

Du CPOM au C5POM

La Cour des comptes, la feuille de route de Marie-Sophie Desaulle qui doit mettre en œuvre le rapport Piveteau « Zéro sans solution » dans le secteur du handicap, le rapport de Martine Carillon-Couvreur dans le cadre de la MECSS de l'Assemblée nationale sur la CNSA, prônent la généralisation des CPOM.

Il ne doit pas s'agir d'une modification sémantique où l'on remplacerait, dans le CASF, les conventions d'aide sociale et les conventions tripartites par CPOM.

Les CPOM de la « première génération » doivent être remplacés par des **CPOM 5 P**.

Un CPOM a cinq P (**C5POM**) :

- P comme pluri annualité ;
- P comme pluri établissements et services ;
- P comme pluri financeurs ;
- P comme parcours ;
- P comme Plateforme coopérative de services.

Il a été annoncé au précédent GTT n°1, le remplacement de la convention tripartite d'un EHPAD par **le** CPOM et la généralisation des CPOM EHPAD.

Comme nous l'avons précisé dans la précédente note technique à ce GTT n°1, les CPOM EHPAD doivent avoir pour périmètre les EHPAD médico-sociaux et les USLD mentionnés au I de l'article L.313-12 du CASF, les petits établissements et les foyers logements mentionnés au I bis et au I ter de l'article L.313-12 du CASF. Le CPOM pluri EHPAD doit intégrer les conventions d'aide sociale.

Amendement CPOM pluri EHPAD

I - L'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « *convention pluriannuelle* », sont remplacés par les mots : « *contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* ».

2° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimée.

3° Il est inséré un I quater ainsi rédigé :

« Lorsqu'un organisme gestionnaire gère dans le département plusieurs établissements relevant du I, du I bis et du I ter, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu sur l'ensemble de ces établissements. »

Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens intègre les dispositions des conventions d'aide sociale prévues à l'article L.342-3-1.

II- Il est ajouté à l'article L.342-3-1 code de l'action sociale et des familles, l'alinéa suivant :

« La convention d'aide sociale prévue au présent article fixe un barème des tarifs afférents à l'hébergement pour les non bénéficiaires de l'aide sociale qui prennent en compte les ressources de ces personnes. »

Il convient donc d'éviter un CPOM spécifique pour le forfait autonomie des foyers logements futur « résidences autonomie », comme la DGCS l'a annoncé lors d'une journée technique de l'ANDASS. D'ailleurs, les forfaits de soins courants des foyers logements ne font pas eux l'objet d'un CPOM.

Le forfait autonomie mérite-t-il un CPOM spécifique ?

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit la création d'un « forfait autonomie » dans les foyers logements et les sections de foyers logements non médicalisés et non transformés en EHPAD.

Il y aurait 109.000 places dans 2 233 foyers logements non médicalisés en EHPAD.

Ce « forfait autonomie » ne devrait pas se substituer aux forfaits de soins courants prévus au I ter de l'article L.313-12 du CASF.

En effet, le « forfait autonomie » devrait, selon les déclarations ministérielles, financer des postes d'animateur de prévention (relevant du CASF ou du code de l'éducation) et non des postes médicaux, paramédicaux ou d'auxiliaires médicaux du code de la santé publique (CSP)¹ relevant du forfait de soins courants.

A noter qu'il s'agirait plus d'une « aide au poste » forfaitaire (type FONJEP dans les FJT et les centres sociaux) que d'un tarif administré « à prix coûtant » ou d'une subvention de fonctionnement².

S'agissant de deux forfaits différents, tous les foyers logements non médicalisés EHPAD sont en droit de les demander, sauf à prévoir dans la loi une rupture dans l'égalité de traitement. De plus, ils doivent être réservés aux seuls foyers logements pouvant être tarifés puisqu'habilités à l'aide sociale et non conventionnés APL/ALS.

Rappelons que les résidents dépendants de ces foyers logements non médicalisés EHPAD relèvent de l'APA à domicile.

Il a été précisé que 40 millions d'€ de CASA seraient affectés pour financer le « forfait autonomie », ce qui fait :

- 17.913 € par foyers logements, soit un quart de poste d'animateur ;
- 367 € par place/an.

Ces 40 millions d'€ de « forfait autonomie » permettraient de financer 890 postes ETP.

Il apparaît donc que ce « forfait autonomie » financé par la CASA devra, soit être complété (quadruplé !) avec d'autres financements (qui ?), soit va peser sur le « reste à charge » des résidents (alors qu'on veut le baisser).

De petits foyers logements isolés (juste un peu plus de 25 places pour ne pas être sous le régime des PUV) ne pourront pas proposer des « bouts » de postes suffisamment attractifs pour recruter, sauf à trouver des formules de coopération sur des territoires plus importants et des équipements divers...

¹ L'ergothérapeute relève du CSP et devrait intervenir sur les différents niveaux de la prévention

² La définition de la subvention dans la loi ESS est bénéfique pour les actions sociales facultatives ponctuelles conduites par de petites associations. Mais, elle va causer un « séisme » dans secteur social et médico-social financé par l'aide sociale et l'assurance maladie dont les subventions sont reconduites à l'initiative du financeur et sans appels d'offre. Ces subventions devraient donc être transformées en produits de la tarification administrée ou/et prévues dans des MIGAC...

N'est-il pas plus pertinent de permettre à ces foyers logements d'être éligibles aux crédits de prévention « anciens » et « nouveaux » plutôt que d'en faire une enveloppe spécifique, fléchée et de plus sous calibrée ?

Certaines fédérations, lors de la première réunion de ce GTT n°1, ont demandé le passage non seulement aux CPOM pluri EHPAD, mais aux CPOM pluri ESSMS (toutes les catégories du I du L.312-1 du CASF).

Déjà l'article L.313-12-2 prévoit des CPOM pour les ARS et les DRJSCS.

Article L313-12-2

Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5°, 7°, 8°, 9°, 11°, 14° et 15° du I de l'article L. 312-1, relevant de la compétence tarifaire exclusive du directeur général de l'agence régionale de santé ou du représentant de l'Etat dans la région et qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et l'autorité chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Force est de constater que des gestionnaires qui avaient signé sous l'égide des anciennes DDASS des CPOM communs entre :

- des CHRS relevant du 8° du I de l'article L.312-1 désormais sous la compétence tarifaire des DRJSCS ;
- des centres et hôtels maternels relevant du 8° du I de l'article L.312-1 sous la compétence tarifaire des conseils généraux ;
- des structures de lutte contre les addictions relevant du 9° du I de l'article L.312-1 désormais sous la compétence tarifaire des ARS ;
- des services de psychiatrie de secteur désormais sous la compétence tarifaire des ARS ;

éprouvent plus de difficultés à faire des CPOM communs avec la DRJSCS et l'ARS qu'avec les conseils généraux.

Pour y inclure le champ des conseils généraux dans le domaine du handicap (proposition ADF dans le cadre de la PPL du Sénateur Fourcade en juillet 2010 pour contrer le projet de suppression des CPOM un an après la loi HPST), cet article devrait être ainsi modifié.

Article L313-12-2 élargi au champ du handicap des conseils généraux

Les établissements et services mentionnés aux 2°, **3°**, 5° **au** 9°, 11°, **13° à** 15° du I de l'article L.312-1 **et de l'article L.313-12**, relevant de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, du représentant de l'Etat dans la région **et du président du conseil général dans son département et** qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie, font l'objet

Jean-Pierre HARDY, Directeur délégué aux solidarités et au développement social à l'ADF - Février 2015.

pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre leur personne morale gestionnaire et les autorités chargée de la tarification. Ce contrat comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Pour les établissements et services relevant de la protection de l'enfance (1° du I de l'article L.312-1), leur passage en CPOM sera possible lorsque que la PPL Meunier aura conforté les logiques de dispositifs et de parcours sur celles actuellement dominantes de « mesures » et « établissements en silos ».

Si un CPOM protection de l'enfance devrait organiser les articulations pour des parcours entre les MECSS- foyers de l'enfance relevant du 1° du I de l'article L.312-1 du CASF et les ITEP qui relèvent du 2° de ce même article, il devrait aussi les prévoir avec les ESSMS relevant du 4°, à savoir de la DPJJ. La DPJJ vient de se rapprocher de l'ADF sur cette question des CPOM.

Pour faciliter ces CPOM pluri ESSMS, l'obligation légale de conclure une convention d'aide sociale pour les ESAT et CHRS devrait être supprimée (celle sur les CADA relevant du 13° du I de l'article L.312-1 va tomber avec le projet de loi sur les demandeurs d'asile).

Ces dispositions législatives peuvent être précédées par des dispositions réglementaires qui ont été présentées dans la première note à ce GTT n°1, à savoir :

- libre répartition des quoteparts de frais de siège social dans la limite des dotations globalisées communes ;
- libre affectation des résultats dans le respect des dispositions de l'article R.314-51 après avoir librement provisionné en application de l'article D.314-206 et dans le respect des équilibres financiers définis à l'article D.314-205.
- Affectation des produits financiers centralisés au financement du CPOM en fonctionnement et/ou en investissement.

Ces dispositions sont aujourd'hui plus ou moins inscrites dans les clauses des CPOM, leur rehaussement au niveau réglementaire doit renforcer la confiance des organismes gestionnaires dans l'outil CPOM.