-allemande-irlande-italie-suede-et-de-la-recherche-0>

Références bibliographiques

- Anthony R.N. (1988), *The management control function*, Harvard Business School Press.
- Bartoli F., Dieuleveux T., Hautchamp M., Laloue F., (2024), *Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : Les enseignements d'une comparaison internationale (Allemagne, Irlande, Italie, Suède) et de la recherche*, RAPPORT IGAS N°2023-128R (tome I).
- Bertezene S. (dir.) (2024), *S'organiser pour affronter l'incertain au sein des hôpitaux - Leçons tirées de la crise covid-19*, Berger-Levrault.
- Bertezene S. (2018), Control of hospitals and nursing homes in France, *Health Policy*, 122(4): 329-333.
- Comte A. (1968), *Cours de philosophie positive*, Anthropos.
- Danan J., Boulangé M., Coudane H., Kanny G. (2014), De la nécessité d'innover à l'émergence de pratiques innovantes en santé, *Hegel*, 3(3) : 279-286.
- Le Moigne J.L. (2012), *Les épistémologies constructivistes*, PUF.
- Lewin A., Stephens C. (1993), Designing Post-Industrial Organizations: Combining Theory and Practice, in Huber, Glick (Eds), *Organizational Change and Redesign*, Oxford University Press.
- Lorino P. (2017), *Méthodes et pratiques de la performance - Le guide du pilotage*. 6^{ème} édition, Éditions d'Organisation.
- Morin E. (1980), *La Méthode, Tome 2 - La vie de la vie*, Le Seuil.
- Morin E. (1986), *La Méthode, Tome 3 - La connaissance de la connaissance*, Le Seuil.
- Morin, E. (1997), Quelle Université pour demain ? Vers une évolution transdisciplinaire de l'Université, *Motivation*, 4.
- Morin E. (2005), *Introduction à la pensée complexe*, Le Seuil.
- Savall H., Zardet V. (2020), *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, 7^{ème} édition, Economica.
- Schaetzel F., Treogat J.J. (2013), *Articulation de la fonction inspection contrôle des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des ESSMS*, IGAS, Rapport n°RM2013-010P.
- Smith P., Mossialos E., Papanicolas I. (2008), *Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives*, Éditions de l'OMS.
- Weber M. (1994). *Le savant et le politique*. (J. Freund, E. Fleischmann, É. de Dampierre, Trans.).
- Yin R.K. (2012), *Applications of Case Study Research*, Sage.

ÉTUDES

A l'écoute et à la lecture attentives des futurs dirigeants des structures sociales et médico-sociales et de leurs travaux universitaires

Le Réseau des Masters Management des Organisations de Santé (RéMMOS) rassemble des responsables de masters et MBA spécialisés dans les secteurs hospitaliers, social et médico-social. Ce réseau d'enseignants et chercheurs rassemble chaque année ceux qu'ils estiment être les meilleurs mémoires ou thèses professionnelles soutenus durant l'année universitaire, pour ensuite les examiner de manière collégiale, afin de les valoriser, voire d'en distinguer quelques-uns. Cette dynamique est très bienvenue, tant la distance est demeurée longtemps trop élevée entre les pratiques de management et de gestion dans le secteur de la santé et des solidarités, d'une part, et les travaux d'analyse et de recherche sur ces sujets, d'autre part. Et quoi de mieux pour poursuivre et approfondir ce décloisonnement que d'investir de l'attention en direction des jeunes (et moins jeunes) diplômés, et leurs travaux.

Le millésime distingué en décembre 2024 est bien représentatif de la grande diversité du champ sanitaire et social :

Le premier prix ARAMOS (Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations de Santé) a été remis à Madame Laëtitia Sallefranque, pour une « *Étude comparative de la culture de sécurité en entreprise et en ESAT (établissement et service d'accompagnement par le travail) : un public spécifique soumis à des risques professionnels* » (Université de Bordeaux).

Un premier prix spécial du jury du RéMMOS, financé par la FONDATION de l'URCA (Université de Reims Champagne-Ardenne), a été remis à Madame Sabrina HUREAUX DEJEAN, pour « *Penser la place physique et symbolique des parents d'enfants placés en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS)* ».

Un 2ème prix spécial du jury des mémoires du RéMMOS, financé par le CHRU de REIMS, a été remis à Madame Laurence ROUSSEAU-PITARD Laurence pour « *Charge mentale des cadres de santé : un enjeu collectif ?* » (Université Gustave Eiffel).

Pour inviter les lecteurs de la Revue *Autonomie* à s'y intéresser, je propose de partager ce qui a attiré mon attention pour chacun de ces travaux, tous très soignés et bien écrits. L'étude sur les ESAT a été ma première lecture, non pas tant en raison du premier prix délivré, mais parce que la création de plusieurs ESAT a été la première expérience médico-sociale et privée non lucrative du directeur d'hôpital public que je suis aussi, il y a

32 ans, déjà... Le caractère volontairement hybride de ces entités – à la fois structure d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées, mais aussi entreprise de services à vendre, produire et facturer – rendait particulièrement judicieux de comparer la culture de sécurité des ESAT avec celle d'autres entreprises du secteur économique « classique ». D'autres investigations par ailleurs sur les risques professionnels m'ont appris que, si les ESAT ont une sinistralité bien inférieure à celles des EHPAD, MAS, SSIAD, SPASAD, en moyenne nationale, pour autant certains ESAT assument des commandes et des travaux qui comportent des risques élevés. Bref, tous les gestionnaires d'ESAT, comme ceux d'EHPAD, de MAS, de SSIAD et de Services autonomie à domicile (reconfiguration des SPASAD) doivent investir plus avant les sujets de santé et de sécurité au travail.

La thématique des MECS a été ma seconde lecture, ayant eu l'occasion professionnelle de diriger un groupe d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privé non lucratif qui en comportait une particulièrement originale, en capacité d'accueillir des fratries. Cette étude se pose sur une intersection aussi stimulante que délicate : comment des structures qui accueillent des enfants, majoritairement dans le cadre d'ordonnances de placement provisoire (OPP) dans les établissements étudiés, parviennent-elles à penser, organiser « la place physique et symbolique des parents » ? En effet, et dans le cadre d'OPP, ceux-ci conservent l'autorité parentale. Cette observation très fine des représentations réciproques des éducateurs, parents et enfants montre tout le chemin à parcourir pour engager une approche « *capacitaire* » (ce que chacun peut mobiliser comme compétences et comme initiatives) et non « *déficitaire* » (centrée sur les difficultés et limites de chacun). N'imaginons surtout pas que la culture du « *déficitaire* » ne concernerait que le champ social : elle est omniprésente dans la représentation privative de la maladie ou de la perte d'autonomie dans les secteurs hospitalier et médico-social, et réfrène beaucoup de « capacités d'agir » de part et d'autre. Des usagers comme des professionnels de tous niveaux. Elle peut exister aussi comme césure à l'intérieur d'un même champ médico-social : le très remarquable Dr Philippe Denormandie avait un jour souligné, dans une conférence médico-sociale que j'avais organisée, que pour une personne handicapée tenue d'utiliser un fauteuil roulant, la question fonctionnelle posée était celle de son utilisation la plus autonome possible par et pour elle-même. Tandis que pour une personne âgée, la représentation la plus habituelle serait de se préoccuper de qui va être en mesure de le pousser et manœuvrer « pour elle ».

Pour ma troisième lecture, la thématique de la « *charge mentale des cadres de santé* » dans le secteur hospitalier survient très opportunément dans un moment où, par ailleurs, notre pays a décidé de faire de la santé mentale une grande cause nationale : celle-ci ne se localise pas seulement dans les établissements de santé autorisés à délivrer des soins psychiatriques, loin s'en faut, surtout après la crise sanitaire du Covid-19 et ses enseignements en la matière. Par ailleurs, les troubles des fonctions intellectuelles supérieures (déficiences, troubles cognitifs, troubles psychiques) mobilisent de plus en plus les structures sociales et médico-sociales.

Après une analyse très attentive des situations rencontrées, l'autrice aborde les voies de sortie par le haut qui se situent notamment dans le réinvestissement des cadres collectifs de travail, rudement secoués de plusieurs manières, depuis plusieurs années : lieux et horaires collectifs qui se dissolvent, télépression des courriels multiples et parfois contradictoires dans la même journée, mais toujours urgents pris isolément. Personne ne peut faire face seul aux contrastes élevés entre le souhaitable et le possible, notamment dès lors que l'on se donne pour magnifique mission de lutter contre la mort, la maladie, la perte d'autonomie, le handicap, et de promouvoir le plus haut niveau d'autonomie et de qualité de vie pour chacun. Cela donne beaucoup de sens, de belles raisons à chacun des professionnels du secteur hospitalier, social et médico-social de s'engager dans ces métiers. Et d'y poursuivre leur trajectoire professionnelle, espérons-le, car nous avons tous besoin d'eux. Mais sans étayage collectif construit et régulièrement ravauté, l'épuisement et le retrait peuvent frapper les meilleurs professionnels.

Merci aux trois autrices pour leur engagement dans ce travail, dont les thèmes et enseignements pourront inspirer les lecteurs de la revue *Autonomie*. Logiquement attentifs à nos grands enjeux de financements, de modalités de gestion, ou encore aux cadres juridiques de l'action sociale et médico-sociale, nous avons bien évidemment à être très professionnels et attentifs aux techniques du « comment » de l'action sociale et médico-sociale. Mais il nous faut rester toujours attentifs au « pourquoi », à l'écoute des besoins des personnes accompagnées et des personnes qui s'en occupent et préoccupent au quotidien.

AUTONOMIE

Revue de gestion des ESSMS

La nouvelle revue de référence pour gérer les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

- Ressources
- Droit et jurisprudence
- Gestion comptable et budgétaire
- Pilotage stratégique
- Veille documentaire



4 numéros par an + 1 accès au site www.autonomie-revue.fr



Retrouvez nos livres sur la gestion des établissements de santé et médico-sociaux sur www.infodium.fr



BULLETIN D'ABONNEMENT



À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à :
Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016
61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

4 numéros par an
+ 1 accès au site
www.autonomie-revue.fr
au prix de 145,94 € HT - **149 € TTC**
Soit 24 % de réduction par rapport
au prix de vente au numéro

- Ci-joint mon règlement par :
- Bon de commande/réf. Chorus jointe
 - Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
 - Mandat administratif/Réception de facture

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Octobre 2024 au 31 Décembre 2025.

Raison sociale :
Nom : Prénom :
Fonction :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Téléphone :
E-mail (mail version numérique) :

Cachet/Date/Signature



DÉPENSES

Les achats des EHPAD, levier de performance globale à explorer

Plus de 3000 EHPAD publics contribuent à l'accueil des personnes âgées dépendantes dans notre pays. La très grande majorité d'entre eux connaît une situation financière très compliquée. Dans ce contexte, les achats, deuxième poste de dépenses, contributeurs essentiels de la bonne prise en charge des résidents et de la qualité de vie au travail des équipes, représentent un levier pour dégager de nouvelles marges de manœuvre. Mais, sans moyens humains et financiers, comment aborder ce champ juridiquement et techniquement complexe, devenu aussi un outil de politique publique ? La mutualisation apparaît comme la voie la plus appropriée, à condition de respecter la spécificité du secteur médico-social.

85% des 3256 EHPAD publics sont aujourd'hui déficitaires, selon les chiffres fournis par la Fédération hospitalière de France (FHF). Prédominantes en zone rurale, ces structures, autonomes ou rattachées à des établissements sanitaires ou des collectivités territoriales, partagent, quelle que soit leur taille, les mêmes affres : celles des difficultés à boucler les fins de mois.

Enclenchée par la pandémie et le conflit en Ukraine, le phénomène inflationniste, que l'on vient de connaître ces dernières années, n'a rien arrangé. Au printemps dernier, la FHF avait chiffré le phénomène entre 2020 et 2023, soit un bond moyen de 21% des charges de la section hébergement des EHPAD. Sans augmentation équivalente des recettes durant la même période.

Déjà impactée par les exigences de qualité de la loi Egalim, l'alimentation, enjeu de santé majeur mais aussi de plaisir et de convivialité, a particulièrement été touchée par cette flambée des prix. Selon *Cantines responsables*, le coût journalier moyen par résident pour les denrées des quatre repas quotidiens (hors compléments alimentaires et main-d'œuvre) est aujourd'hui estimé entre 5,5 et 6,5 € HT, soit un quart des frais d'exploitation courante. Deuxième poste des dépenses, la ligne énergétique a été aussi victime de hausses vertigineuses. Exemple parmi tant d'autres, la facture d'électricité d'un EHPAD d'une centaine de résidents est passée de 92 000 euros en 2020 à 260 000 euros trois ans après...

Pas assez d'argent, pas assez de personnel

Certes, les pouvoirs publics cherchent à trouver des remèdes. Créé à l'été 2023, un fonds d'urgence pour les établissements et services médico-sociaux en difficultés a été doté de 100 millions d'euros - pour 80 % alloués à des structures publiques - tandis qu'était augmentée la valeur du point servant au calcul de la dotation soins. Depuis janvier, un décret autorise une augmentation des tarifs pouvant aller jusqu'à 35 % pour les nouveaux résidents des établissements publics et associatifs, en attendant la nouvelle aide de 300 millions

d'euros inscrite au projet de loi de finances de la Sécurité sociale 2025 au bénéfice des établissements les plus fragilisés. Ces aides ne compensent cependant pas une situation bien délicate à gérer.

D'autant que la seule carence de deniers n'est pas le seul défi. Par-delà leurs différences, tous les EHPAD affrontent aujourd'hui des difficultés identiques : une arrivée de plus en plus tardive de résidents aux degrés de dépendance accrus, un taux d'occupation en déclin depuis la pandémie et le scandale Orpéa... Mais aussi le manque criant de personnels et un fort turn-over (autour de 20% selon la Cour des comptes) de salariés usés par des conditions de travail éprouvantes, tous métiers confondus.

Les achats, une fonction astreignante et complexe

Avec un total de 4 milliards d'euros, soit près de 16 % des dépenses globales des EHPAD publics et privés non lucratifs (source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA), la problématique des achats, deuxième ligne budgétaire après celui de la masse salariale, prend, dans ce contexte, une nouvelle dimension. Car elle renvoie à la qualité du service rendu aux résidents et à la bonne santé économique des établissements. Toujours selon la CNSA, l'augmentation des dépenses liées aux achats contribue à la dégradation budgétaire globale du secteur à hauteur de 44% !

Compléments nutritionnels, dispositifs médicaux, linge et prestations de blanchisserie, produits d'incontinence, mobilier ergonomique, dispositifs de sécurité anti-fugue, opérations de maintenance, performance énergétique des bâtiments... Le bon fonctionnement des EHPAD nécessite une palette large et spécifique de matériels et prestations. Se les procurer ne s'improvise pas. Fournir ces bons produits et services, adaptés à la prise en charge des résidents et au travail quotidien des équipes, nécessite de déterminer le juste besoin bien en amont. L'exercice n'est pas aussi simple qu'on pourrait l'imaginer. Que faut-il privilégier ? L'ergonomie pour le résident ? La simplicité d'utilisation pour le personnel ? Le prix d'acquisition ?

Juste besoin et coût global

Même si elles partent des meilleures intentions, certaines demandes émanant des équipes peuvent ne pas correspondre exactement aux habitudes des personnes âgées prises en charge : équipements ou mobiliers mal adaptés au vécu, trop lourds ou trop compliqués à manipuler sans aide extérieure... Certains EHPAD ont d'ailleurs commencé à recourir au «design thinking», démarche de co-créativité, réunissant prescripteurs, utilisateurs, résidents et familles dans une réflexion commune. Si les priorités sont parfois divergentes, l'achat doit pourtant les concilier, voire les réconcilier, en cherchant à prendre en compte les besoins de l'ensemble des parties concernées. Au risque de se retrouver avec des équipements inutilisés sur les bras et de l'argent jeté par les fenêtres.

Une fois le juste besoin bien cadré, encore faut-il trouver chaussure à son pied à un coût acceptable. Se procurer un équipement performant au meilleur prix nécessite de connaître sur le bout des doigts l'état de l'offre, les contraintes de production et de distribution des entreprises, et de repérer les dernières innovations. Acheter au meilleur coût, cela signifie également de ne pas se contenter de choisir l'étiquette la moins chère. Mais de prendre en compte de nombreux paramètres : les consommables associés, les fluides nécessaires, la gestion des déchets produits, la maintenance, les pièces détachées... Et d'intégrer dans son calcul les dépenses cachées. Avant de choisir un lit médicalisé par exemple, mieux vaut s'interroger sur la réalité des plus-values apportées : réduit-il les troubles musculo-squelettiques pour le personnel ? Empêche-t-il les chutes des résidents ?

Des règles à respecter

Déjà variés et techniques, les achats pluriels des EHPAD doivent aussi compter avec les règles de la commande publique, parfois kafkaïennes pour les néophytes. Leur respect implique une vigilance de tous les instants car elles évoluent sans cesse, amendées par le Parlement, précisées par les notes et circulaires de l'administration (direction générale de l'offre de soin du ministère de la Santé, direction des affaires juridiques du ministère des Finances...) et interprétées par les décisions des juridictions administratives.

Il faut toujours le garder à l'esprit, une personne publique qui achète, même pour quelques euros, passe un marché public. A l'instar des autres entités soumises au Code de la commande publique, un EHPAD public doit respecter les trois grands principes fondamentaux (liberté d'accès aux marchés, égalité de traitement, transparence), et tout un cadre évolutif : choix de la procédure en fonction de la nature du marché et des seuils, publicité, modalités de mise en concurrence, rédaction du cahier des charges...

Méconnaître ce corpus, négliger les règles du jeu, c'est encourir possiblement les foudres des tribunaux administratifs avec le risque d'annulation du marché, voire déclencher une recherche de responsabilité pénale, en cas de conflit d'intérêts. On ne badine pas avec la discipline : procurer un avantage injustifié à une entreprise, mieux connu sous le nom de délit de favoritisme, peut être puni jusqu'à 2 ans de prison et 200 000 € d'amende, plus l'interdiction d'exercer une fonction publique.

L'achat, également outil de politique publique

Toutefois, déterminer le juste besoin et acquérir les matériels au meilleur rapport qualité/prix en respectant le droit de la commande publique ne suffit plus. Comme les ministères, les collectivités, les hôpitaux, les EHPAD publics doivent respecter les nombreuses injonctions fixées par le législateur. Depuis plusieurs années, les textes s'empilent pour indiquer aux personnes publiques la marche à suivre lors de leurs acquisitions (loi de 2015 sur la transition énergétique, loi Egalim de 2018, loi Pacte de 2019, loi Climat et résilience de 2021, loi industrie verte de 2023...).

Afin de protéger notre environnement, les achats publics sont encouragés à choisir des équipements et produits plus durables et moins polluants (éco-conception, part de matières recyclées, économie circulaire, réparabilité...). Ils sont aussi invités à jouer pleinement leur rôle d'acteur économique, en donnant un coup de pouce aux PME-TPE, à contribuer au progrès technologique en retenant des solutions de pointe (outils numériques, objets connectés, robotique...) et en faisant grandir les jeunes pousses innovantes.

La commande publique est également appelée à donner un coup de pouce aux personnes éloignées de l'emploi (clauses d'insertion, recours aux entreprises du secteur du handicap et de l'économie sociale et solidaire). Et dans certains segments, elle est désormais poussée à privilégier des produits manufacturés dans l'Union européenne pour restaurer une « souveraineté économique ». Toutes ces options supplémentaires sont compliquées à activer, même pour les structures publiques comptant des acheteurs expérimentés dans leurs rangs. Elles engendrent parfois des surcoûts, délicats à endosser, spécialement dans un contexte de réduction drastique des dépenses publiques.

Regrouper les besoins est nécessaire

En résumé, parvenir à atteindre tout ou partie de ces objectifs, tout en maîtrisant les risques et en appréciant les bénéfices réels, implique d'avoir sous la main des spécialistes. Entravés par le manque de moyens financiers et humains autant que par la modestie de leurs volumes de commandes, la plupart des EHPAD ne peuvent aujourd'hui assumer seuls une fonction achat dans toutes ses dimensions. Seuls 5 % des établissements reconnaissent d'ailleurs avoir une stratégie formalisée en l'espèce (source : cabinet Aphilia). Dans la plupart des cas, le sujet est l'affaire de tous, c'est-à-dire de personne en particulier. En fonction des segments concernés, la direction, les cadres de santé, les soignants, les agents techniques mettent la main à la pâte, en prenant sur un temps déjà précieux.

Néanmoins, la situation impose de travailler plus que jamais à l'optimisation de ces dépenses pour en faire, non seulement un levier d'économies potentielles, mais aussi le pivot d'une nouvelle performance globale. Mutualiser autant les besoins que le savoir-faire est la réponse idoine, mais à condition d'y trouver son compte.

Se regrouper, les EHPAD le font déjà, sous forme de conventions, de groupement d'intérêt public (GIP), de groupement de coopération sanitaire (GCS) ou de groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS). Fin 2022, environ 60 % d'entre eux avaient souscrit à ce type d'alliance. Le mouvement devrait s'accélérer. La loi « bien-vieillir » du 8 avril 2024 contraint au regroupement coopératif tous les établissements et services pour personnes âgées publics autonomes relevant de l'hospitalière. D'ici à trois ans, il leur faudra adhérer, soit à un GHT, soit à un nouveau type d'association qui s'en inspire, dénommé « groupement territorial social et médico-social » (GTSMS). Pourtant, alors que cette optimisation pourrait être particulièrement profitable aux achats, ce poste de dépenses majeur se voit encore pourtant trop rarement embarqué dans ce type de rapprochement, focalisé sur le partage des équipes ou la formation.

Mutualiser de manière plus adaptée

D'autres voies existent. Toutefois, pour que la mutualisation apparaisse comme la réponse appropriée aux EHPAD dépourvus d'acheteurs professionnels dans leurs rangs, encore faut-il que la totalité des acteurs de la mise en commun intègre les spécificités du secteur médico-social. La massification avec les GHT, dont quelque 1000 EHPAD relèvent, offre plus de sécurité juridique et génère des économies. Mais elle entraîne aussi parfois une perte de réactivité et de proximité, et des réponses décalées par rapport au besoin.

Le recours aux centrales d'achats offre bien des avantages. Passation des marchés effectuée dans les règles de l'art, gain de temps, économies d'échelle, prise en compte de l'innovation et de la dimension éco-responsable du côté des acheteurs. Connaissance des besoins, diffusion des offres facilitées, commercialisation simplifiée, rationalisation des livraisons du côté des fournisseurs. Mais si faire appel à la compétence d'un opérateur national reste donc pour un EHPAD la solution la plus simple et la plus performante, certains points demeurent, là encore, à améliorer.

Il faut le reconnaître : aujourd'hui, l'offre mutualisée n'est sans doute pas encore totalement parvenue à maturité. Les établissements médico-sociaux mettent en évidence des coûts d'adhésion et des marchés pas toujours entièrement adaptés aux spécificités du secteur. Ils plaident pour des solutions et services mieux dimensionnés à leurs finalités et leurs contraintes. L'amélioration de la centralisation des achats passe non seulement par une offre sans doute mieux ajustée, mais également par un soutien et un accompagnement individualisé des établissements.

Voilà pourquoi le Resah, qui vient d'éditer un guide sur la problématique des achats des EHPAD, disponible gratuitement en ligne sur son site internet, a décidé de renforcer la pertinence de l'offre de sa centrale d'achat destiné au secteur médico-social à travers le déploiement d'un programme d'action spécifique. Celui-ci a pour objectif de mieux prendre en compte les attentes et les contraintes des établissements. Il s'appuiera en particulier sur les retours d'expérience de ceux (ils sont déjà plus de 900) qui ont actuellement recours à ses services.

L'ÉCOSYSTÈME RÉFÉRENT DE LA SANTÉ ET DU MÉDICO-SOCIAL

SANTÉXPO

UN ÉVÉNEMENT
FHF
FEDERATION FRANÇAISE
DES HÔPITALIERS DE FRANCE

SE TRANSFORMER,
INNOVER EN SANTÉ
AU CŒUR DE NOS VALEURS

LES 20, 21 ET 22 MAI

PARIS 2025

PARIS EXPO
PORTE DE VERSAILLES HALL1

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT
ET DÉCOUVREZ LE PROGRAMME !



#SANTÉXPO



Veille documentaire

Publication de textes d'application de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

Fixation des seuils applicables aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et aux résidences autonomie

Le décret n° 2025-116 du 7 février 2025 (JO du 9 février 2025), pris en application de l'article 38 de la loi du 8 avril 2024, modifie les articles D. 313-15, D. 312-159-4 et D. 313-24-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Il prévoit que :

- Les EHPAD doivent, au minimum, accueillir plus de 20 % de résidents classés en groupes iso ressources (GIR) 1 à 3 par rapport à leur capacité totale (contre 15 % antérieurement) ;
- Les résidences autonomie peuvent accueillir des résidents classés en GIR 1, 2 ou 3 sans dépasser le seuil de 20 % (15 % auparavant). Ce seuil peut être temporairement dépassé du fait de l'évolution du niveau de dépendance des résidents qui sont déjà accueillis dans l'établissement, jusqu'au départ des résidents dont l'évolution du niveau de dépendance a entraîné le dépassement.

Il définit également les trois types d'actions qui peuvent être financées par le forfait autonomie :

- Le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques ;
- La nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes, l'information et le conseil en matière d'hygiène et de prévention en santé ainsi que la sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie ;
- Le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le repérage des fragilités, le développement du lien social et de la citoyenneté.

Ce texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Accueil des animaux de compagnie en EHPAD et résidence autonomie

L'arrêté du 3 mars 2025 (JO du 4 mars 2025) définit les conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires à l'accueil des animaux de compagnie en EHPAD et résidence autonomie, en application de l'article 26 du 8 avril 2024 qui prévoit que, sauf avis contraire du conseil de la vie sociale, ces établissements « *garantissent aux résidents le droit d'accueillir leurs animaux de compagnie, sous réserve de leur capacité à assurer les besoins physiologiques, comportementaux et médicaux de ces animaux et de respecter les conditions d'hygiène et de sécurité définies par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.* »

Ce texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Expérimentation d'un accueil de nuit en EHPAD et résidence autonomie

Le décret n° 2025-224 du 10 mars 2025 (JO du 12 mars 2025) définit les modalités de mise en œuvre et la liste des territoires concernés par l'expérimentation d'un quota de chambres réservées à l'accueil de nuit en EHPAD et résidence autonomie en application de l'article 27 de la loi du 8 avril 2024, qui prévoit cette expérimentation pour une durée de 2 ans à compter du 1^{er} juin 2024 (sic).

Ce texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Publications de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Rapport annuel 2024 de la branche autonomie de la Sécurité sociale

La CNSA publie le 5 février 2025 le premier rapport de la branche autonomie dont elle assure la gestion (<https://www.cnsa.fr/actualites/publication-du-premier-rapport-de-la-branche-autonomie-de-la-securite-sociale>). Elle est également chargée de veiller à l'équilibre financier de la branche et de piloter les politiques publiques dans le champ de l'autonomie, en s'appuyant sur les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux.

L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie s'établit à 90 milliards d'euros (Md€) en 2023, soit une augmentation de 29 % en euros constants depuis 2013. La part des dépenses de la CNSA, dont les recettes proviennent essentiellement de la CSG, dans ces financements publics, s'élève à plus de 41 %.

Le vieillissement de la population devrait s'accroître jusqu'en 2050, en raison de l'accroissement du nombre de personnes de 75 ans et plus, qui sont 7 millions et représentent plus de 10 % de la population française

Plus de 3 millions de personnes de moins de 60 ans se déclarent en situation de limitation sévère et de restriction d'activité au quotidien (DREES, 2021).

Dans les décennies à venir, des facteurs sont susceptibles de conduire à une hausse du nombre de personnes handicapées, notamment du fait de l'augmentation de leur espérance de vie et de la prévalence des troubles neurodéveloppementaux (TND), rapportée dans de nombreux pays depuis la fin du XXe siècle.

Plus de 9 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche, en raison de son état de santé, d'une situation de handicap ou d'une perte d'autonomie liée à l'âge (DREES, 2021).

Dans les décennies à venir, le vivier d'aidants potentiels pourrait se restreindre, avec la diminution du nombre d'enfants et l'absence plus fréquente de conjoint (IPP, 2023).

Pour la CNSA, l'année 2025 sera marquée par deux réformes financières majeures :

- L'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des EHPAD ;
- Le lancement de la réforme de l'ensemble de ses financements aux conseils départementaux, qui en 2022, se sont élevés à 5,6 Md€.

Synthèse des valeurs de points GIR 2024 et des GIR moyens pondérés (GMP) départementaux 2024

La CNSA met en ligne une synthèse des valeurs de points GIR et des GIR moyens départementaux en 2024 (<https://www.cnsa.fr/publications/synthese-des-valeurs-de-points-gir-2024-et-des-gir-moyens-ponderes-departementaux-2024>).

En 2024, la valeur moyenne du point GIR départemental atteint 7,65 €, en hausse de 2,5 % par rapport à 2023 et de 7,5 % sur la période 2018-2024, et la valeur médiane est de 7,57 € (vs 7,38 € en 2023). La valeur maximale est constatée pour la Corse (9,47 €) et la valeur minimale est observée dans les Alpes-de-Haute-Provence (6,70 €). La moitié des départements affiche une valeur de point GIR comprise entre 7,34 € (premier quartile) et 7,85 € (troisième quartile) et au fil des ans, l'écart de valeur de points entre les départements tend à se réduire, les valeurs minimales ayant significativement augmenté alors que les valeurs maximales restent stables.

En 2024, le GMP moyen constaté parmi les 85 départements ayant répondu à l'enquête est de 744 et 50 % des départements ont un GMP moyen compris entre 730 et 760. La valeur du point GIR moyen pondéré soins (GMPS), servant au calcul de la dotation soins des EHPAD, a augmenté de 3,0 % en 2024 et de 11,1 % sur six ans

Rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la dotation complémentaire pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile

La CNSA met en ligne en février 2025 le rapport d'évaluation de la mise en œuvre de la dotation complémentaire introduite par l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2022, durant les années 2022-2023 (<https://www.cnsa.fr/publications/evaluation-de-la-mise-en-oeuvre-de-la-dotation-complementaire-pour-les->

services-daide). Ce dispositif a pour objectif de soutenir et de financer des actions visant à améliorer la qualité du service rendu aux usagers des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Complémentaire aux financements existants, cette dotation vise à promouvoir des initiatives structurées autour de six axes prioritaires :

- L'accompagnement des personnes aux besoins spécifiques ;
- L'élargissement des horaires d'intervention ;
- Le renforcement de la couverture territoriale ;
- Le soutien aux aidants ;
- L'amélioration des conditions de travail des intervenants ;
- La lutte contre l'isolement.

Le rapport met en exergue les succès de cette dotation, notamment sa montée en charge rapide et les innovations observées sur le terrain, tout en suggérant de préciser son périmètre pour éviter toute redondance avec d'autres mécanismes de financement actuels ou à venir et les dispositions visant à la limitation du reste à charge.

La CNSA fait connaître également qu'en 2023, 100 millions d'heures d'aide à domicile ont été financées par cette dotation (<https://www.cnsa.fr/actualites/100-millions-dheures-daide-domicile-financees-par-la-dotation-complementaire-en-2023>).

Rapport 2022 sur l'activité des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

La CNSA met en ligne en mars 2025 le rapport sur l'activité des CAMSP en 2022 (<https://www.cnsa.fr/publications/rs-ndeg22lactivite-des-camsp-en-2022>). Les CAMSP sont des établissements dédiés à l'accompagnement des enfants de moins de six ans qui présentent des troubles du développement et des handicaps ou sont à risque de développer des difficultés psychomotrices, sensorielles ou cognitives.

Au cours de l'année 2022, ils ont accompagné près de 81 600 enfants, en baisse de 1,3 % par rapport à 2021. Ce chiffre correspond à la file active qui regroupe tous les enfants ayant bénéficié d'au moins une action directe au cours de l'année. Ces actions incluent des interventions prénatales, des entrées (nouveaux enfants pris en charge, soit 33 250 en 2022), des sorties après un bilan ou un suivi thérapeutique, ainsi que des suivis ponctuels réalisés après la clôture du dossier. Au total, elles ont représenté 1,4 million d'interventions auprès des enfants ou de leurs familles et 1,7 million de rendez-vous, soit une moyenne de 21 rendez-vous par enfant de la file active.

Publication d'un arrêté ouvrant une période transitoire pour l'innovation « Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (ICOPE) »

L'arrêté du 20 février 2025 (JO du 4 mars 2025) prévoit que l'innovation « Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (ICOPE) » est autorisée à compter du 6 janvier 2025, dans les conditions précisées par un cahier des charges annexé, pour une période transitoire de douze mois.

Publication d'une instruction relative à la programmation des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action social et des familles (CASF)

L'instruction n°DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2025/4 du 28 février 2025) précise les modalités de suspension de la signature des CPOM relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF, c'est-à-dire ceux devant obligatoirement être conclus avec les EHPAD, dans l'attente de l'aboutissement de travaux nationaux de simplification qui seront menés dans le courant de l'année 2025.

Cette possibilité de suspension concerne en priorité les contrats pour lesquels la négociation n'a pas été engagée, ou qui se trouve encore à un stade préliminaire. Les CPOM signés, en cours d'application, continuent de produire leurs effets et s'agissant de ceux qui arrivent à échéance en 2025, les ARS sont invitées à proposer un avenant de prolongation aux cosignataires.

Certaines situations peuvent requérir l'élaboration ou le maintien d'un cadre contractuel ad hoc, en particulier pour formaliser des engagements réciproques, et les ARS doivent prendre en considération les projets structurants proposés ou engagés par les organismes, selon les précisions figurant dans l'annexe 1 de l'instruction. L'annexe 2 rappelle le cadre réglementaire applicable en l'absence de CPOM.

Publication par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de deux études sur les personnes handicapées accompagnées en établissements ou services médico-sociaux en 2022

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie le 12 mars 2025 deux études sur l'évolution des effectifs et les caractéristiques des personnes handicapées accompagnées en établissements ou services médico-sociaux (ESMS) au 31 décembre 2022. L'une porte sur les adultes (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250312_ER_handicap-accompagnement-structures-2022) et la seconde sur les enfants et adolescents (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250312_ER_handicap-enfants-adolescents-accompagnement-structures-2022).

- Les ESMS pour enfants et adolescents handicapés proposent 173 790 places dans 4 030 structures pour 174 160 enfants et adolescents accompagnés, dont 15 % de bénéficiaires d'une mesure d'aide sociale à l'enfance.
 - Le nombre de jeunes handicapés pris en charge est en augmentation (+ 35 000 places par rapport à 2006) ;
 - Les 2/3 des enfants accompagnés sont des garçons ;
 - Les enfants et adolescents handicapés présentent majoritairement des déficiences intellectuelles ;
 - La scolarisation en établissement scolaire et en unité d'enseignement externalisée continue de progresser.
- Les ESMS pour adultes proposent 355 600 places dans 8 270 structures, pour 321 530 adultes handicapés accompagnés. Une personne accompagnée peut l'être par plusieurs établissements ou services et donc « occuper » plusieurs places.
 - Le nombre d'adultes handicapés pris en charge est également en augmentation (+ 98 700 adultes par rapport à 2006) ;
 - Les hommes sont surreprésentés en ESMS par rapport à la population handicapée hors établissement ;
 - L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes tend à augmenter ;
 - Les 2/3 des adultes handicapés accompagnés ont une déficience intellectuelle, principale ou secondaire.

Publication d'un arrêté fixant les critères des recrutements opérés par les entreprises adaptées et susceptibles d'ouvrir droit aux aides financières de l'État

Pour bénéficier des aides financières de l'État mentionnées à l'article L. 5213-19 du Code du travail, les entreprises adaptées et les entreprises adaptées de travail temporaire doivent recruter des personnes qui se trouvent sans emploi ou qui courent le risque de le perdre en raison de leur handicap, remplissant les critères que définit l'arrêté du 12 mars 2025 (JO du 16 mars 2025).

L'arrêté du 19 avril 2022 ayant le même objet est abrogé.

Bulletin d'abonnement en page 43