

décembre 2008  
mise à jour  
décembre 2010

## La pluriannualité budgétaire et les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens)

Généralités et secteurs

Comptabilité

Fiscalité

Gestion financière

Régulation

Tarifification

Modes de coopération

### En bref

La pluriannualité budgétaire – inscrite dans la loi 2002-2 - consiste à trouver un accord entre associations gestionnaires et autorités de tarification sur les objectifs à atteindre pour plusieurs années, sur les moyens à affecter aux structures (le budget pluriannuel) et leurs modalités de révision pour chacune des années couvertes. Cette pluriannualité est conditionnée à la conclusion d'un CPOM.

### Mots clés

Pluriannualité, contrat, convention tripartite

### Auteur

Maiwenn L'Hostis, Uniopss  
Louise Wiart, Uriopss Picardie  
Nicolas Blineau, Uriopss Languedoc-Roussillon

### Repères juridiques

- Code de l'action sociale et des familles (CASF) :
  - partie législative : articles L.312-7, L.313-11, L.313-12, nouvel article L. 313-12-2 et L.348-4
  - partie réglementaire : articles R.314-39 à R.314-43-1, R.345-1-1 et R.348-6-1
- Circulaire n°DGAS/SD5B/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) relevant de la même enveloppe de crédits limitatifs et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements
- Circulaire n°DGAS/SD5B/2001/111 du 26 mars 2007 relative aux problématiques afférentes à la mise en oeuvre de la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs ESMS, dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens
- Circulaire interministérielle n°DGAS/SD5B/2007/412 du 21 novembre 2007 proposant une méthodologie de gestion des enveloppes de crédits limitatifs dans les ESMS relevant de l'article R.314-1 du CASF et visant à prévenir les contentieux de la tarification

*L'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés à but non lucratif sanitaires et sociaux) est le Centre national d'animation et de ressources (Cnar) Action sociale, médico-sociale et santé au sein du Dispositif local d'accompagnement (DLA), dispositif national d'appui aux activités et services d'utilité sociale.*

*Plus d'informations sur ce dispositif : <http://www.avise.org>*

*Dans le cadre de cette mission, l'Uniopss propose des « fiches pratiques de gestion » pour outiller les associations et les accompagner dans leur démarche de pérennisation de leurs activités d'utilité sociale afin de consolider et développer les emplois. Elles sont notamment accessibles aux adhérents de l'Uniopss et des Uriopss identifiés, sur les sites Internet du réseau Uniopss-Uriopss.*

*Plus d'information sur l'Uniopss : <http://www.uniopss.asso.fr>*

*Ces fiches sont la propriété de l'Uniopss. Elles ne peuvent être reproduites sans son consentement écrit.*

Les CPOM s'inscrivent dans un contexte politique d'incitation à la « recombinaison » du secteur : passage de 35 000 interlocuteurs budgétaires à entre 3 à 5000, maîtrise des dépenses publiques, RGPP (révision générale des politiques publiques), naissance des ARS (agences régionales de santé),... La volonté de la DGCS (direction générale de la cohésion sociale) est de mettre en place un « nouveau cadre institutionnel » en remontant les procédures au niveau de l'organisme gestionnaire, d'instaurer de nouveaux modes de gestion et de relations, etc. Cette restructuration du secteur se pilote également, en sus de ce mouvement de contractualisation, au moyen d'un second outil, le GCSMS (groupements de coopération sociale et médico-sociale).

## **I. Présentation et définition**

La loi de 1975 privilégiait la démarche de « convention ». C'est la loi du 2 janvier 2002 qui introduit la pluriannualité budgétaire pour les structures sociales et médico-sociales. Par la suite, le décret budgétaire et tarifaire du 22 octobre 2003 a donné la possibilité à une structure de signer un CPOM avec son autorité de tarification pour une durée de cinq ans maximum. L'ordonnance dite de « simplification du droit » du 1<sup>er</sup> décembre 2005 a confirmé cette pluriannualité et l'a élargie à plusieurs institutions gérées par un même organisme et dépendant de la même autorité de tarification. Enfin, deux circulaires, respectivement du 18 mai 2006 et du 27 mars 2007, précisent les modalités d'application de ces CPOM et celle de mars 2007 autorise la signature d'un CPOM avec plusieurs financeurs et autorités de tarification. D'autres précisions ont été apportées par la DGCS par une circulaire du 21 novembre 2007.

La pluriannualité consiste à trouver un accord entre gestionnaires et autorités de tarification sur les objectifs à atteindre pour plusieurs années, sur les moyens à affecter aux structures (le budget pluriannuel) et leurs modalités de révision pour chacune des années couvertes. Cette pluriannualité est conditionnée à la conclusion d'un CPOM. Ce contrat, signé par l'association gestionnaire, couvre tout ou partie de ses établissements et/ou services. Les procédures sont ainsi « remontées » au niveau de l'organisme gestionnaire, dans un objectif de simplification et d'amélioration de la gestion et de la visibilité.

### **Evolutions récentes**

#### **Obligation de signer un CPOM pour certains organismes gestionnaires**

La loi HPST<sup>1</sup> stipule que, pour les ESMS<sup>2</sup> relevant de la compétence exclusive du directeur général de l'ARS<sup>3</sup> ou du préfet de région, leur financement fait l'objet d'un CPOM signé entre leur personne morale et l'autorité de tarification lorsqu'ils atteignent ensemble un seuil de taille et de produits de la tarification.

Ces dispositions sont applicables aux Ehpad<sup>4</sup>, le CPOM se substituant alors à la convention tripartite.

La circulaire budgétaire « personnes âgées – personnes handicapées » pour 2010 annonçait la parution du décret fixant ces seuils pour le 1<sup>er</sup> semestre 2010 - Retenons à cet égard que la DGCS s'est engagée à concerter le secteur sur ce texte.

#### **Le Cpom comme substitut à la convention d'aide sociale**

La loi prévoit que le bénéfice de l'aide sociale peut être accordé ou maintenu lorsqu'un CPOM est conclu dans des conditions définies par décret.

Pour rappel, le bénéfice de l'aide sociale ne peut être accordé ou maintenu aux personnes ou familles accueillies dans un CHRS<sup>5</sup>, un Esat<sup>6</sup> ou un Cada<sup>7</sup> que si une convention d'aide sociale a été conclue à cette fin entre l'établissement et l'État.

<sup>1</sup> Loi Hôpital Patients Santé et Territoires

<sup>2</sup> Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

<sup>3</sup> Agence Régionale de Santé

<sup>4</sup> Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

<sup>5</sup> Centre d'hébergement de réinsertion sociale

<sup>6</sup> Etablissement et services d'aide par le travail

<sup>7</sup> Centre d'accueil de demandeurs d'asile

### Autres dispositions

L'ordonnance du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST et le décret du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de la loi HPST, créent deux nouvelles dispositions :

- L'autorisation de prise en charge des frais de siège social peut être effectuée dans le cadre d'un CPOM (art. L.314-7, VI).
- Le président du Conseil général pourra fixer, dans le cadre d'un CPOM, les modalités d'actualisation, sur la durée du contrat, des tarifs à la charge de l'aide sociale départementale.

## **II. Avantages, risques et incertitudes**

Mettre en place un CPOM suppose d'engager une démarche extrêmement rigoureuse. L'instauration d'un vrai dialogue avec les autorités de tarification nécessite un temps de préparation et de négociation important, ainsi qu'une forte implication, y compris des élus de l'association. Les pré-requis d'une démarche CPOM réussie peuvent être résumés ainsi :

- une réflexion partagée et un dialogue entre les parties,
- un diagnostic et une analyse globale des structures concernées,
- une définition et un choix des orientations stratégiques et des priorités,
- un engagement réciproque autour d'objectifs précis découlant de ces dernières,
- une programmation des évolutions et modifications prévisibles sur les années couvertes par le contrat.

### **1) Avantages**

Dans l'idéal, le CPOM est élaboré dans une démarche volontaire, souple et partenariale, permettant une meilleure anticipation, à partir du moment où certains principes directeurs sont respectés. Les avantages du CPOM sont alors nombreux.

Il permet tout d'abord de réhabiliter la discussion sur les missions et projets associatifs. Il bénéficie d'un contexte général porteur : la pluriannualité a vocation à se déployer au sein même des ministères et à irriguer ainsi la programmation et la gestion des politiques publiques (LOLF, RGPP, Loi de finances, etc.). La périodicité du CPOM – si l'on retient celle de 5 ans – fait référence, avec les schémas, les Priac (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), les démarches d'évaluation, les autorisations de frais de siège, etc. En outre, le CPOM semble pertinent pour pérenniser les moyens, parfois les mutualiser, mieux les maîtriser et peut être l'occasion d'amorcer ou de renouveler la dynamique interne de l'association gestionnaire et de ses établissements et services. Théoriquement, l'une des idées phares du CPOM est qu'il possède des règles simplifiées et contractualisées, ouvrant ainsi la voie à une meilleure qualité de dialogue. La procédure budgétaire est a priori allégée et offre une plus grande souplesse de gestion et de marge de manœuvre, les crédits pouvant être redéployés et ventilés entre les structures couvertes par le contrat. Le Ministère et les autorités présentent le CPOM comme vecteur de dialogue, privilégiant l'analyse et le contrôle a posteriori.

### **2) Risques et incertitudes**

Mais les CPOM ne sont pas sans risques ni incertitudes. Ils s'inscrivent dans un contexte de mutations et de réformes invitant les associations du secteur sanitaire et sociale à se restructurer (maîtrise des dépenses publiques, RGPP, ARS ...). Le CPOM est loin d'être le « remède miracle » parfois annoncé. Sur certains territoires sont observées des pressions et injonctions à la signature de CPOM. Citons les principaux risques et interrogations suscités par cet outil :

- Quelle opposabilité des engagements pluriannuels des financeurs ?
- Quelle capacité à projeter les évolutions du secteur associatif sanitaire et social ?
- Le CPOM est très clairement affiché comme un outil phare de la convergence tarifaire qui peut mener à un tarif unique ou un coût moyen à la place. Arriver à cette situation serait fort problématique...

- Le CPOM sous-tend une obligation de résultats (avec des niveaux potentiels d'exigence accrus) et une contrainte dans le financement des mesures nouvelles.
- Les structures signataires de CPOM seront prioritaires ; certaines associations pourront alors recevoir un traitement privilégié, au regard d'une enveloppe budgétaire qui reste fermée.
- Les CPOM pourraient conduire à une déréglementation du secteur puisqu'ils permettent de « déroger » à un certain nombre de dispositions encadrant l'action sociale et médico-sociale.
- La discussion s'opère-t-elle véritablement d'égal à égal entre l'association et l'administration ?
- Une certaine confusion des rôles peut naître de la signature d'un CPOM, l'association gestionnaire devenant, comme l'explique l'ex-DGAS, « le tarificateur de ses établissements et services ».
- Surtout, l'on observe un renforcement de l'encadrement et des contraintes autour du fonctionnement associatif, de la gouvernance et des modes de gestion ; d'où un impact sur la vie associative, une interpellation du niveau politique de l'association, de sa gouvernance et de sa stratégie.

En conclusion, le CPOM reste un outil parmi d'autres, avec ses potentialités et ses limites. Il doit être au service d'un projet d'action sociale visant à mieux répondre aux besoins des usagers. Autrement dit, le CPOM peut être une avancée, sous réserve d'une grande rigueur de mise en œuvre, d'une analyse précise des enjeux qui le sous-tendent et d'une conscience fine des zones d'incertitudes et de risques.

### **III. Clés de compréhension historiques, juridiques et législatives et réglementaires**

#### **1) Deux exemples d'antériorité**

Des expériences de CPOM ou apparentées existent depuis un certain temps :

- Dès 1996, dans le secteur sanitaire, les CPOM sont rendus obligatoires entre l'ARH<sup>8</sup> et l'établissement de santé.
- Depuis 1999, les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ont l'obligation de signer une convention tripartite avec l'Etat et le Conseil général.

#### **2) Contenu législatif et réglementaire**

- Le CPOM est signé par l'association gestionnaire et couvre tout ou partie (1 ou plusieurs) de ses établissements et services.
- Un GCSMS, dans le cas où il exploite directement l'autorisation de ses membres et est gestionnaire de leurs équipements, est habilité à signer un CPOM.
- Le tarif fixé pour plusieurs années est une « dotation globale commune » (DGC), c'est-à-dire un financement global des dépenses autorisées de l'ensemble des structures entrant dans le périmètre du contrat. Un arrêté de tarification annuel fixe la DGC et la décline en tarifs pour chaque structure.
- La procédure budgétaire peut être allégée : le CPOM permet de ne pas être soumis à la procédure contradictoire.
- Le CPOM peut couvrir des structures implantées sur plusieurs départements.
- Il peut aussi concerner plusieurs financeurs et autorités de tarification.
- Les finalités du contrat sont des objectifs définis librement et négociés entre les parties.
- Du côté de la tarification, il est prévu 3 modalités d'évolution budgétaire. De plus, l'affectation du résultat est librement décidée.

<sup>8</sup> Agence régionale de l'hospitalisation

### 3) Analyse juridique

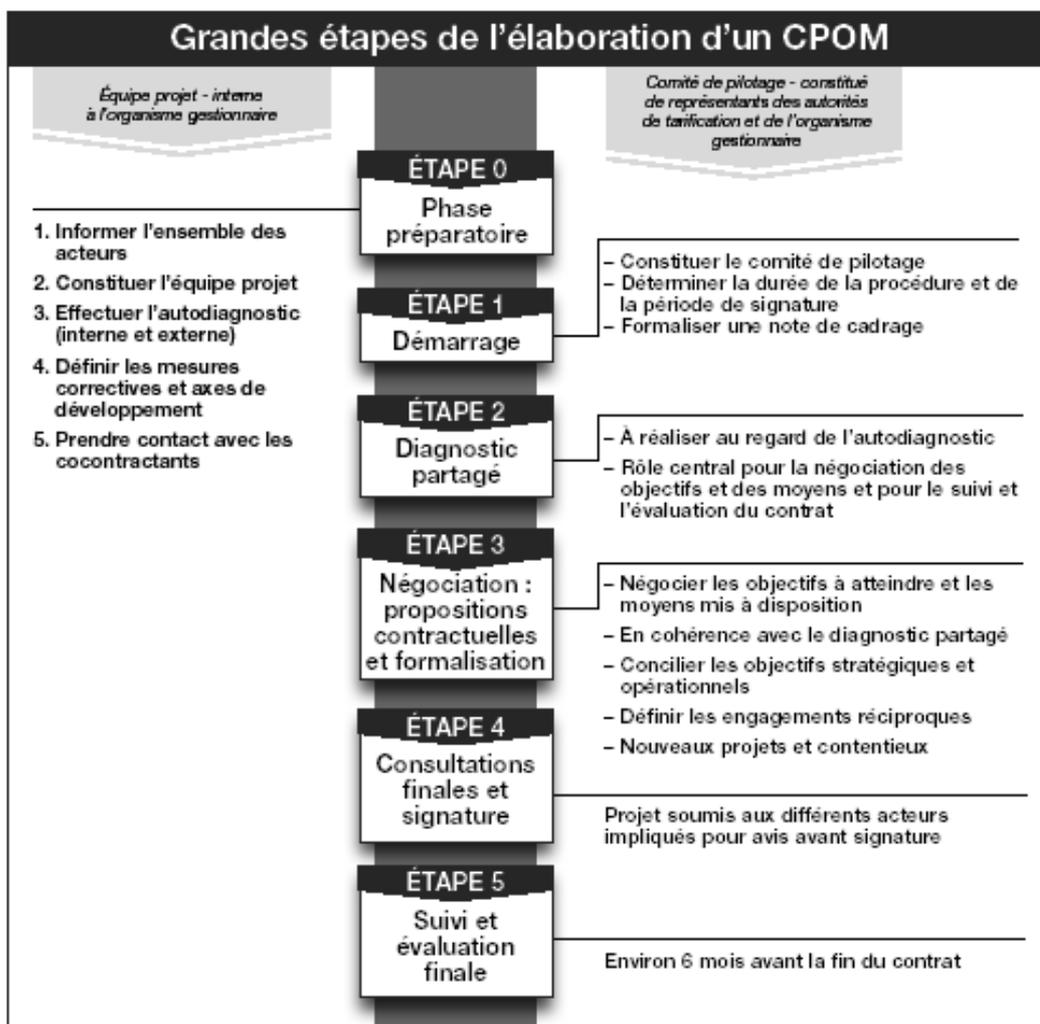
Le CPOM est un contrat de droit administratif. A priori, dans le cadre d'un CPOM, la majorité des éléments formels de la procédure budgétaire (définis par la réglementation relative à la loi 2002-2 ; voir fiches Cnar « Le budget » et « La loi 2002-2 » disparaîtraient, à l'exception notable de l'arrêté de tarification.

## IV. Le CPOM en pratique

### 1) Objectifs opérationnels

Les objectifs du CPOM sont déterminés sur la base du diagnostic élaboré en amont et négociés entre les parties signataires du contrat. Si aucun thème n'est *a priori* exclu d'un CPOM, aucun n'est non plus obligatoire : le contenu des prestations et des activités, la qualité de prise en charge des bénéficiaires, le droit des usagers, la démarche qualité, l'évaluation interne et externe, l'organisation et la mutualisation des moyens, les investissements, la Gestion des Ressources Humaines (GRH) et la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences), la gestion budgétaire et l'analyse financière, la convergence tarifaire.

### 2) Etapes d'élaboration



### 3) Tarification

La base de négociation budgétaire est appelée « base zéro ».

Une latitude est laissée pour effectuer des modifications en cours de contrat : virements de crédit, provisionnements, etc.

Trois modalités d'évolution des moyens durant le contrat sont envisageables :

- application du taux d'évolution des dotations régionales limitatives,
- formule fixe d'actualisation,
- avenants d'actualisation ou de revalorisation.

Le réseau Uniopss-Uriopss conseille de définir l'évolution prévisionnelle de la dotation par groupe fonctionnel (taux à négocier pour chacun d'entre eux).

L'arrêté de tarification définit :

- le montant de la DGC (Dotation globale commune)
- la quote-part de cette DGC pour chacune des structures concernées par le CPOM,
- le 12<sup>ème</sup> de dotation à percevoir mensuellement,
- si besoin, le prix de journée calculé de façon simplifiée.

L'obligation de transmettre le budget prévisionnel dans sa forme réglementaire disparaît ; la procédure budgétaire peut être allégée (voir fiche Cnar « Le budget »).

L'affectation des résultats est librement décidée, dans le respect des règles fixées à l'article R.314-43 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Certains déséquilibres budgétaires ponctuels sont acceptés, en contrepartie d'un retour à l'équilibre structurel global en fin de CPOM.

Le CPOM donne lieu à un contrôle d'efficience a posteriori, appelé « dialogue de gestion » (qui peut se tenir environ tous les 12 à 18 mois).

### 4) Autres précisions

- Durée du CPOM : 5 ans maximum.
- Possibilité :
  - de révision du CPOM,
  - de sa fin par la volonté commune des parties ou de rupture de l'équilibre financier,
  - de son renouvellement,
  - ou de sa résiliation (par le juge à la demande du concontractant ou par l'administration).

#### ***Pour en savoir plus***

- Cahier n°20 de l'Uniopss, « Les CPOM », septembre 2008.
- Supports diffusés par le Ministère :
  - Diaporama du Ministère sur la contractualisation et la pluri annualité budgétaire juillet 2006 (journées techniques interrégionales),
  - Support de formation de la DGAS du 26 novembre 2007 (mis à jour en décembre 2007 et avril 2008),
  - Site Internet de la DGAS dédié aux CPOM mis en service en décembre 2007 (guide méthodologique, recueil de bonnes pratiques, support de présentation et de formation, quelques exemples de CPOM).
- Fiches pratiques Cnar de gestion "La loi 2002-2", "La tarification", "Le budget".