




ASSEMBLÉE DES
DÉPARTEMENTS
DE FRANCE


COMMISSION
DES
COMMISSAIRES AUX
COMPTES

Avec la participation de la


appui santé & médico-social


Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

Diaporamas de la Première Journée d'études nationale du 7 février 2020 sur les CPOM et EPRD dans le secteur social et médico-social

FÉDÉRATION

Prévenir | Réduire les risques | Soigner




FÉDÉRATION HÔPITALIÈRE DE FRANCE


APF
France
handicap

ARPAVIE
ASSOCIATION
PARITAIRES
DES
AUXILIAIRES
DE
VIE


GROUPE SOS


FRANCE HORIZON
L'ambition de tous
pour un meilleur avenir

9h30 : Propos d'Ouverture de la Journée d'Etudes : Julien Bargeton, Sénateur de Paris, membre de la Commission des Finances, Vice-Président de la délégation sénatoriale à la prospective

Première session (9h45-10h45) : Pourquoi les CPOM et EPRD se généralisent-ils aujourd'hui dans le secteur social et médico-social ? :

Exposé d'ouverture du sujet : Cécile Tagliana, Cheffe de Service, Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)

Jean-Michel Rapinat, Directeur Délégué aux politiques sociales de l'Assemblée des Départements de France (ADF), sous réserve,

François Jégard, Expert-Comptable et Commissaire aux Comptes, Président de la commission sanitaire, sociale et médico-sociale de la Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes,

Gaël Hilleret, Sous-Directeur de l'Autonomie, Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé de Paris,

Marc Bourquin, Conseiller Stratégie, Fédération Hospitalière de France,

Julien Bargeton, Sénateur de Paris

Modérateur : David Causse, directeur du développement et des partenariats, Groupe SOS,

Deuxième session (10h45-12h00) : Comment faire évoluer le dialogue de gestion entre autorités de contrôle et de tarification et organismes gestionnaires ? :

Exposé d'ouverture du sujet : Sylvain Lequeux, Directeur de l'Autonomie, Agence Régionale de Santé Hauts de France & Cyril Carbonnel, Directeur des politiques médico-sociales, Département du Nord,

Edith Christophe, Directrice de l'Autonomie, Agence Régionale de Santé Grand-Est,

Axelle Pruvot, Chargée de mission, Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP),

Julien Moreau, Directeur du réseau médico-social, ARPAVIE,

Modérateur : Yannick Ollivier, Expert-Comptable et Commissaire aux Comptes, Vice-Président de la Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes,

Troisième session (14h00-15h00) : Un peu de technique : ce qu'il faut savoir de l'EPRD et de l'ERRD pour réussir le dialogue de gestion et le CPOM (et réciproquement) :

Exposé d'ouverture du sujet : Catherine Sage, Expert-Comptable et Commissaire aux Comptes,
Cabinet Jegard et Associés,

Gilles Chalançon, Adjoint au Chef de Bureau Gouvernance du secteur social et médico-social,
DGCS,

Simon Kieffer, Directeur des établissements médico-sociaux, Caisse Nationale de Solidarité
pour l'Autonomie (CNSA),

Fabien Marcangeli, Responsable du département personnes âgées, Agence Régionale de Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Emmanuel Borde, Chef du service des établissements médico-sociaux, Département de l'Aube,
Pierre-Yves Lenen, Directeur du développement et de l'offre de service Association des
Paralysés de France (APF) France Handicap

Modérateur : Georges Martinho, Directeur Général Adjoint, Fédération Addiction,

Quatrième session (15h00-16h00) : Les appréhensions à savoir lever de part et d'autre, les prochaines étapes de simplification au service des usagers :

Exposé d'ouverture du sujet : Jean-Pierre Hardy, Directeur à la stratégie et aux finances, France Horizon,

Magali Steuer, Responsable du Pôle financement médico-social et addictologie, Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine,

Laurent Thévenin, Délégué Général de la Fédération Santé Habitat

Gilles Boghi, Directeur du contrôle et de l'audit des comptes du Groupe SOS,

Maître Xavier Badin, Avocat au Barreau de Paris, Cabinet d'Avocats CORMIER-BADIN,

Modérateur : Olivier Bachellety, Sous-Directeur, DGCS

Principaux enseignements de la journée et conclusions (16h00-16h15) : François Jégard & David Causse



Avec la participation de la





Journée d'étude nationale sur les CPOM et EPRD dans le secteur social et médico-social

7 février 2020, Palais du Luxembourg



Exposé d'ouverture

**Pourquoi le CPOM et l'EPRD se généralisent-ils aujourd'hui
dans le secteur social et médico-social ?**

Exposé d'ouverture

I. Les enjeux de la transformation de l'offre modifient la nature du dialogue entre autorités de tarification et de contrôle et gestionnaires d'ESSMS

➤ Les enjeux de la transformation de l'offre sont au cœur des politiques publiques actuelles

Ex : - la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées : une offre inclusive, de plus en plus polymorphe pour répondre aux besoins des personnes, une offre médico-sociale ouverte sur la société ;

- le développement des accompagnements hors-les-murs (PH/PA)
- l'accompagnement des personnes vers des solutions de droit commun (CHRS)

➤ Les gestionnaires d'ESSMS très engagés dans ce mouvement de transformation pour mieux répondre aux besoins des personnes

Ex : - développement des innovations et des expérimentations

- construction de parcours
- accès aux soins

Exposé d'ouverture

- I. Les enjeux de la transformation de l'offre modifient la nature du dialogue entre autorités de tarification et de contrôle et gestionnaires d'ESSMS**
 - Ils conduisent à **dépasser le strict cadre des questions budgétaires et financières** pour porter plus largement sur **l'évolution des modes d'accompagnement des personnes et leurs incidences organisationnelles et structurelles** souvent fortes pour les ESSMS
 - **Une transformation de l'offre sociale et médico-sociale qui passe par la co-construction, le dialogue entre autorités de tarification et gestionnaires pour construire ensemble des solutions adaptées aux besoins des personnes et des territoires** (PRS, plans et schémas départementaux, qui prennent en compte les orientations nationales (ex : stratégie nationale d'évolution de l'offre sur le secteur des personnes handicapées, stratégie nationale en faveur des aidants...))

Exposé d'ouverture

II. Des outils stratégiques au service de l'évolution de l'offre de demain

- **Le CPOM : un exercice sécurisé et sécurisant** qui doit être une opportunité pour les acteurs : permet de **définir les conditions de réussite des projets** structurants de l'ESSMS, de **s'assurer de la solidité** de leur positionnement, de leurs objectifs et de leurs financements, dans le cadre d'une **relation partenariale** avec les autorités de tarification et de contrôle
 - ⇒ Un diagnostic partagé qui identifie la position des établissements et services (ESSMS) du gestionnaire dans l'offre territoriale
 - ⇒ Des objectifs qui prennent en compte le projet du gestionnaire et qui répondent aux enjeux d'accompagnement des personnes accueillies
- **Des temps de dialogue sur la performance des ESSMS dans un contexte financier contraint**
 - Dialogue de gestion et suivi des objectifs du contrat
 - Une recherche d'amélioration continue de la qualité (HAS)

Exposé d'ouverture

II. Des outils stratégiques au service de l'évolution de l'offre de demain

- **La contractualisation – un mode de régulation renouvelée des relations entre pouvoirs publics et acteurs du secteur**
 - Le CPOM au service de la stratégie du gestionnaire, partagée avec le financeur
 - Un dialogue recentré sur l'accompagnement des personnes accueillies
- **L'EPRD – Une responsabilisation accrue des gestionnaires et une plus grande autonomie en matière de pilotage financier et stratégique**
 - Des engagements pluriannuels
 - Une tarification à la ressource
 - La libre affectation des résultats comptables par le gestionnaire

Exposé d'ouverture

III. Le CPOM : quelle méthode d'appropriation ?

- Le CPOM : un outil souvent décrié, car trop lourd, compliqué...
- **Le CPOM : un exercice de contractualisation méthodique, pour que les acteurs gagnent en confiance, qu'il faut accompagner...**
 - Outils ANAP/ANSA destinés aux ESSMS :
 - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation (ANAP)
 - Fiches-repères d'aide à la contractualisation (ANAP)
 - Tableau de bord de la performance dans le médico-social : premiers enseignements (ANAP)
 - Projet de guide pratique « Elaborer un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le secteur de l'accueil, l'hébergement et l'insertion » (ANSA)
 - Cercle « Dialogue de gestion dans le secteur sanitaire et médico-social » du 28 janvier 2020 pour contribuer à la création de communautés de pratiques transverses aux deux secteurs et associant l'ensemble des acteurs : fédérations, ARS, CD, organismes gestionnaires, acteurs du secteur sanitaire
- ... et qui nécessite un temps d'appropriation, plus ou moins long en fonction de la maturité des acteurs



Exposé d'ouverture

IV. CPOM et EPRD : des outils adaptés à la maturité des secteurs

- Des CPOM obligatoires
- Avec EPRD:
 - ⇒ La loi d'adaptation de la société au vieillissement : les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
 - ⇒ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016: le champ « Personnes handicapées » relevant des ARS
- Sans EPRD:
 - ⇒ La loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN): les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)
- Des CPOM facultatifs (ex : les ESMS PA/PH sous compétence CD, les ESMS pour personnes confrontées à des difficultés spécifiques, les ESMS expérimentaux)
 - Avec EPRD facultatif, sur demande du gestionnaire après accord de l'autorité de tarification(c.f : loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de juillet 2019)
 - Sinon, maintien de l'environnement « budget prévisionnel » : L'ensemble des autres champs (ASE, etc.)
- La possibilité d'anticiper le passage à l'EPRD (loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé de juillet 2019) dans l'année précédant la signature du CPOM prévoyant l'adoption du cadre de l'EPRD, avec alors les mêmes règles de libre affectation des résultats

Exposé d'ouverture

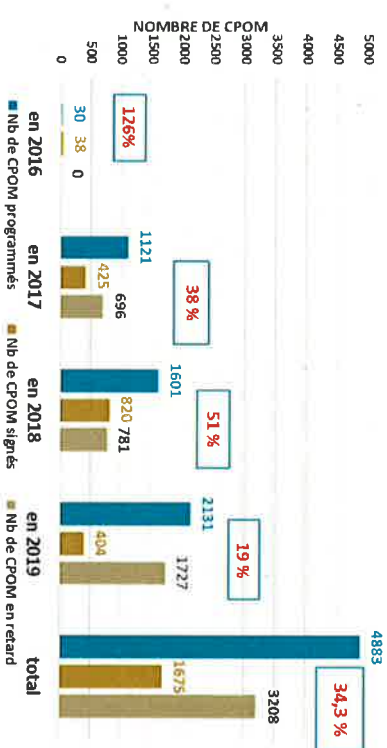
➤ Etat de la contractualisation dans le secteur PA/PH :

➤ On constate un **retard global important** dans la signature des CPOM dans toutes les régions, dans le **champ PA comme dans le champ PH**.

➤ Toutefois, on note une **amélioration de taux de signature annuel entre 2017 et 2018**, passant de 38% à 51% (environ +13%) avec une multiplication par 2 du nombre de CPOM signés par an.

➤ À mi-temps de la programmation totale prévue sur cinq ans (au 30/06/2019), environ **20% des CPOM PA** et **17,4% des CPOM PH** sont signés.

Le taux de signature et nombre des CPOM signés par an

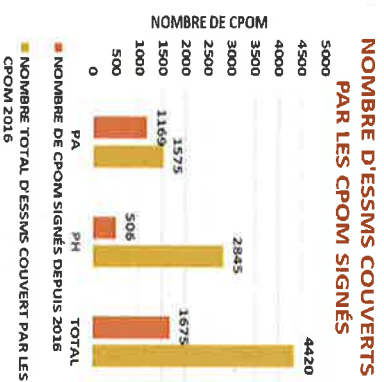
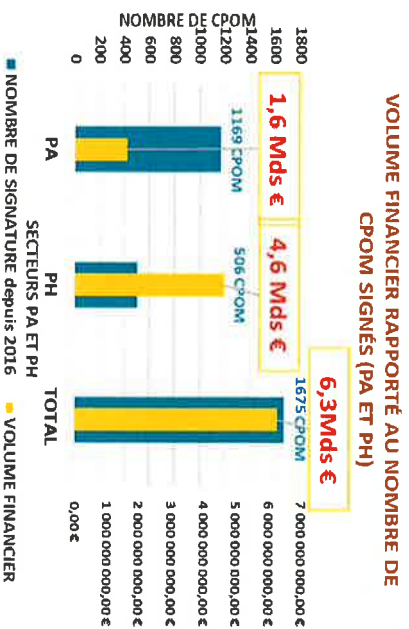


Taux de signature par secteur PA/PH sur la programmation totale (2016_2021)



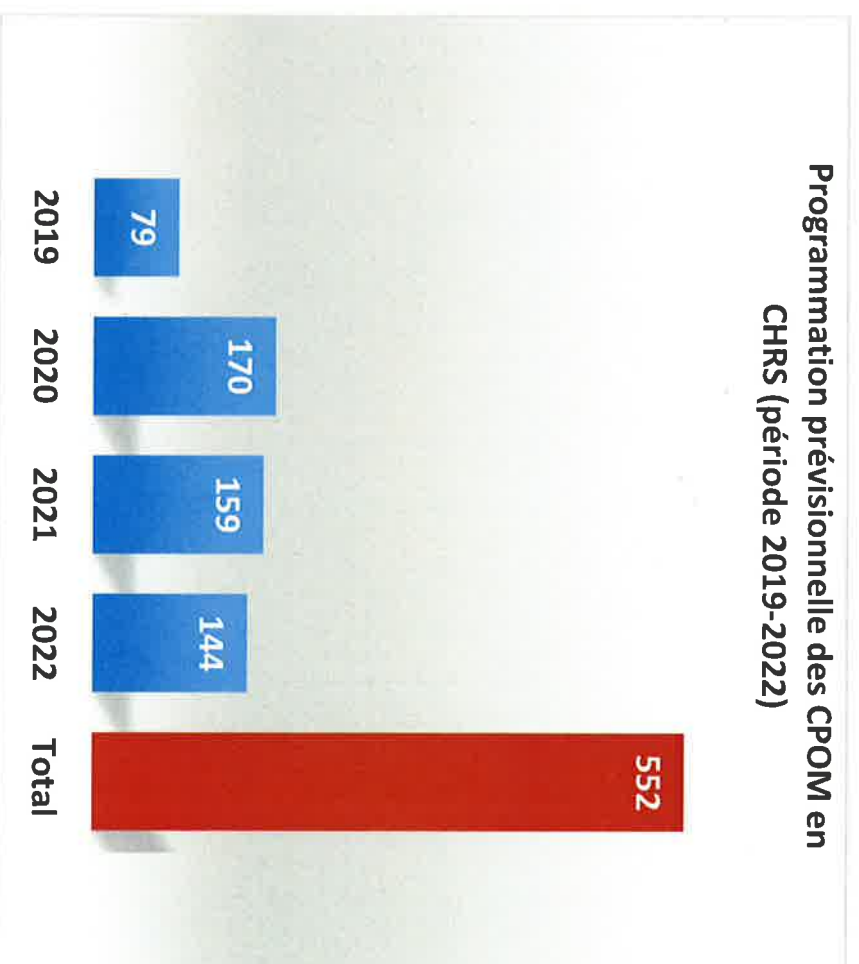
Exposé d'ouverture

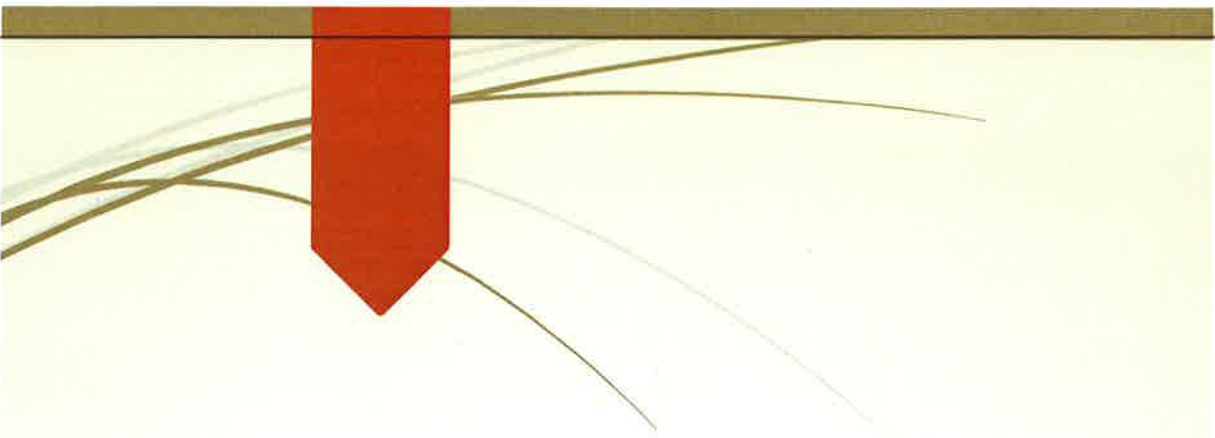
- Etat de la contractualisation dans le secteur PA/PH : :
 - L'ensemble des CPOM signés représente un **volume financier de 6,3 Mds €** soit **28,16% de la DRL PA/PH** et couvre au total **4 420 ESSMS**.
 - Le **nombre de CPOM PA** programmés et signés est quasi **deux fois supérieur** au nombre de CPOM PH.
 - Pour autant, les **CPOM PH** représentent un poids financier et un nombre d'ESSMS nettement supérieurs aux CPOM PA :
 - **CPOM PH** : 4,6 Mds € et 2 845 ESSMS PH
 - **CPOM PA** : 1,6Mds € et 1 575 ESSMS PA



Exposé d'ouverture

- Etat de la contractualisation dans le secteur des CHRS :
- **Programmation prévisionnelle des CPOM sur la période 2019-2022**, réalisée à partir des programmations régionales arrêtées par les DRJSCS au 30 Juin 2019
- Prévion d'un **total de 552 CPOM** à signer, réparti de façon hétérogène entre les régions.
- Prévion 2019 plus faible en raison de la **parution le 25 octobre 2019 de l'arrêté fixant le cahier des charges des CPOM en CHRS.**





Comment faire évoluer le dialogue de gestion entre les autorités de contrôle et gestionnaires ?

Palais du Luxembourg

Intervention du 7 février 2020

Du contrôle et l'allocation de ressources vers la régulation et le partenariat

- Changement de paradigme : d'une autorité de contrôle et de tarification à une autorité de régulation de l'offre et de la dépenses (efficacité)
- Traduction dans les relations entre les autorités administratives et les Organismes gestionnaires :
 - Rénovation des CPOM axé sur les modalités de la déclinaison territoriale des politiques publiques au travers d'objectifs stratégiques ;
 - Passage d'une logique d'allocation des ressources (autorisation de dépenses) à une logique pluriannuelle d'estimation des recettes qui permettront de déterminer les futures dépenses => des modalités quasi automatisées au travers des coupes PATHOS pour le champ PA et SERAFIN pour le champ PH.
- Entre les autorités administratives, l'occasion de questionner le périmètre du CPOM (ex: FAM, CAMSP, SAMSAMH)

Un CPOM construit autour d'objectifs stratégiques resserrés

- Evolution de l'offre (dont des modalités d'accompagnement novatrices)
 - Qualité/sécurité des accompagnements (bientraitance, circuit du médicament...)
 - Prévention de la perte de l'autonomie ou modalités d'accompagnement vers plus d'autonomie
 - Efficience
- => **signé pour 5 années avec une revue annuelle dans le cadre du dialogue de gestion et un bilan approfondi à mi-CPOM**

L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)

- Suppression des sections tarifaires au sein du compte de résultat prévisionnel
- Suppression des clés fixes de répartition des charges communes
- Possibilité pour le gestionnaire de faire varier la répartition des charges communes entre financeurs en lien avec les objectifs du CPOM
- Contrôle de l'usage des financements par les autorités de tarification
 - Au prévisionnel, l'annexe financière de l'EPRD comprend toutefois une présentation prévisionnelle par section tarifaire pour un EHPAD ;
 - Au réalisé, le compte d'emploi annexé à l'ERRD présente également la répartition réelle

EPRD

- ▶ Le niveau de responsabilité des organismes gestionnaires est renforcé. Il dispose ainsi, sous couvert des dispositions du CPOM, d'une plus grande liberté en matière de pilotage financier et stratégique de ses ESMS ;
- ▶ L'EPRD a vocation à être un outil de pilotage interne pour l'EHPAD. Les prévisions doivent être sincères et refléter ce qui va se produire dans l'année N et pour les 6 années suivantes ;
- ▶ Les autorités administratives (ARS et Conseils Départementaux) se recentrent sur la **validation des grandes masses financières, de la bonne trajectoire financière de l'établissement et de la conformité avec les objectifs du CPOM.**

Qu'est ce que le dialogue de gestion ?

- Vision désormais globale et pluriannuelle
- Un périmètre pas toujours stabilisé : un dialogue comptable et financier, ou un échange sur la situation des établissements et ses perspectives (gestion, gouvernance, mise en œuvre des politiques publiques)?
- Deux modes de « dialogue de gestion » :
 - Sur l'EPRD, l'été, en cas de problème => repérage et accompagnement des OG dont la trajectoire financière se dégrade ou n'est pas sincère, réaliste...
 - Sur l'ERRD à mi-CPOM, plus en profondeur (cf bilan à mi-CPOM évoqué précédemment)

Concrètement quelle méthodologie de travail pour les autorités administratives

- ▶ Chaque EPRD est visé par l'une et ou l'autre des autorités
- ▶ Création d'un sharepoint

Pour l'ARS : 550 EHPAD en HDF :

Choix de se concentrer sur 30% des EPRD ciblé à partir d'un scoring qui permet d'identifier les OG (établissement) dont l'EPRD questionne et ou la situation financière tend à se dégrader.

+> déploiement d'une démarche d'accompagnement des ESFD (établissement en situation financière dégradée) => accompagnement par un cabinet d'audit

=> voire entrer dans une démarche de PRE (plan de retour à l'équilibre)


Pour le CD du Nord (220) EHPAD :

Choix de porter un regard sur tous les EPRD

Effort pondéré au regard de la situation antérieure

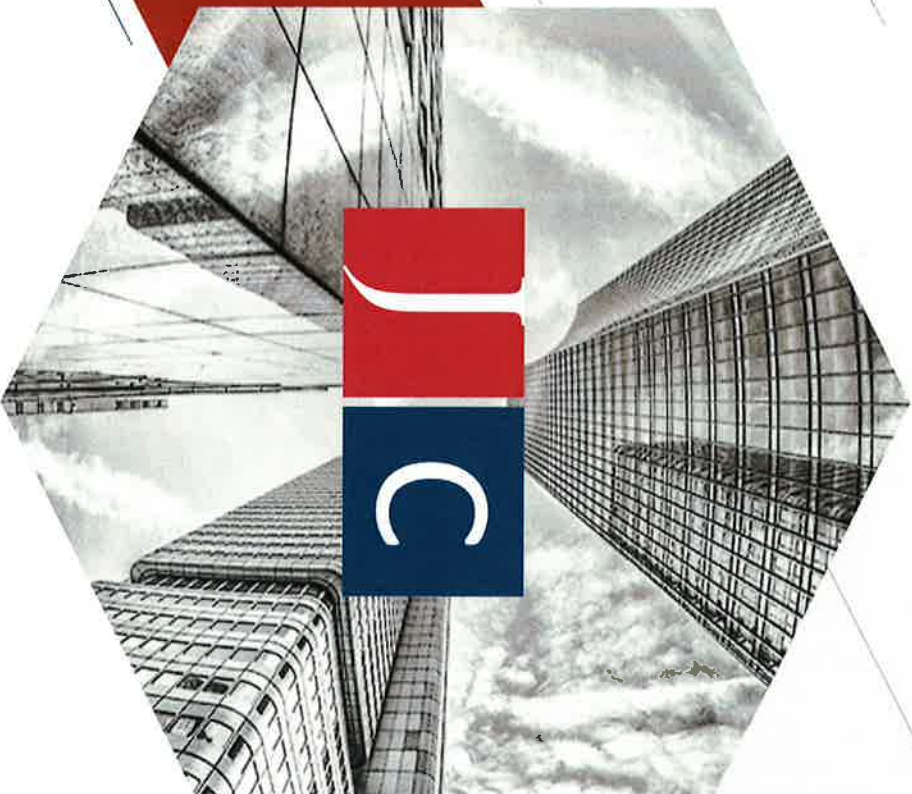
L'appropriation du changement de culture

- ▶ Entre les administrations:
 - ▶ Une articulation à créer, un partenariat à consolider
 - ▶ Une répartition des compétences (ex: FAM/CAMSP)
- ▶ Par les agents des autorités administratives :
 - ▶ Changement de culture, de posture
 - ▶ Montée en compétence, spécialisation
- ▶ Par les OG:
 - ▶ Appropriation au rythme des CPOM, facilité par la taille de l'OG
 - ▶ Difficultés à se projeter sur plusieurs années
 - ▶ PPI pas toujours complété



Rappel du sens

- ▶ CPOM : EPRD/ERRD : moyen de mettre en œuvre les politiques publiques
- ▶ Idée de financer mieux (équité, lien entre le financement et public)
- ▶ Mettre les énergies, les compétences, l'intelligence collective au service des populations



Un peu de technique: Mémento sur l'EPRD/ERRD

Présenté par Catherine SAGE

Expert comptable/commissaire aux comptes

Vendredi 7 février 2020

Sujets abordés

- Lien entre le CPOM et l'EPRD - logique financière de l'EPRD
- Comparatif des procédures : EPRD/ERRD et BP/CA
- Documents, calendrier, moyens à mettre en œuvre
- Conditions de l'approbation de l'EPRD



Contexte légal de l'EPRD

Qui a l'obligation de produire des EPRD ?

- Secteur sanitaire depuis 2004 avec le passage à la T2A
- *Lié au tarif plafond (ESAT et CHRS) depuis 2008 et 2009 mais sans modalité d'application*
- Applicable de manière **obligatoire et opérationnelle**
 - LFSS de 2016 : **secteur Handicap sous financement ARS** applicable à la signature du CPOM (signature étalée sur 5 ans)
 - LASV de 2015 : **secteur EHPAD** – applicable dès 2017

Un point commun:

l'EPRD devient obligatoire lorsque la tarification issue de la procédure contradictoire disparaît

Et des EPRD facultatifs...



Lien entre CPOM et EPRD



Les enjeux économiques du CPOM

- Négocier un CPOM, c'est prendre des engagements :
 - sur l'évolution des publics accompagnés,
 - sur l'évolution de l'offre proposée,
 - sur les compétences mobilisées,
 - **sur un modèle économique qui devra être tenu pendant la durée du contrat (5 ans)**



- Etablir son EPRD, c'est démontrer **à son autorité de tarification** que les financements attribués permettent :
 - L'équilibre d'exploitation
 - Le financement des investissements
 - L'équilibre financier global (= trésorerie suffisante pour faire face aux engagements)
 - ***c'est démontrer qu'avec son tarif on va réussir à gérer en accomplissant son CPOM***

Passage en CPOM obligatoire : quelle tarification?

Ce qui change

- Le mode de tarification : dotation globalisée commune
- La fin de la procédure contradictoire
- **L'obligation de produire un EPRD**
- La liberté d'affectation des résultats (dans le cadre prévu par le CPOM), plus de reprise des excédents ou déficits
- Les virements de crédit entre structures (avec accord des autorités)

Ce qui reste

- Le suivi et l'impact de l'activité réelle
- Le contrôle des dépenses (rejet)
- La remise des comptes administratifs (ERRD) et des indicateurs sociaux économiques
- Le contentieux tarifaire devant le TITSS

EPRD : Qui est concerné ? Quand est-il à produire ?



Signature du CPOM



Production d'un EPRD pour le périmètre CPOM

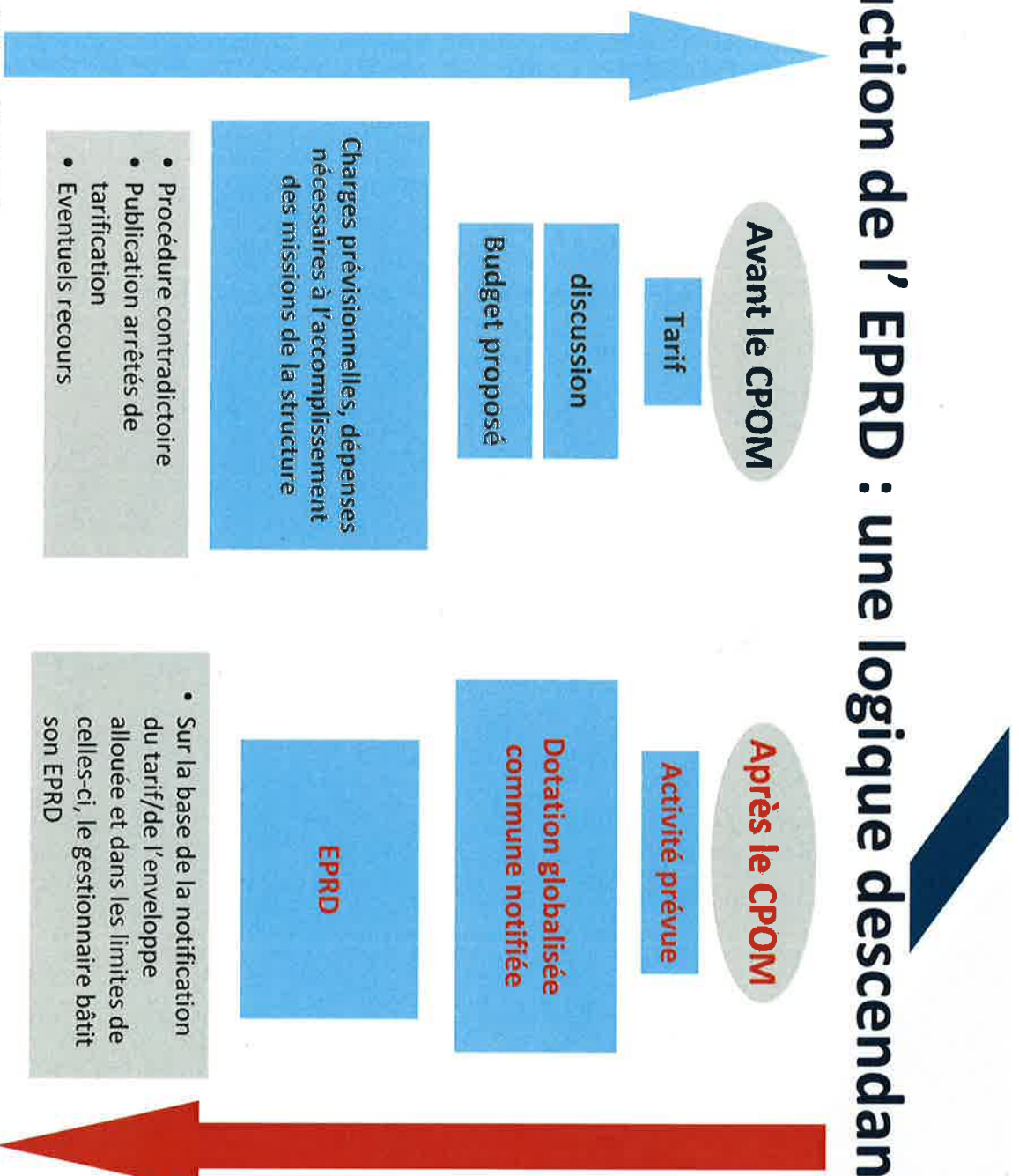
1 CPOM = 1 EPRD

En principe, à produire dès l'année
d'application du CPOM



Comparatif EPRD/ERRD et BP/CA

Construction de l' EPRD : une logique descendante



A quoi sert l'EPRD ?

- L'EPRD est un outil d'analyse financière :
 - **Prospectif** : à partir d'une situation, projection des équilibres financiers
 - **Pluriannuel** : projection sur l'année N et les 5 années suivantes
 - **Pluri-établissements** : 1 CPOM = 1 EPRD
- A partir d'une batterie de ratio : une vision de l'équilibre financier partagée
- L'EPRD fait l'objet d'une approbation par la (les) autorités de tarification.

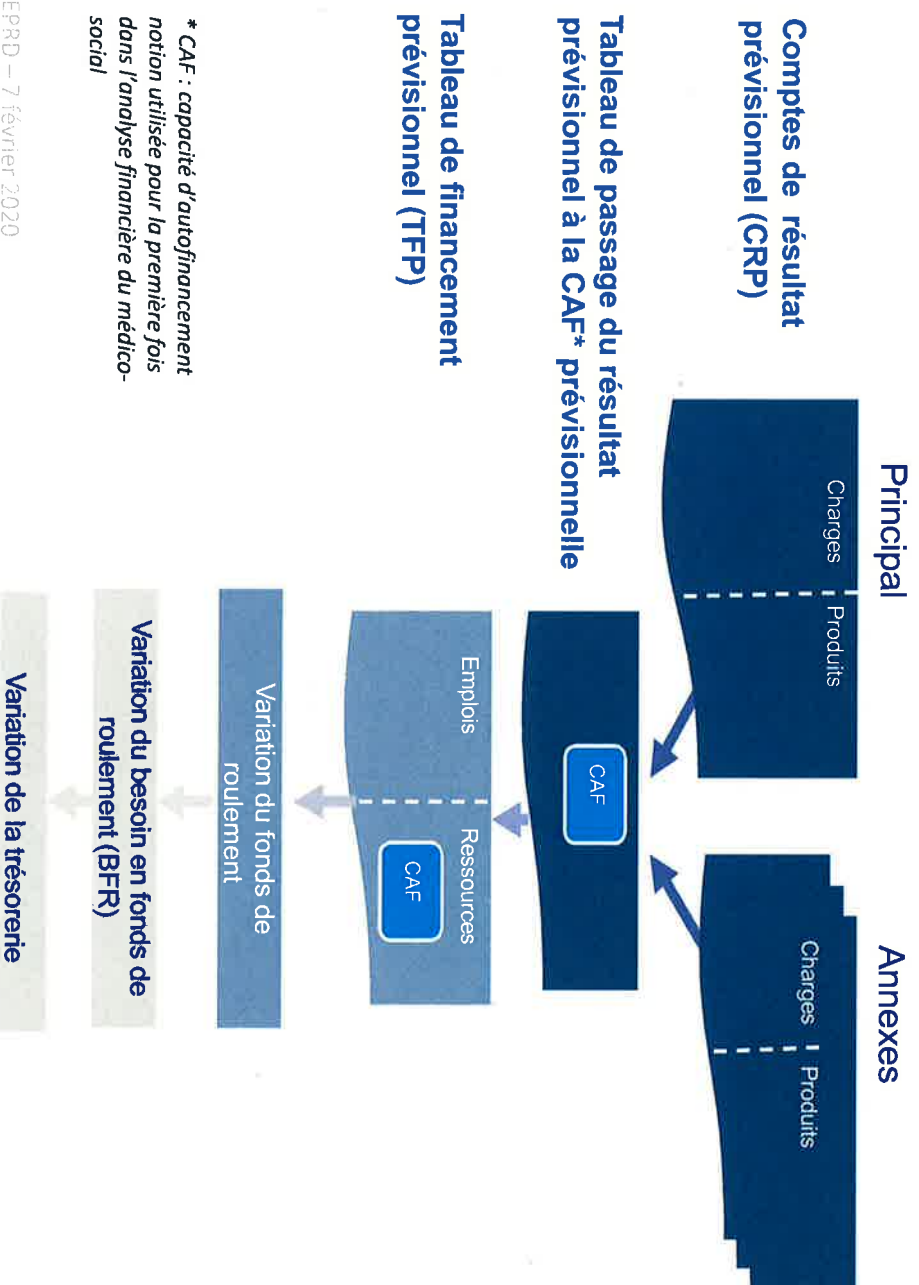
Que contient L'EPRD ?

Modèle décliné à partir des tableaux du secteur sanitaire

- EPRD = Tableaux d'analyse financière prospective :
 - *Pour l'année N* : 5 soldes financiers successifs permettant de déterminer le niveau de trésorerie à la fin de l'exercice
 - *Pour les 5 années suivantes* : PGFP (plan global de financement pluriannuel)
Les projections d'une situation financière d'ensemble sur 5 ans : viabilité financière du périmètre CPOM à 5 ans, situation de trésorerie, possibilité d'atteindre les objectifs
 - La photographie de la situation grâce au calcul de ratios permettant une appréciation par rapport à un référentiel du secteur

La comptabilité distincte par établissements continue d'exister

L'EPRD : présentation synthétique



* CAF : capacité d'auto-financement
notion utilisée pour la première fois
dans l'analyse financière du médico-
social



L'EPRD : plan global pluriannuel de financement (PGFP) glissant sur 6 ans

Simulation de la trajectoire financière globale des établissements du CPOM sur une période glissante de 6 ans (année en cours + les 5 années suivantes) :



CRP + CAF + Tableau de financement + Solde du fonds de roulement + Solde du BFR + Solde de la trésorerie

- Reprend les objectifs du CPOM
- Reprend les projets du PPI (plan pluriannuel d'investissement) qui subsiste

L'ERRD : état **REALISE** des recettes et des dépenses

- Transmis le **30 avril N+1**.
 - Porte sur l'ensemble des établissements inclus dans le CPOM
 - Contenu (selon modèle de l'arrêté) :
 - Compte de résultat réalisé
 - CAF + tableau de financement
 - Détermination du fonds de roulement + ratios
 - Tableau de provision, emprunts
 - Annexe activité
 - Tableau des effectifs et rémunérations
 - Tableau de détermination du résultat et affectation
 - Données nécessaires au calcul des indicateurs
 - PPI actualisé
 - annexes
- +**
- Rapport financier

Art R314-210 III

Comparatif BP/CA et EPRD/ERRD

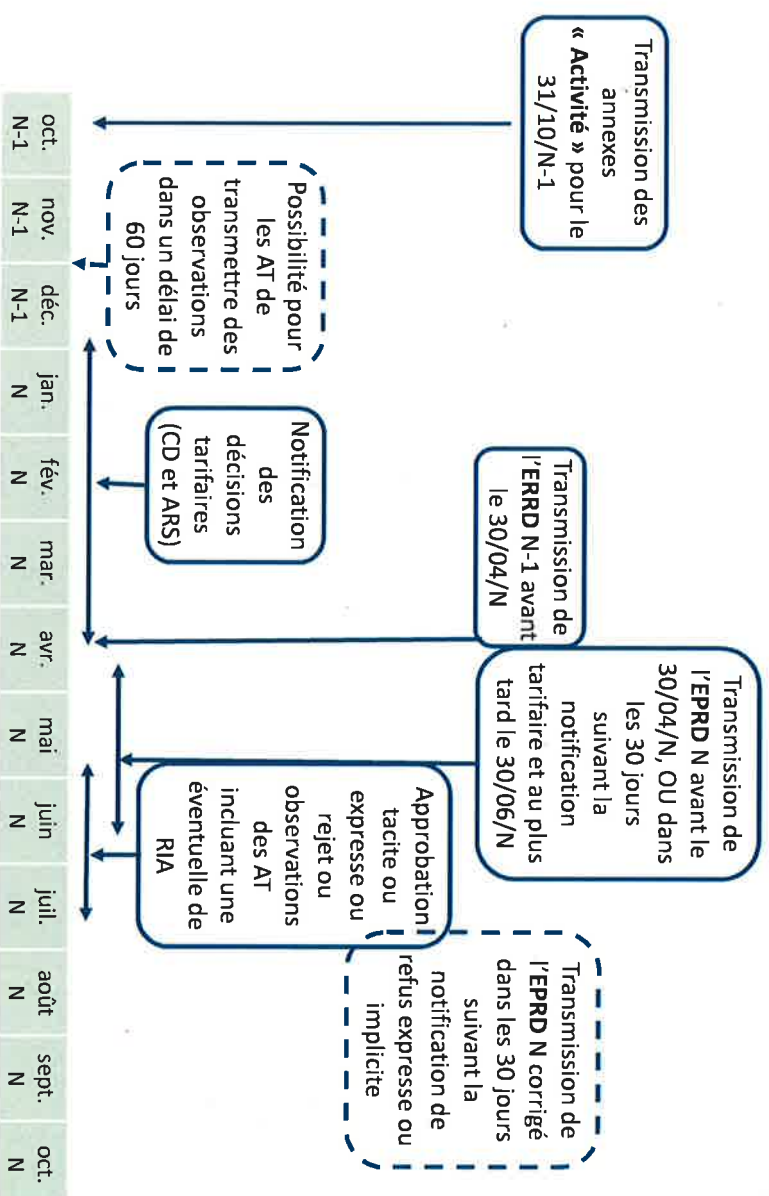


	BP/CA	EPRD/ERRD
Périmètre	Un établissement	Multi établissement ((CPOM))
Objectifs	Solliciter et négocier son tarif dans une procédure contradictoire	<i>Pas de négociation du tarif : il est fixé dans une autre procédure (ex : négociation du CPOM ou T2A ou tarif plafond)</i> L'objectif est de démontrer ses capacités de gestionnaire avec l'enveloppe attribuée
Calendrier	BP : Octobre N-1 CA: Avril N+1	EPRD : avril à juin N (30 jours après la notification de l'enveloppe) ERRD : avril N+1
Contenu	BP : Compte de résultat prévisionnel, section d'investissement	EPRD : compte de résultat anticipé, situation financière anticipée (CAF, tableau de financement, trésorerie résultante) ET projection sur 5 ans ET sur le périmètre multi établissement Batterie de ratio d'analyse financière
Approbation	La fin de la négociation = enveloppe tarifaire	Approbation ou demande de modification
Affectation des résultats	Décidé par AT avec processus de reprise	Libre sous contrôle – possibilité de mutualisation entre établissement du CPOM



Documents, calendriers, moyens à mettre en œuvre

Le calendrier annuel



Production d'un EPRD : Quel changement dans l'organisation?

- **Organisation interne**
 - Nouveau Calendrier
 - Production de nouveaux documents (qualitatif, quantitatif)
 - Niveau de qualification des personnes : compétences en analyse financière
 - Spécialisation de certaines fonctions ?
 - Développement des outils d'aide
- **Gouvernance**
 - Mise en commun de l'analyse financière
 - Arbitrage
 - Suivi des Objectifs commun du CPOM
 - Mise en place d'un Comité de gestion - comité de suivi ?



Conditions d'approbation



Modalités d'approbation de l'EPRD : 3 cas possibles

1. **Approbation tacite dans un délai de 30 jours** (*pour les établissements et services signataires d'un plan de redressement ou d'un contrat de retour à l'équilibre financier : approbation expresse*).
2. **Approbation assortie d'observation**
3. **Refus si EPRD :**
 - **ne respecte pas l'équilibre réel** ;
 - ou ne tient pas compte des engagements du CPOM ;
 - ou n'intègre pas les mesures de redressement adaptées en cas de situation financière dégradée ;
 - ou n'est pas accompagné des documents annexes ;
 - ou la répartition de la dotation globalisée commune ne convient pas ;
 - **ou l'évolution des équilibres et ratios financiers justifie un refus.**



Le rejet des dépenses demeure possible

- Rejet possible des dépenses **manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance**, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont **pas justifiées par les nécessités de la gestion normale** de l'établissement ou du service.
- L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est réalisé ou de l'exercice qui suit.

Art. R. 314-236



Mécanisme de la projection pluriannuelle



Importance prépondérante de l'évolution des ratios et des équilibres financiers



Les autorités de tarification devront être en capacité de porter un jugement d'analyse financière globale et prospective

Il est recommandé de réaliser une première version de son EPRD avant la négociation de CPOM pour connaître la vraie trajectoire

Ainsi, afin de connaître :

- Ses forces et faiblesses
- Ses marges de négociations
- Ses possibilités de financer les projets
- Ses équilibres de ratios



Merci de votre attention

François JEGARD

Catherine SAGE

f.jegard@jegardcreatis.com

s.sage@jegardcreatis.com



*Les appréhensions à savoir lever de part
et d'autre, les prochaines étapes de
simplification au service des usagers*

Jean-Pierre HARDY / France-Horizon



FRANCE HORIZON

Une place pour tous.
une chance pour chacun.

Avant CPOM/EPRD	AVEC CPOM/EPRD
<p>Placement dans un ESSMS</p>	<p>Parcours inclusifs en s'appuyant sur des plateformes coopératives de services et des dispositifs intégrés</p>
<p>Tarifcation aux « Dépenses autorisées »</p>	<p>Tarifcation aux « Ressources disponibles »</p>
<p>Agrément ministériel des accords d'entreprise</p>	<p>Plus d'agrément ministériel dans le cadre des CPOM PA/Ph mais pas AHI</p>
<p>Résultat « zéro »</p>	<p>Dégager une Capacité d'Autofinancement (CAF < ou = à 10%)</p>
<p>Rejet de certaines dépenses (art R.314-52 du CASF)</p>	<p>Récupération des financements en cas de mauvaises utilisations (art L.313-14-2 du CASF)</p>

Du CPOM à 2 P au CPOM à 5 P

- **P comme pluri-annualité budgétaire**
- **P comme pluri-ESSMS et pluri-dispositifs,**
- **P comme pluri-financeurs et pluri-BOP,**
- **P comme parcours,**
- **P comme plateformes territorialisées et coopératives de services.**

Pluri-annualité budgétaire : Principes

- **Fixation pluriannuelle du budget (art R.314-39 du CASF)**
 - Reconduction actualisée des ressources
 - Garantie de prise en charge des surcoûts (PPF) (suppression de fait avec la tarification « à la ressource » qui fait fi des surcoûts des investissements)
 - Alignement progressif des ressources (étabts comparables)
 - Réduction des écarts (étabts comparables) et convergence tarifaire
- **Modalités (art R.314-40 du CASF)**
 - Taux d'évolution des dotations régionales limitatives [de l'OADD pour les départements]
 - Formule fixe d'actualisation ou revalorisation
 - Conclusions d'avenants annuels
 - Application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond, d'un algorithme
- **Art L.314-1 du CASF précise:** « Le président du conseil départemental peut fixer dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens les modalités d'actualisation sur la durée du contrat des tarifs à la charge de l'aide sociale départementale. »

Pluri-annualité budgétaire d'un contrat administratif

- ✗ CPOM vaut mandement dans le cadre du droit communautaire sur les SSIG (Directive n°2006/123/CE, décision CJUE du 11/07/2013 affaire C-57-12)
- ✗ CPOM est un contrat administratif qui comprend des clauses exorbitantes de droit commun. A ce titre, il y a la possibilité de résilier de manière unilatérale le contrat, si les conditions d'évolution des moyens budgétaires ne permettent pas de concilier les engagements contractuels avec le caractère limitatif des dotations.
- ✗ Régulations budgétaires des financeurs sont possibles mais doivent être motivées (1° de l'article R.314-47 et 1° de l'article R.314-230 du CASF)

Recommandation n°6 du rapport

Ricordeau d'avril 2018 :

**« Alléger les procédures liées à
l'EPRD pour orienter les ressources
vers la contractualisation »**

Les dispositifs annexes aux ESSMS et/ou annexant les ESSMS sont-ils solubles dans l'EPRD ?

- L'EPRD comprend « des activités ou des établissements et services » (art R.314-210) [et les dispositifs ?]
- Peut-on faire un EPRD avec des dizaines de CRP et un CRP par numéro FINESS?
- III de l'article R.314-217:
 - « La présentation sous forme de CRPA est également possible, à la demande ou avec l'accord de l'autorité de tarification, pour les activités **[prise en compte des parcours et des plateformes ?]** qui justifient que soient connues leurs conditions particulières d'exploitation »
 - les établissements publics sociaux et médico-sociaux (EPSMS) doivent avoir un seul EPRD pour tous les ESSMS et autres activités dans ou hors CPOM (art R.314-212)
 - Le dernier alinéa de l'article R.314-212 prévoit: » Cependant, il [l'EPRD] peut comprendre l'ensemble des établissements et services d'un même gestionnaire à but non lucratif relevant du périmètre géographique de ce contrat. » Mais, il ne s'agit pas d'une obligation comme pour les EPSMS, mais pas d'une codécision.
- Article R.314-215: « Le cas échéant, les services communs et les frais de siège sont répartis entre les différents CRP de l'EPRD », Le tableau de répartition de charges communes ne peut pas remplacer un CRPA « services communs » du CPOM,

Secteur AHI dont « asile »

- CPOM au niveau du BOP régional pour les CADA, CPH et HUDA (Note DGEF du 27 décembre 2019)
 - CPOM au niveau départemental pour les CHRS (dont les CPH) et prise en compte des « dispositifs subventionnés » des BOP 177, 104, 304 et 303 (cahier des charges DGCS du 25 octobre 2019)
 - Les LAM/LHSS dans les CPOM « AHI » et quid de leur EPRD co-décidé (dernier alinéa de l'article L.313-11 ajouté par la loi du 24/7/2019)
 - L'EPRD est prévu à l'article L.314-7-1 pour les structures en tarifs plafonnés ministériels (CHRS, CADA, CPH, LAM, LHSS, ACT)
 - Ni BP(s), ni EPRD mais un seul ERPD avec un compte de résultat réalisé (CRR) par BOP ou par financeur, et une CAF commune

L'EPRD EHPAD a des annexes inadaptées aux nouveaux paradigmes des parcours et des plateformes de services

construction des annexes 6 et 9 sur les dépenses des anciennes sections tarifaires

Intitulé des numéros de comptes M 22	hébergement	dépendance	soins

À la place d'un construction sur l'utilisation des ressources allouées à des dispositifs

Intitulé des numéros de comptes M 22	Tarifs "hébergement"	Forfait GMP "dépendance" (R.314-173) +tarifs GIR 5-6	Financements complémentaires "dépendance" (2° de l'article R.314-172)	Forfait GMP'S "soins" (R.314-162)	Financements complémentaires (article R314.163)							
					HP	HT	AJ	PASA	UHR	PRR	Autres	

Synthèse des propositions de simplification

- **déconnection du PGFP de l'ERPD (validation sur les 5 ans du CPOM, PGFP actualisé avec l'ERRD)**
- **EPRD avec des dispositifs intégrés et non des ESSMS avec un n°FINES**
- **revenir à la rédaction de 2006 sur les décisions modificatives concomitantes entre CRP de l'ERPD**
- **supprimer les annexes 6 de l'EPRD, revoir les annexes 9 de l'ERRD**
- **passer dans le secteur AHI dont asile à l'ERRD par BOP et financeur pour les gestionnaires volontaires ou ayant dépasser des seuils (commissaire aux comptes) ou ayant des ERRD dans d'autres secteurs**



Alors, vous avez des questions?

Jean-Pierre HARDY / France-Horizon