

■ Les CPOM ont pour finalité de procéder à une analyse globale des capacités et besoins des ESSMS. Leur préparation suppose de respecter cinq étapes essentielles.

■ Outil de régulation financière, levier managérial, vecteur d'innovation sociale... Le CPOM possède, selon les acteurs de terrain, de nombreuses vertus.

## CPOM

# S'APPROPRIER LA DÉMARCHE, LA PHILOSOPHIE ET LA MÉTHODE

La généralisation en cours des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) est une lourde charge pour les structures des secteurs social et médico-social. Retour sur les fondamentaux du dispositif et regards croisés de deux acteurs de terrain.



AUTEUR **Christophe Gabet**

TITRE Commissaire aux comptes,  
Groupe Acticonseil

AUTEUR **Mohamed Khalfaoui**

TITRE Expert-comptable  
et commissaire aux comptes,  
Groupe Acticonseil



**D**ans un contexte de généralisation des CPOM<sup>1</sup>, certains craignent une contractualisation, parfois à marche forcée, au détriment du fond. Pourtant, la finalité du dispositif est de consacrer une réflexion partagée, de relancer une dynamique et des

priorités et, plus largement, de procéder à une analyse globale des capacités et besoins de chacun. Si sa préparation comporte cinq phases, sa pertinence réside bien souvent en deux points : la qualité du diagnostic avant CPOM et son partage.

## 1<sup>re</sup> PHASE : CADRAGE DE LA DÉMARCHE

La phase de cadrage de la démarche doit permettre une pré-identification des objectifs généraux – ou macros :

- en dressant les grandes tendances ;
- en déterminant le périmètre des établissements ;
- en constituant un comité de pilotage du CPOM avec un référent pour chaque partie ;

- en identifiant les services en difficulté ou régulièrement excédentaires ;
- en établissant un planning prévisionnel de conclusion entre six et neuf mois.

## 2<sup>e</sup> PHASE : DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Pierre angulaire, le diagnostic doit être partagé et non imposé. De la qualité du diagnostic dépend la finesse du CPOM. Un simple « copier/coller » sur un nouveau format de la situation actuelle est à éviter.

Le diagnostic du gestionnaire suppose d'établir un état des lieux de la situation de départ. Ce diagnostic nécessairement transversal doit concerner

autant l'ensemble des services visés que les fonctions support. Au gré des expériences, des trames ont été mises en place et constituent une « aide » pour structurer ce diagnostic. L'analyse SWOT<sup>2</sup> est souvent utilisée pour ce travail. Les diagnostics opérationnel et finan- ●●●

1. M. Khalfaoui, JA n° 562/2017, p. 19 in dossier « Réforme des ESSMS – Opérations en cours » ; A. Vinsonneau, JA n° 558/2017, p. 37.

2. SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) : diagnostic des forces et des faiblesses ainsi que des menaces et des opportunités.

●●●cier avant CPOM consistent à formaliser différents éléments, souvent sur trois ans, établissement par établissement, préalablement à la consolidation.

### Diagnostic opérationnel

Le diagnostic opérationnel implique tout d'abord une analyse des résultats bénéficiaires et déficitaires. Il exige ensuite de procéder à une identification des causes qui peuvent être récurrentes (locaux inadaptés, taux d'absentéisme, etc.) ou non récurrentes et de les classer :

- en « auto-résorbables » (tel un surcoût lié à un licenciement) ;
- en « résorbables » par actions (telle une sous-activité liée à une mauvaise gestion de la file active).

Enfin, le diagnostic opérationnel suppose d'établir une comparaison avec des coûts à la place moyens d'établissements similaires. Ce diagnostic est la base du fameux « budget base zéro » (BBZ), reflet du coût standard de l'offre de services hors orientations et modifications à convenir dans le cadre du futur contrat.

### Diagnostic financier

Le secteur médico-social se soucie – enfin – des fondamentaux de l'analyse financière. Souvent, le diagnostic financier effraie faute de méthode plus que de compétences. Il doit être synthétique, statique, mais aussi prospectif et porter sur les fondamentaux, à savoir :

- la capacité d'autofinancement (CAF<sup>3</sup>) et les ratios de CAF<sup>3</sup> ;
- le fonds de roulement net global (FRNG) et les ratios de FRNG<sup>4</sup>, en scindant le fonds de roulement d'exploitation (FRE) et le fonds de roulement d'investissement (FRI) ;
- la dette et les ratios liés à la dette (ratios de solvabilité et d'endettement<sup>5</sup>) ;
- la vétusté des actifs immobilisés.

Un engagement pérenne ne va pas sans des fondations financières solides. Le diagnostic territorial, à la charge du financeur, plus global, nécessite d'établir une analyse de l'offre de services sur un territoire donné en rapport avec les besoins ou demandes non satisfaits. Il permet de soulever notamment les questions suivantes :

- existe-t-il des zones blanches ?

■ comment fluidifier les parcours des usagers et les accès aux prises en charge ?

■ comment permettre une plus grande inclusion des personnes fragiles ?

Ces diagnostics, formalisés sur les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)<sup>6</sup> ou schémas départementaux, ne doivent pas être une utopie ou ignorer les contingences financières, mais un état des lieux structurant et une description des axes stratégiques territoriaux.

### 3<sup>e</sup> PHASE : LES PROPOSITIONS CONTRACTUELLES

Les propositions contractuelles constituent un pré-engagement des parties sur les objectifs prioritaires, qui peuvent être transversaux ou spécifiques.

Ces propositions et objectifs qui sous-tendent le CPOM doivent se concentrer sur les évolutions les plus structurantes sur la durée du contrat. Il est donc nécessaire d'opérer un « tri » en amont et, surtout, de garder à l'esprit la proposition finale « globale ».

### 4<sup>e</sup> PHASE : CONCERTATION, ÉCHANGES, DISCUSSION

Lors de la phase de concertation, les contractants finalisent la déclinaison des actions – et leur mise en œuvre au travers des fiches actions – ainsi que la mise en place d'un tableau de suivi avec pour chaque fiche action :

- la mention des objectifs ;
- les actions à mener ;
- le(s) responsable(s) ;
- les moyens nécessaires ;
- les indicateurs d'évaluation ;
- l'échéancier prévu.

### 5<sup>e</sup> PHASE : CONSULTATION ET SIGNATURE DU CONTRAT

Enfin, la dernière phase de l'élaboration d'un CPOM est celle de la consultation pour avis et/ou approbation de certaines instances internes et du suivi de la signature dudit CPOM. ■

3. La capacité budgétaire d'investissement, notion proche de la CAF, ajoute les locations longue durée et frais financiers au calcul. Cet indicateur permet de mesurer la part du budget pouvant être consacrée au

financement des investissements, nonobstant la politique de financement (à savoir propriétaire ou locataire).

4. Le ratio « cible » de FRNG, exprimé en nombre de jours de budget, est souvent proche de 45 jours dans le secteur,

assurant ainsi une sécurité financière.

5. Le ratio de solvabilité mesure la capacité à rembourser la dette et le ratio d'endettement la proportion d'emprunts dans les financements long terme dont disposent les gestionnaires.

6. Le PRIAC est le prolongement du schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), dont il prévoit les réalisations en fonction des financements disponibles dans la région.



LA PAROLE

À...

PROSPER

TEBOUL

DIRECTEUR GÉNÉRAL  
D'APF FRANCE HANDICAP

## “ La généralisation des CPOM peut être une opportunité à condition que cette politique contractuelle conserve sa souplesse ”

**B**ien que quasi généralisé par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)<sup>7</sup>, l'outil CPOM est déjà « ancien ». APF France handicap, qui négocie aujourd'hui plusieurs CPOM, parfois de « troisième génération », et qui compte 22 CPOM signés, connaît bien le dispositif.

Le mode de négociation a évolué. Il s'est notablement structuré, en particulier au sein des agences régionales de santé (ARS) qui bénéficient d'une culture CPOM issue du sanitaire. Ce mouvement est amplifié par un pilotage national resserré (stratégie nationale de santé).

APF France handicap s'est engagée dans les CPOM parce que le dispositif est intelligent dans sa construction : il caractérise un changement d'approche, moins tutélaire, dans la relation entre administration et administrés sur les sujets administratifs et financiers. Nous sommes toutefois plus vigilants que jamais sur son utilisation dans un contexte de généralisation où les financeurs – ARS comme conseils départementaux – sont parfois tentés de ramener de la rigidité dans le dispositif.

### Caractéristiques du CPOM

**La capacité des acteurs à négocier en dehors d'un cadre réglementaire.** Le CPOM a apporté un progrès essentiel dans le pilotage de l'offre médico-sociale : la recherche d'un « partage du sens » entre les acteurs.

Ce n'est pas un hasard si le CPOM est vu par les acteurs de tous bords comme l'outil à privilégier pour construire la politique de transformation de l'offre dessinée par Denis Piveteau<sup>8</sup> et concrétisée par le déploiement du dispositif « Réponse accompagnée pour tous » initié par Marie-Sophie Desaulle. Indubitablement, l'outil est le plus à même de générer les effets levier qui permettront de tendre vers les transformations de fond sur lesquelles tous les acteurs – dont Sophie Cluzel, secrétaire d'État aux personnes handicapées – s'entendent, notamment la réduction du nombre de personnes

sans solution, l'arrêt des départs en Belgique ou encore la transformation des établissements autour du virage inclusif.

La force du CPOM réside dans une lecture partagée par les acteurs de ses points forts et points faibles ainsi que des objectifs prioritaires sur les cinq ans. Le mode contractuel formalise cette nouvelle relation entre opérateurs et administrations. En déterminant conjointement la situation initiale et la finalité visée, ce diagnostic partagé est le point le plus essentiel de la négociation du CPOM.

### Le CPOM, levier managérial au service d'un pilotage plus global.

L'intérêt premier du CPOM est de « sortir » du niveau de l'établissement au profit d'une approche plus stratégique, plus globale, incluant l'ensemble des établissements et services d'un territoire. Ce qui semble difficile pour une structure devient ainsi une perspective moins éloignée dès lors que sont mutualisés les marges de manœuvre et les cadres d'organisation.

Cette approche souligne aussi la dimension managériale du CPOM. Ainsi, un CPOM réussi est, pour APF France handicap, un CPOM qui a permis de mettre en place un vrai « management par projet » pour mobiliser les directeurs et leurs équipes autour d'orientations stratégiques portées par l'association. Ce management par projet se traduit par le fait d'animer transversalement l'offre de services en maintenant un niveau élevé d'implication des directeurs et en se gardant de tomber dans une centralisation excessive, démolisante pour les équipes.

Sur le fond, notre vision de l'outil est donc positive. Mais nous observons avec vigilance l'emploi qu'en font les acteurs publics. Certains signaux alertent en effet sur l'évolution de leurs pratiques.

### Ne pas revenir aux rigidités du passé et conserver l'« intelligence » du CPOM

**Le retour de la tutelle ?** APF France handicap compte des CPOM dans toutes les régions. On y constate aujourd'hui des dynamiques très différentes. Les CPOM peuvent être négociés de manière très stratégique ou, au contraire, de manière morcelée et étriquée. ●●●

7. L. n° 2015-1776 du 28 déc. 2015, JO du 29, art. 58.

8. D. Piveteau, rapp. « “Zéro sans solution” : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », juin 2014.

●●● Ce « cadennage » reflète souvent une carence de réflexion stratégique. Ainsi, alors que pragmatisme et logique appellent une contractualisation la plus large possible pour optimiser le potentiel de transformation, des financeurs – ARS parfois, mais plus souvent conseils départementaux – limitent volontairement le périmètre de contractualisation : CPOM sur une partie des établissements, CPOM infraterritorial.

Outre le fait que négocier « petit » plutôt que « grand » est contraire à l'esprit du CPOM, c'est également inefficace dans un contexte où la généralisation programmée à cinq ans nécessite – très mathématiquement – de tendre vers un nombre d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sous CPOM le plus élevé possible si l'on ne veut pas constater un retard important à l'heure du bilan...

Enfin, et c'est le plus grave, ce morcellement des CPOM est un obstacle réel pour repenser les organisations territoriales et construire des dispositifs capables de répondre aux besoins du plus grand nombre de personnes dans une logique de parcours et d'individualisation des réponses.

**Quelle souplesse financière ?** Le CPOM est aussi un outil de régulation financière. Mais alors que cette régulation devait originellement s'inscrire dans un cadre de mise en œuvre à la fois plus souple et responsabilisant – notamment avec la libre affectation des résultats et l'utilisation de l'état prévisionnel des ressources et des dépenses (EPRD) –, nous faisons actuellement le constat que le pilotage financier des CPOM se rigidifie : encadrement des redéploiements interétablissements alors que ceux-ci sont nécessaires aux opérations de transformation, libre affectation des résultats « rognée », etc.

Le changement de posture des acteurs passera en partie par une meilleure compréhension des enjeux du passage à l'EPRD : il s'agit de déminer chez les financeurs – en particulier les conseils départementaux – la crainte d'une « excessive liberté de gestion » des associations. Mais ce serait faire fausse route que de limiter la question à ce seul sujet technique : ce constat reflète une vision encore méfiante des autorités à l'égard des opérateurs, une crainte de « perdre le contrôle ». Il est essentiel, sur ce point, que les acteurs publics cessent de craindre l'émergence d'opérateurs solides qu'ils ont pourtant longtemps appelés de leurs vœux : ces derniers sont indispensables pour porter les réformes avec des garanties de bonne gestion. ■



LA PAROLE

À...

SÉBASTIEN  
SAINT-PASTEURCONSEILLER DÉPARTEMENTAL  
DU CANTON DE PESSAC-2, GIRONDE

## “ CPOM : une chance à saisir pour les départements et pour les territoires ”

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), dont la généralisation se poursuit<sup>9</sup>, est une belle opportunité pour les départements. Les besoins de nos usagers évoluent et imposent que les politiques publiques apportent des réponses nouvelles. Les CPOM sont en ce sens des outils précieux pour permettre ces évolutions.

### Diagnostic territorial : un préalable obligatoire pour chaque département

Pour faire du CPOM un outil utile, il est indispensable d'établir le bon diagnostic. Il faut interroger l'offre existante sur son territoire et la confronter à la réalité des besoins actuels et émergents.

C'est un enjeu complexe qui se joue à de multiples échelles, celle des territoires où les offres peuvent être différentes entre l'urbain et le rural, mais aussi entre les différents services et dispositifs proposés. Ce travail est conséquent, mais il est indispensable. Il a été la base du nouveau schéma en faveur de l'autonomie adopté en Gironde fin 2017 et le point de départ de la signature de l'ensemble de nos CPOM.

### Un contrat de partenariat fondé sur la réciprocité, au service des usagers

Le CPOM permet de traduire de façon concrète les orientations politiques déclinées dans notre schéma. Il constitue un contrat de confiance fondé sur le dialogue entre la collectivité et ses partenaires.

9. M. Khalfaoui, JA n° 562/2017, p. 19, préc. ; A. Vinsonneau, JA n° 558/2017, p. 37, préc.

Ce contrat permet en effet de responsabiliser le gestionnaire en lui offrant une plus grande souplesse dans la gestion des ressources budgétaires et financières qui lui sont allouées. En contrepartie, le gestionnaire s'engage à apporter la meilleure réponse à l'usager en disposant notamment d'une plus grande fluidité face à des dispositifs légaux qui partent encore trop souvent de l'offre de services et insuffisamment de la demande des usagers. Cette évolution ne se fera pas en un claquement de doigts, mais elle impose de ne pas réduire le CPOM à un simple outil d'optimisation budgétaire et financière. Il faut naturellement énoncer les évidences. La question des moyens alloués est essentielle dans un contexte de contraintes budgétaires où l'efficacité dans la gestion des financements publics est un impératif. Mais ne perdons jamais de vue que le O d'« objectif » précède le M de « moyen ». Le CPOM devient dès lors un outil de dialogue rénové, d'échange et d'accompagnement de nos partenaires au service de la construction de politiques qui doivent suivre, accompagner et parfois anticiper les évolutions de notre société.

### Un contrat pour mieux adapter l'offre à la demande

Le CPOM permet de développer davantage de souplesse et de passerelles entre les dispositifs de suivi, d'accompagnement et d'accueil de nos usagers, qu'ils relèvent ou non du mécanisme des ESSMS.

Les injonctions des pouvoirs publics n'en demeurent pas moins paradoxales. La logique descendante des appels à projets consacrée par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST »<sup>10</sup>, peut ainsi paraître en contradiction avec une approche « CPOM » plus horizontale et partenariale. Nous demeurons dans une logique française, centralisée, alors que les politiques publiques gagnent à se décliner le plus finement possible sur les territoires. Le cœur de Bordeaux ne porte pas les mêmes réalités que les confins du Médoc, pour prendre le seul exemple girondin.

Au-delà des réalités territoriales, il en va également des réalités humaines : il faut tendre vers un plus grand décloisonnement des dispositifs. C'est pourquoi nous avons fait le choix, pour un même gestionnaire, de contractualiser sur l'ensemble de son champ d'intervention auprès des personnes handicapées, de l'enfance ou des personnes âgées afin de permettre une souplesse des dispositifs de

création de places et une plus grande fluidité dans les parcours au bénéfice des usagers.

### Un contrat propice à l'innovation sociale

L'innovation sociale est au cœur des enjeux. Le CPOM doit permettre d'y répondre en valorisant les initiatives prometteuses, partant des réalités de terrain. Il est donc l'expression d'une volonté de pouvoir oser de nouveaux dispositifs d'accompagnement, de réinventer les concepts de prise en charge. Grâce à la mobilisation exceptionnelle des agents du département et de nos partenaires, nous sommes parvenus, à l'heure où ces lignes sont écrites, à signer plus d'une cinquantaine de CPOM, dont deux semblent de bonnes illustrations de ce que l'outil CPOM permet.

Le premier exemple est un CPOM expérimental avec un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) intervenant exclusivement au sein d'habitats collectifs. Le SAAD coordonne l'ensemble des interventions auprès des colocataires, personnes bénéficiant d'une prestation de compensation du handicap (PCH). Le CPOM a permis de dépasser les limites de certains mécanismes de droit commun et de donner un cadre contractuel d'intervention au soutien financier du département de la Gironde ainsi qu'une plus grande stabilité à ce modèle.

La seconde expérience singulière est la mise en place d'un CPOM territorial incluant plusieurs acteurs stratégiques d'un même territoire afin qu'ils coopèrent et mutualisent leurs ressources et leurs savoir-faire. Une nouvelle fois, il est indispensable de décliner les coopérations au plus près des territoires car c'est là que les dispositifs se déploient de façon concrète.

Le CPOM est donc un couteau suisse, outil à usages multiples, à la fois dispositif de recomposition de l'offre territoriale, contrat d'incitation à la responsabilisation des gestionnaires et outil de promotion des bonnes initiatives. Voir plus loin, c'est aussi penser le CPOM comme un outil permettant aux autorités de tutelle et aux financeurs de mieux coordonner leurs actions là où les frontières théoriques entre médical et médico-social doivent être souvent dépassées dans l'intérêt des usagers.

Le CPOM n'est donc pas une finalité, mais le point de départ pour refonder et adapter ce qui doit être au cœur de nos politiques publiques : la meilleure réponse possible aux besoins des usagers. ■

10. L. n° 2009-879 du 21 juill. 2009, JO du 22, art. 1<sup>er</sup>.