

***Les contrats
d'objectifs et de
moyens dans une
logique de parcours
d'insertion
dans le secteur
« Accueil
Hébergement
Insertion »
-AHI-***

Janvier 2017

Sommaire

Lettre de mission du 16 juin 2016.....	5
1. L'aide sociale et l'aide sociale à l'hébergement.....	8
1.1. L'aide sociale dans la protection sociale française.	8
1.2. L'aide sociale à l'hébergement ne se réduit plus aux "frais d'hébergement et d'entretien" stricto-sensu	10
1.3. Vers l'extinction de l'aide sociale à l'hébergement ?	10
2. Les subventions dans le secteur « AHI »	20
2.1. Définition des subventions publiques.....	20
2.2. Les financements dans le secteur AHI avant et après la loi ESS.....	21
3. La commande publique dans le secteur "AHI".....	23
4. Surcoûts évités, coûts transférés et coûts différés.....	25
5. La « question sociale des migrants »	29
6. Quels CPOM dans le secteur AHI ?	32
7. L'EPRD, outil financier des CPOM.....	38
8. Les frais de siège social dans le cadre des CPOM.....	42
8.1 Dispositif législatif et réglementaire	42
8.2 Le siège social agréé dans l'EPRD d'un CPOM.....	43
8.3 Siège sociaux et tarification « à la ressource »	45
8.4 Conséquences de ces analyses pour la DRILH	47
9. Les services gérés en commun de structures sous CPOM.....	48
10. Passage à une tarification « à la ressource » dans le secteur AHI	49
11. Focale sur l'unification sous CPOM des modalités de financement.....	54
12. Combien de P pour les CPOM de la DRILH	58
12.1 La Croix Rouge Française sur l'île de France.....	58

12-1.1.	Données financières 2015 du secteur AHI et inclusion sociale.....	58
12-1.2.	Les CPOM en cours en Ile de France	60
12.2	Association des Cités du Secours Catholique en Ile de France	62
12.3	Groupe SOS en Ile de France.....	63
12.3.1.	Données financières 2015.....	63
12.3.2.	CPOM en cours.....	64
12.4.	Association Aurore en Ile de France	64
12.4.1.	Données financières 2015.....	64
12.4.2.	CPOM en cours en Ile de France.....	65
12.5	Fondation « Armée du Salut »	66
12.6	Emmaüs Solidarité.....	67
13.	Quels EPRD pour les CPOM DRIHL/ARS avec sièges sociaux franciliens.....	70
13.1.	Maîtriser le nombre de CRP dans les EPRD.....	70
13.2.	Deux exemples de configurations assez simples.....	71
13.2.1.	Emmaüs solidarité.....	71
13.2.2.	Association des cités du secours catholique.....	72
13.3.	Les configurations plus complexes en Ile de France.....	75
13.3.1.	L'association Aurore.....	76
13.3.2.	La fondation Armée du Salut.....	77
13.4.	L'EPRD du Samu Social de Paris (SSP).....	81
14.	Sur la gouvernance dans le cadre des CPOM	84
15.	Propositions.....	90
15.1.	Mesures législatives	92
15.2.	Mesures réglementaires	95

15.3. Remise en question des cultures professionnelles.....	98
GLOSSAIRE.....	100



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES
MINISTÈRE DE LA VILLE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

PRÉFET DE LA REGION ILE-DE-FRANCE

Paris, le 16 JUIN 2016

Le Directeur des ressources humaines
des ministères sociaux

Le Directeur régional et
interdépartemental de l'hébergement
et du logement

A

Monsieur Jean-Pierre HARDY

Objet : lettre de mission

Par décision conjointe de M. Jean-Martin Delorme, Directeur Régional et Inter Départemental de l'Hébergement et du Logement d'Ile-de-France, et de M. Joël Blondel, directeur des ressources humaines des ministères sociaux, il a été décidé de vous confier une mission portant sur la problématique des Contrats Pluri annuels d'Objectifs et de Moyens.

Problématique de la mission en Ile-de-France

Après le secteur sanitaire, le secteur médico-social prenant en charge les personnes âgées et des personnes handicapées s'est engagé dans un processus de généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) d'ici 2022, en se recentrant sur une logique de parcours (parcours de soins, parcours de santé, parcours résidentiels, parcours de vie) et se décentrant de la logique de places en établissements qui a dominé de 1975 à 2015.

Alors qu'il a été le premier à passer d'une dynamique de partenariat et de coopération à une logique d'intégration plus organique avec les SIAO, le secteur de la lutte contre les exclusions, malgré tout l'intérêt de l'outil, n'a pas été pris en compte dans cette décision politique forte de généralisation des CPOM pluri-financeurs et pluri-sectoriels pour permettre des parcours d'insertion.

Toutefois, la DRIHL s'est engagée depuis 2012 dans une forte politique de contractualisation avec certains opérateurs d'envergure régionale. Le CPOM est ainsi devenu un levier essentiel de gouvernance entre la DRIHL et le secteur associatif.

.../...

A ce titre, 1 ETP d'inspectrice principale est dédié à l'élaboration de ces documents de pilotage en sus de l'instruction des frais de siège de certaines associations nationales en application de l'article L 314-7 VI et R314-87 à R 314-94 du CFAS

Plus particulièrement, le CPOM pour la DRIHL permet de :

- définir des objectifs pour l'association en lien avec les besoins du territoire et les orientations nationales relatives aux politiques de l'accueil de l'hébergement et de l'insertion,
- optimiser la qualité des prestations délivrées et la maîtrise de leurs coûts,
- donner à l'association une visibilité à moyen terme sur les crédits dont elle disposera pour ce faire,
- élaborer les méthodes de travail partagées entre le siège de la DRIHL, les UT DRIHL et les DDCS.

3 CPOM régionaux ont été signés, l'un d'entre eux doit être renouvelé en 2017. Ils concernent exclusivement des financements DRIHL mais tentent pour 2 d'entre eux d'articuler une approche à la fois sur les établissements en dotation globale et sous le régime de la subvention.

Objet de la mission

La mission qui s'insère dans le cadre d'intervention de la DRIHL, doit permettre :

- dans un premier temps un retour d'expériences de ces premières contractualisations par une analyse des documents produits et de leur modalité de suivi,
- d'identifier ensuite les conditions juridiques, financières, organisationnelles et sociales à réunir pour développer la contractualisation dans le secteur de la lutte contre les exclusions afin de faciliter la mise en œuvre de parcours d'insertion, « de la rue au logement ».

La mission doit faire des propositions pour :

- Optimiser les CPOM déjà existants, à renégocier ou à reconduire, tant en ce qui concerne les contenus que le suivi l'évaluation ou la gouvernance- un focus particulier devra être mené sur l'amélioration des indicateurs de suivi et les méthodologies partagées entre le siège, les UT et les DDCS,
- mieux intégrer et articuler les champs relevant de la dotation globale et ceux de la subvention dans le cadre de futurs CPOM,
- construire les premiers jalons d'une éventuelle contractualisation qui peut se décliner à plusieurs niveaux : DRIHL/opérateurs, DRIHL/ARS/Opérateurs dans les secteurs de l'hébergement-logement, l'accès aux soins et à la prévention, la santé mentale, la lutte contre les addictions,
- initier une contractualisation entre DRIHL, conseils départementaux, opérateurs sur l'accompagnement social, des dispositifs comme les centres et hôtels maternels, les MASP, les sorties de l'ASE, le FSL, etc...dans l'esprit des recommandations du futur SRHH,

- Pour favoriser cette contractualisation pluri-institutionnelle, la mission devra construire un argumentaire mettant en exergue la problématique des « coûts évités » et des « coûts transférés » entre institutions et financeurs et proposer des solutions comme cela se met en place dans le secteur sanitaire avec, par exemple, le programme PRADO (programme d'accompagnement de retour à domicile après hospitalisation) et dans le secteur des personnes âgées avec les PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

Conditions d'exercice de la mission :

Pour réaliser cette mission, vous pourrez rencontrer et auditionner des responsables des institutions (ARS, conseils départementaux) et des opérateurs (organismes gestionnaires et leurs fédérations représentatives régionales), après accord du directeur ou de son adjointe.

Vous disposerez à cet effet d'une lettre de mission.

Durant votre mission, vous êtes placé pour ordre auprès du directeur des ressources humaines des ministères sociaux

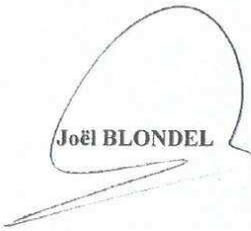
Pour l'exercice de la mission, vous serez placé sous l'autorité fonctionnelle du DRIHL.

Vous travaillerez en lien avec la cheffe du service AHI, et les chargés de mission thématiques concernés.

L'exercice de cette mission pourra se faire pour partie en travail à distance.

Vous serez associé autant que de besoin aux réunions ou instances de pilotage en lien avec le sujet traité et sur proposition du directeur ou de son adjointe, à qui vous rendrez compte régulièrement de l'avancée de vos travaux.

La durée de la mission est fixée à 6 mois à compter de présente signature.



Joël BLONDEL



Jean-Martin DELORME



Jean-Pierre HARDY

Dans le cadre de la lutte contre les exclusions, en conformité avec leur projet associatif et à la demande des pouvoirs publics, les associations du secteur « AHI » ont développé une offre de services et diversifié leurs actions. Elles ont mis fin à un ciblage trop étroit sur des segments des publics vulnérables. Mais il s'agit bien de services et d'action complémentaires dans le cadre des parcours d'insertion.

« Les liens sociaux se rompent essentiellement par la perte de l'emploi entraînant un cumul de ruptures et la multiplication des vulnérabilités: isolement, logement, ruptures familiales... et se retissent par le recouvrement d'un « vrai logement » (le logement devient la condition de l'emploi et du reste). En effet, les liens sociaux se rompent un à un, d'abord par la perte de l'emploi entraînant des ruptures des liens familiaux, la perte de droits sociaux, des problèmes de santé notamment de santé mentale du fait de l'isolement social, la perte du logement..., ce qui entraîne une désaffiliation »¹ . A l'inverse, les liens sociaux se torsadent à nouveau par un accès à un hébergement-logement («un chez soi», « logement d'abord ») qui va permettre de recouvrer des droits sociaux. Il est impossible aux « sans adresse » de retrouver un emploi.

1. L'aide sociale et l'aide sociale à l'hébergement

1.1. L'aide sociale dans la protection sociale française.

Il convient de bien distinguer l'aide sociale, de l'action sociale et de la sécurité sociale (Cf. Tableau page suivante)

Le secteur « AHI » relèvent à la fois de l'aide sociale (l'aide sociale à l'hébergement) et de l'action sociale.

L'aide sociale a été décentralisée en 1984 :

- aide sociale à l'enfance ;
- aide sociale à l'hébergement des personnes âgées
- aide sociale à l'hébergement des adultes handicapés.

Jusqu'en 2015, l'Etat a conservé au titre de l'aide sociale :

- l'aide sociale à l'hébergement dans les CHRS et dans les CADA, sachant que les CADA relevaient du 8° du I de l'article L.312-1 du CASF comme les CHRS, mais sont devenus une catégorie spécifique (le 13° du I de cet article L.312-1) avec la loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration;
- le financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ;

¹ Jean-Pierre HARDY, Guide de l'action sociale dans la lutte contre les exclusions, DUNOD, 1999.

- l'aide sociale à l'hébergement dans personnes sans domicile de secours dans les établissements pour personnes âgées et adultes handicapés.

	Sécurité sociale	Aide sociale	Action sociale
Nature de la protection	Ouverture obligatoire des prestations aux assurés et ayants droit	Obligation de faire, dépense obligatoire de la collectivité	Facultative
Modalités	Couverture des risques dès leur réalisation et quel que soit l'effort contributif antérieur (droit objectif)	Financement des besoins personnalisé en fonction de l'état de la personne (droit subjectif), d'où la nécessité de démontrer un état de besoin qui sera apprécié et évalué par l'administration	Offre socialisée et spécialisée de biens et services à destination d'un public ou sur un territoire dans le cadre d'une politique volontariste
Principes régissant son financement	Cotisations des assurés et prestations déterminées par l'État	Subsidiarité	Impulsion, expérimentation des dispositifs, des équipements, des biens collectifs Financements non pérennes et pouvant être réduits
Références légales et réglementaires	Code de la sécurité sociale (CSS)	Code de l'action sociale et des familles (CASF)	Des centaines de circulaires
Typologie de bénéficiaires	Homme au travail	Homme assisté	Homme acteur agissant

Source : Jean-Pierre HARDY, Guide de l'action sociale dans la lutte contre les exclusions, DUNOD, 1999. Jean-Pierre HARDY, *Maîtriser l'organisation institutionnelle de l'action sociale*, Direction(s) hors-série n°11, ESF, 2013. Jean-Pierre HARDY, Jean-Marc LHUILLIER, Amédée THEVENET, *L'aide sociale aujourd'hui*, ESF, 18ème édition, 2015.

A l'origine et pendant des décennies, l'aide sociale entraînait l'obligation alimentaire et le recours sur succession qui, aujourd'hui ne subsistent réellement que pour l'aide sociale à l'hébergement pour personnes âgées.

1.2. L'aide sociale à l'hébergement ne se réduit plus aux « frais d'hébergement et d'entretien » stricto-sensu.

La législation de l'aide sociale à l'hébergement relève de textes datant de 1933 et 1954, codifiés une première fois dans le code de la famille et de l'aide sociale (CFAS) et une deuxième fois à l'identique dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) par une ordonnance en 2000, ordonnance ratifiée par la loi 2002-2.

L'article L.132-3 du CASF réduit les prestations au titre de l'aide sociale à l'hébergement aux « **frais d'hébergement et d'entretien** ».

Cette notion de « *frais d'hébergement et d'entretien* » est très ancienne (1933) et a un poids historique. En effet, c'est l'époque des hospices dont la suppression-transformation prévue par la loi du 30 juin 1975 a mis 40 ans à se réaliser complètement. Ces hospices mélangeaient les « vieux », les handicapés avec des qualificatifs légaux devenus injurieux comme « *anormaux, débiles, retardés, incurables, inadaptés* », les enfants abandonnés, les vagabonds... Les « *frais d'hébergement et d'entretien* » se résumaient par « *la bouffe et la couche* » ou « *le gîte et le couvert* », ce qui revient aujourd'hui au périmètre du forfait journalier hospitalier. Il s'agissait bien d'assurer la survie alimentaire et physique (éviter de mourir de faim ou de froid) dans le cadre de la lutte contre « la pauvreté absolue » et non la « pauvreté relative ».

Les textes réglementaires sur l'hébergement dans les établissements de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) pour adultes handicapés sont allés au-delà de cette notion obsolète de « frais d'hébergement et d'entretien » et prennent en compte les dépenses d'administration générale, d'accompagnement social, de soutien à la vie sociale... Par contre, il n'en est toujours rien pour les foyers de vie, les foyers occupationnels et les foyers d'hébergement d'ESAT. Certains gestionnaires en ont déduits que les participations des résidents devaient porter sur les seuls « *frais d'hébergement et d'entretien* », c'est-à-dire le périmètre du forfait journalier hospitalier. En réaction, des départements ont fait valoir que, dans ce cas, les dépenses d'animation sociale et d'administration générale pourraient être à la charge directe des personnes accueillies puisque n'étant pas légalement des « *frais d'hébergement et d'entretien* » stricto sensu.

1.3. Vers l'extinction de l'aide sociale à l'hébergement ?²

Depuis 2016, les CADA ne relève plus de l'aide sociale de l'État même si leur financement relève d'un BOP de l'État (BOP 303). Les CHRS relève eux du BOP 177.

les centres provisoires d'hébergement (CPH) qui accueillent des étrangers s'étant fait reconnaître la qualité de réfugié sont une catégorie de CHRS relevant du 8° du I de l'article L.312-1 et non une catégorie de CADA relevant du 13°. Ils sont financés sur le BOP 104 : accueil des étrangers et intégration.

² Jean-Pierre Hardy, *L'aide sociale à l'hébergement (ASH) : un système à bout de souffle*, Année de l'Action Sociale 2017, Editions DUNOD, novembre 2016.

En 2017, le financement des ESAT ne relèvera plus de budget de l'État mais doit passer sous ONDAM et OGD de la CNSA. Aussi, l'aide sociale à l'hébergement de l'État devient donc de plus en plus résiduelle.

L'aide sociale à l'hébergement pour adultes en situation de handicap qui n'est plus soumis à l'obligation alimentaire et au recours sur succession devrait être remplacée par une prestation de compensation du handicap (PCH) en établissements pour adultes (il y a une PCH pour établissements pour enfants) et une PCH « mutualisée » dans les services d'adaptation à la vie sociale.

Cependant CHRS et CADA relèvent de la nomenclature des ESSMS ce qui n'est pas sans conséquences juridiques et financières. (Cf. Tableau page suivante)

L'aide sociale à l'hébergement en CHRS est un « droit-crédance » et une dépense obligatoire. C'est pourquoi les fédérations de CHRS sont réticentes à remplacer ces crédits aide sociale à la charge de l'État en crédits d'intervention de l'État.

Les CHRS comme les CADA en tant que établissement et service social et médico-social (ESSMS) relèvent d'un « chaînage » :

- planification ;
- appels à projets ;
- autorisation / transformation ;
- financement / tarification.

Le « chaînage »



	CASF 8° et 13° du I de l'article L312-1 Articles L345-1 à L345-4	Activités ne relevant ni du statut CHRS, ni d'un agrément, mais du régime déclaratif de l'article L.322-1 du CASF	Agréments³	Marché public
Code de référence	Code de l'action sociale et des familles	Action Sociale Facultative	Code de la construction et de l'habitation	Code des marchés publics
Durée de « l'autorisation » à exercer une activité	15 ans	Annuel (exceptionnellement pluriannuel) CPO ⁴	5 ans	Durée du marché
Autorisation en lien avec les besoins du territoire	Référence aux schémas sociaux et au PLALHPD ⁵	Référence au PLALHPD	Référence au PLALHPD	Aucune référence à des schémas ou plans
Financement	- Dotation globale (tarification) - Droit budgétaire des ESSMS	Subvention (discrétionnaire) CPO de 3 à 5 ans	- Subvention (discrétionnaire) - Marché (prix)	Marché (prix) et Facturation du prestataire
Droit des usagers	- Participation (projet d'accueil et d'accompagnement , à la vie de l'établissement...)			
Évaluation	Obligation d'évaluation interne et externe des activités des activités et de la qualité des prestations			

³ Trois agréments accordés à l'organisme gestionnaire et non à une de ses structures :
-agrément de maîtrise d'ouvrage
-agrément ingénierie sociale, financière et technique (AVDL, assistance DALO, recherche de logements d'adaptés...)
-agrément intermédiation locative et gestion locative sociale (location/sous-location, hébergement ALT, hôtel, gestion de résidences sociales...)

⁴ CPO : contrat pluriannuel d'objectifs

⁵ PLALHPD : plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées.

Régime de l'agrément dans le CASF et reconnaissance de la notion de parcours

Le régime de l'agrément d'une association (et non d'autorisation d'une structure ou d'un service géré par une association) existe dans le CCH pour les résidences sociale et l'accompagnement social lié au logement (Cf. Note n°2 du tableau ci-dessus).

Le décret n°2016-1467 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article 5 de la loi n°2016-444 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées a créé dans le CASF ce régime de l'agrément des associations (articles L.121-9 et R.121-12-1 à R.121-12-5 du CASF) pour la mise en œuvre des parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle.

C'est aussi la première fois qu'apparaît dans le CASF une définition précise d'un parcours de prise en charge globale articulant accès aux soins, accompagnement sociale et aide financière pour l'insertion sociale et professionnelle et le logement, notamment à travers l'accès au dispositif AHI dont les CHRS (R.121-12-11 à R.121-12-13).

La mise en œuvre effective de ces parcours nécessite d'articuler, voire d'harmoniser, des financements divers sur plusieurs BOP de l'Etat et surtout, à défaut d'un financement par forfait global, des modalités de financement différentes : tarification administrée, subventions, facturation de prestations et d'heures de formation...

La comitologie prévue pour ces parcours risque de rendre difficile la réactivité et l'opérationnalité.

La planification qui constitue la première étape de ce chaînage de la politique publique est le plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PLALHPD) pour les CHRS relevant des ESSMS, les centres d'hébergement d'urgence (CHU) relevant du régime déclaratif (art. L.322-1 du CASF) et les résidences sociales, maisons relais et pensions de famille relevant du code de la construction et de l'habitation (CCH).

Les transformations des CHRS par des extensions de places et les requalifications des places de CHU devaient être soumises à des procédures d'appels à projets. La loi d'adaptation de la société au vieillissement de fin décembre 2015 exonère d'appels à projets les transformations, les regroupements et les recompositions de l'offre. Le décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 d'application de cette disposition législative ne traite pas cette question particulière de la transformation des lits de CHU en places de CHRS au-delà des critères d'extension entre les autres catégories d'ESSMS.

Les autorisations en tant que ESSMS entraînent une tarification administrée qui passe ces dernières années (nous y reviendrons) d'une tarification en « dépenses autorisées » à une tarification contractualisée « à la ressource disponible ».

En effet, le dernier alinéa de l'article R.314-150 du CASF précise que les dotations globales de financement des CHRS et des CADA sont calculées en appliquant des indicateurs nationaux de référence fixé en application de l'article R.314-33-1 du CASF. Il

s'agit de l'étude nationale des coûts (ENC) « AHI » mais l'arrêté qui doit fixer ses indicateurs permettant de tarifier via une équation tarifaire n'a pas été pris par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) pour les CHRS et la Direction Générale des Etrangers en France (DGEF) pour les CADA. Les circulaires de ses administrations centrales (celles de la DGCS invitant à utiliser l'ENC et celles de la DGEF fixant des coûts/jours/places) n'ont pas de bases légales et réglementaires et sont donc inopposables aux gestionnaires dans le cadre du contentieux de la tarification.

Les centres et hôtels maternels sont aussi des ESSMS relevant du 8° du I de l'article L.312-1 du CASF. L'article L.221-2 du CASF prévoit que chaque département doit « *disposer de structures d'accueil pour les femmes enceintes et les mères avec enfants* » avec des enfants de moins de trois ans. Les préfets doivent intervenir pour faire respecter cette obligation. Aussi, au moment de la concertation sur les schémas départementaux de protection de l'enfance, ils peuvent intervenir pour faire savoir s'ils estiment l'équipement insuffisant. Ils peuvent aussi demander la prise en compte et la programmation de ces structures dans le PLALHPD.

Des analyses juridiques ainsi que des décisions de justice, notamment celles du juge de la tarification, ont confirmé qu'en l'absence d'une autorisation de création conjointe d'un CHRS avec un centre ou un hôtel maternel par le préfet et le président du conseil départemental, le préfet de région tarificateur et le directeur d'un CHRS ne sont pas en droit d'exiger le versement d'un tarif de la part du conseil départemental pour les femmes isolées avec des enfants de moins de trois enfants accueillis dans ce CHRS. Faute d'une double autorisation Préfet/Président du Conseil départemental, cette dépense ne relève pas du régime des dépenses obligatoires (L.3321-1 du CGCT).

Le président du conseil départemental, s'il le souhaite et dans le cadre de sa compétence exclusive, peut, soit créer une section « centre maternel » dans un CHRS et lui fixer un prix de journée, soit conclure une convention avec des dispositions financières.

Outre l'autorisation conjointe, faute d'un décret en Conseil d'Etat qui aurait dû être pris en application combinée de l'article L.222-5 du CASF, modifié en mars 2009 dans le cadre de la loi MOLLE, et de l'article L.222-7, cette disposition législative ne peut être d'application immédiate. En effet, les CHRS étant financés par dotation globale, il faut que ce décret en conseil d'Etat précise le mode de calcul des tarifs journaliers « femmes isolées avec enfants de moins de 3 ans » que les CHRS seraient alors habilités à facturer aux conseils départementaux.

Rappelons que l'article L.311-9 du CASF, issu de l'article 134 de la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (dite loi « Aubry »), reconnaît « *le droit à une vie familiale* ». Aussi, les CHRS ont l'obligation de « *rechercher une solution évitant la séparation* » pour maintenir ces liens familiaux et ils ne peuvent pas refuser l'admission des personnes isolées avec enfants (tout comme les foyers de l'enfance ne peuvent pas refuser l'admission de mineurs étrangers isolés).

Il conviendrait de reprendre le « chaînage » prévu par le législateur. Le PLALHPD qui devrait notamment se déclinier par l'organisation du partenariat avec le service social départemental polyvalent de secteur et le FSL. Le PLALHPD devrait « éclairer les angles morts » entre lui et le schéma départemental de protection de l'enfance : logement des

jeunes majeurs sortant de l'ASE, formation professionnelle et FJT pour les 16-25 ans, voire 30 ans...

Le régime déclaratif : un peu d'histoire pour comprendre

La loi n°71-1050 du 24 décembre 1971 a institué le régime déclaratif pour les structures d'accueil des publics vulnérables.

Cette loi a été codifiée d'abord dans le code de la famille et de l'aide sociale (art 203 et suivants du CFAS) puis dans le CASF (art L.322-1 et suivants).

La loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales a remplacé le régime déclaratif par le régime de l'autorisation. Aussi, l'article 34 de cette loi avait prévu la résorption du régime déclaratif.

Ce passage sous le régime de l'autorisation avait été fait à l'époque malgré l'opposition des organisations de travailleurs sociaux et les fédérations des familles d'usagers et de gestionnaires. En effet, elles dénonçaient la prise en main par l'Etat du secteur social et le corsetage de l'initiative associative. L'Etat rappelait qu'il ne pouvait pas laisser des structures se créer librement et fonctionner dans un premier temps sur le bénévolat et sans crédits publics pour ensuite demander un financement public de la professionnalisation avec le chantage « *soit vous financer, soit on ferme et on vous dépose les publics accueillis sur le parvis de la préfecture* »...

La loi 2002-2 a modernisé et renforcé le régime de l'autorisation et la loi « HPST » de juillet 2009 a introduit le dispositif d'appels à projets que la loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi AVS) de décembre 2015 vient d'assouplir.

Le régime déclaratif ne s'est pas résorbé comme prévu en jouant sur le flux (plus de nouvelles créations sous ce régime) et sur le stock (passage des structures déclarées sous le régime de l'autorisation).

La nécessité de répondre aux nouvelles urgences sociales des dernières décennies et aujourd'hui le défi de l'accueil des migrants (Cf. infra 4) donnent un nouvel élan au régime déclaratif. Si le régime déclaratif a été résorbé dans le secteur des adultes handicapés et l'était très largement dans le secteur de la protection de l'enfance, il est de nouveau utilisé pour mettre en place des dispositifs de prise en charge des mineurs étrangers isolés (MEI) désormais qualifiés de « mineurs non-accompagnés ». Aussi, la loi AVS de décembre 2015 a abrogé l'article 34 de la loi de 1975.

Cependant, l'article 67 de la loi AVS a prévu de passer dans le régime de l'autorisation dans les deux ans, les structures du régime déclaratif créés avant la loi du 30 juin 1975. Cet article vise en particulier directement les foyers de jeunes travailleurs, les établissements et services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et indirectement les équipes et clubs de prévention⁶.

⁶ Jean-Pierre Hardy, La prévention spécialisée est-elle une dépense d'aide sociale obligatoire ?, Travail Social Actualité du 12 février 2016.

Par circulaire du 1^{er} novembre 2016, le garde des Sceaux, ministre de la Justice a créé plusieurs dizaines de centres d'accueil et d'orientation des mineurs isolés (CAOMI) de 20 à 50 places dans le cadre du démantèlement de la « jungle » de Calais. Ces CAOMI relèvent du régime déclaratif et la volonté d'en faire un dispositif exceptionnel et provisoire sera difficile à tenir face à la permanence, la récurrence et la résurgence de cette question sociale.

Ironie et ruse de l'histoire, un régime, que l'administration voulait faire disparaître pour mieux piloter les politiques publiques sociales et médico-sociales, prospère de nouveau pour mettre en œuvre de façon plus souple et instrumentale les nouvelles politiques publiques d'action sociale de la (ou les) prochaine décennie.

Compte tenu des problématiques d'addictologie et de santé mentale de certains publics sans abris et avec un passé lourd de précarité, des conventions doivent préciser l'intervention du secteur psychiatrique.

Même s'il faut se prémunir des idées reçues⁷, comme le propose Michel Laforcade dans son rapport relatif à la santé mentale remis à la demande de la Ministre en octobre 2016 :

« Les dispositifs mis à disposition des personnes sans domicile stable (CHRS, hébergements d'urgence, SAMU sociaux, accueil de jour) sont souvent débordés par les problématiques psychiatriques qui touchent une large majorité de cette population, qu'elles soient la source de la désinsertion ou la conséquence, et quelque fois un peu des deux :

- *L'accès aux soins somatiques de ces personnes est très compliqué particulièrement s'ils sont étrangers en situation irrégulière ou migrants. leur accès aux soins psychiatriques est souvent problématique.*
- *Les EMPP (équipes mobiles psychiatrique précarité), lorsqu'elles existent, sont en capacité d'apporter des diagnostics précoces et des soins à ces personnes et une aide précieuse aux professionnels de l'hébergement et de la réinsertion sociale.*
- *Les conventions entre secteurs psychiatriques et dispositifs sociaux peuvent venir formaliser les expériences innovantes en la matière.*

Tous ces dispositifs d'insertion sociale devront être prévus dans le projet territorial de santé mental ».

Les structures dénommées « lits halte soins santé » et « lits d'accueil médicalisés », financées par l'assurance maladie sur l'ONDAM « publics spécifiques » de l'article L.314-3-3 du CASF, sont souvent annexées, voire intégrées, à des CHRS.

⁷ ATD Quart Monde, *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, Editions Quart Monde et Editions de l'atelier, 2013.

Des gestionnaires de ces structures qui relèvent du 9° du I de l'article L.312-1, comme aussi les structures de lutte contre les addictions, souhaitent conclure un CPOM commun avec leurs CHRS comme le prévoyait la loi « HPST » (premier alinéa de l'article L.313-12-2 avant son « écrasement » par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016). Il avait même été envisagé de faire gérer cet ONDAM art L.314-3-3 pour les DRJSCS (DRHIL en Île de France) et non les ARS. Les ARS gérant des crédits « État » comme l'aide sociale des ESAT, les DRJSCS pouvaient aussi gérer des crédits « assurance maladie ».

Le 9° du I de l'article L.312-1 du CASF

9° Les 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, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " et les appartements de coordination thérapeutique ;

En cas de cessation partielle ou totale d'activité, les ESSMS relevant du I de l'article L.312-1 du CASF peuvent, en application de l'article R.314-98 du CASF, obtenir un budget de clôture. Ce n'est pas le cas pour les structures subventionnées (Cf. Infra 2) même si ces dernières peuvent provisionner des frais de fermeture d'activités subventionnées ce qui réduit les fonds dédiés réellement disponibles. Ces structures subventionnées préfèrent recruter sur CDD alors que des recrutements en CDI permettent des licenciements économiques en cas de cessation d'une activité subventionnée sur une période de plus d'un an, ce qui est, au final, plus économe des deniers publics.

Les parcours d'insertion dans le secteur « AHI » doivent aussi bénéficier, s'appuyer, utiliser, voire initier, les outils sous l'égide des collectivités territoriales comme les FSL ou les MASP.

Les fonds de solidarité logement (FSL) issus de la loi Besson de 1990, cofinancés et cogérés au niveau départemental par l'Etat et les départements (mais la gestion a été généralement déléguée aux CAF) ont été décentralisés aux départements à l'occasion de l'acte II de la décentralisation en 2004.

La participation des départements aux FSL est passée selon l'ODAS⁸ de 80 millions d'€ en 2014 à 75 millions d'€ en 2015.

⁸ Lettre de l'ODAS, juin 2016, *Les dépenses départementales d'action sociale en 2015 : l'inquiétude persiste !*

Outre des aides individuelles (cautions, premiers équipements, impayés, accès à l'eau, l'énergie), le FSL peut financer des associations menant des actions d'accompagnement socio-éducatif lié au logement (ASELL) dont des associations du secteur « AHI ». La problématique du financement de ses actions par subventions du FSL est similaire à celle des subventions de l'Etat dans le secteur « AHI » qui sera traité dans la prochaine partie.

Dans le cadre de l'obligation du transfert d'un minimum de trois compétences sur les 10 listées, des départements vers les métropoles au 1^{er} janvier 2017, les départements sont en train de transférer ce FSL (tout comme le fonds départemental d'aide aux jeunes et la prévention spécialisée).

Toujours selon l'ODAS, les départements ont consacré 28 millions d'€ en 2015 contre 25 millions d'€ en 2014 au financement des **mesures d'accompagnement social personnalisé (MASP)**.

La MASP est issue de la loi du 5 mars 2007 relative à la protection juridique des majeurs (articles L.271-1 à L.271-8 du CASF). Il y a plusieurs MASP :

- **La MASP SIMPLE dite MASP niveau 1** qui repose sur l'accompagnement budgétaire et une aide à la gestion budgétaire (art L.271-1 du CASF) ;
- **La MASP RENFORCEE dite MASP niveau 2** par laquelle la personne accompagnée autorise le président du conseil départemental à percevoir et gérer directement pour son compte tout ou partie de ses prestations sociales avec pour priorité le paiement des charges liées au logement (loyers et charges locatives en cours) (art L.271-2 du CASF).
- **La MASP CONTRAINTE dite MASP niveau 3** qui permet au président du conseil départemental de solliciter le juge d'instance pour que les prestations sociales soient directement versées au bailleur pour payer le loyer et les charges locatives. C'est une mesure sans visée éducative (art L.271-5 du CASF).

La MASP 1 est en général mise en œuvre par le service social départemental. Elle est rarement sous-traitée à des associations type UDAF ou ADSEA.

Par contre, la mise en œuvre et la gestion de la MASP 2 peut être déléguée par le département à des associations en application de l'article L.271-3 et la personne accompagnée peut participer au financement de sa MASP (art L.271-4 du CASF).

Quelques rares départements (Val d'Oise) ont créé un service géré en régie directe pour mettre en œuvre les MASP, en particulier la MASP 2. Les associations de protection juridique des majeurs se sont vu confier la gestion de la MASP 2, avec obligation d'en faire un service distinct des services relevant des 14^o et 15^o du I de l'article L.312-1 du CASF relevant de la compétence de l'Etat (DRJSCS) en matière d'autorisation, de tarification et de contrôle. Ces services sont financés soit par des subventions, soit par mois/mesure. L'ADF avait proposé en 2011 de scorer les MASP 2 comme les mesures d'accompagnement juridique (MAJ) afin d'entrer dans le total de points d'un service de protection des majeurs (le 2P3M) et déterminer sa quotepart de dotation globale.

Dans le cadre d'un parcours d'insertion avec son parcours résidentiel, des associations du secteur « AHI » peuvent avoir la délégation de la MASP 2.

Les bilans de la MASP (Cour des comptes à la demande du Sénat) a mis en évidence que la MASP 3 est rarement déclenchée par le président du conseil départemental.

En cas d'échec d'une MASP, l'article L.271-6 du CASF prévoit le passage à une des mesures de protection juridique des majeurs qui sont principalement mises en œuvre par les services relevant des 14° et 15° du I de l'article L.312-1 du CASF.

Les mesures de protection juridique des majeurs relevant du 14° du I de l'article L.312-1 du CASF (MAJ, Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice) peuvent être prononcées sans être passé par une MASP. Par contre, la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF), anciennement appelé la Tutelle aux Prestations Sociales Enfants (TPSE), relevant du 15° de l'article précité doit être enchaînée qu'en cas d'échec de la MASP qui est une mesure administrative. Les carences de certains départements en matière de MASP mettent en difficulté des services de MJAGBF. En 2007, il avait été prévu que la MJAGBF serait décentralisée vers les départements à l'occasion d'une prochaine loi de décentralisation, afin de la mettre en cohérence avec les mesures éducatives d'aide à la gestion familiale de la protection de l'enfance.

Dans le secteur « AHI », un CPOM (commun ou non) avec le département pourrait donc intégrer le FSL et les MASP dans ses objectifs et ses financements retracés dans son EPRD (Cf. Infra 7).

Il n'y a pas en Ile de France de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) « familles vulnérables » d'autorisés dans le cadre du 8° du I de l'article L.312-1 du CASF. Les SAAD « familles vulnérables » existent uniquement dans le cadre du 1° du I dudit article L.312-1 avec un financement par la protection de l'enfance départementale pour les familles les plus structurellement fragiles et les caisses d'allocation familiale pour les familles monoparentales conjonctuellement avec des difficultés (hospitalisation par exemple).

2. Les subventions dans le secteur « AHI »

2.1. Définition des subventions publiques

L'article 59 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire (loi ESS) a donné, à la demande du mouvement associatif, une définition de la subvention.

Article 59 de la loi ESS

Le chapitre III du titre Ier de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations est ainsi modifié :

Il est ajouté un article 9-1 ainsi rédigé :

« Art. 9-1.-Constituent des subventions, au sens de la présente loi, les contributions facultatives de toute nature, valorisées dans l'acte d'attribution, décidées par les autorités administratives et les organismes chargés de la gestion d'un service public industriel et commercial, justifiées par un intérêt général et destinées à la réalisation d'une action ou d'un projet d'investissement, à la contribution au développement d'activités ou au financement global de l'activité de l'organisme de droit privé bénéficiaire. **Ces actions, projets ou activités sont initiés, définis et mis en œuvre par les organismes de droit privé bénéficiaires.**

Ces contributions ne peuvent constituer la rémunération de prestations individualisées répondant aux besoins des autorités ou organismes qui les accordent.

Il s'agissait d'éviter de soumettre aux règles des marchés publics des actions mises en œuvre par des associations locales (actions périscolaires, accès aux sports et aux loisirs, etc.). En effet, les collectivités territoriales, pour des raisons de sécurité juridique estimaient dangereux le subventionnement de « gré à gré » et engageaient la procédure des marchés publics que les petites associations ne pouvaient mettre en œuvre.

En application de l'article L.612-4 et D.612-5, les associations sont obligées d'avoir un commissaire aux comptes dès qu'elles perçoivent des subventions d'un montant supérieur à 153.000€ ; alors que les associations gestionnaires d'ESSMS sont obligées d'en avoir un en application de l'article L.612-1 du code du commerce dès qu'elles dépassent deux des trois seuils de l'article R.612-1 du même code, à savoir : 50 salariés en CDI, 3.100.000€ de chiffre d'affaires et 1.550.000 millions d'€ de total de bilan.

Si la loi vise à faciliter l'accès aux subventions des associations locales mettant en œuvre des actions ponctuelles et non pérennes, elle a pour effet de remettre en cause le financement par subventions d'activités pérennes dans le secteur social, médico-social et sanitaire.

2.2. Les financements dans le secteur AHI avant et après la loi ESS

Les CHRS, comme les CADA, sont financés par une dotation globale de financement relevant d'une tarification administrée historiquement en fonction de dépenses autorisées et de plus en plus en fonction « des ressources limitatives disponibles », à savoir les dotations régionales limitatives (DRL) du BOP 303 pour les demandeurs d'asile, du BOP 177 pour les CHRS, voire du BOP 106 sur les familles vulnérables ou du BOP 304 inclusion, protection des personnes, économie sociale et solidaire. Comptablement, ces dotations globales de financement relèvent du chapitre des comptes 73 ; produits de la tarification, ajoutons, administrée.

Les CADA et les CHRS sont dans la nomenclature des ESSMS, à savoir le 8° du I de l'article L.312-1 du CASF pour les CHRS et le 13° pour les CADA. Ce I de l'article L.312-1 a 16 grandes catégories d'ESSMS renvoyant sur 90 catégories FINESS.

En tant qu'ESSMS, ils relèvent du chaînage : Planification, Appels à projets, autorisation pour 15 ans et tarification administrée annuelle (Cf. Supra 1.3).

Les centres d'hébergement d'urgence (CHU) relevant du régime déclaratif de la loi de 1971, repris dans le CASF à l'article L.322-1, et les résidences sociales du CCH, étaient financés par des subventions. Il en est de même pour l'hébergement d'urgence pour les demandeurs d'asile (HUDA) relevant du régime déclaratif du CASF (art L.322-1 du CASF) et du 2° de l'article L.744-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).

Comptablement ces subventions relèvent du chapitre des comptes 74 : subventions ; alors que comptablement la vente de prestations de services relève du chapitre des comptes 70.

Les subventions au secteur AHI n'entre pas dans la définition de la subvention donnée par loi ESS (Cf. Supra 2.1).

Le droit tarifaire entraîne une analyse et une affectation des résultats d'un ESSMS (article R.314-51 du CASF), voire une réformation du résultat (article R.314-52 du CASF) entraînant des dépenses refusées par l'autorité de tarification (compte 114) et des dépenses non opposables aux tiers financeurs (comptes 116).

Le droit des subventions impose d'établir un compte emploi ressource (CER) qui permet de s'assurer de la bonne utilisation de la subvention (respect du cahier des charges ou/et de la convention de subventionnement), il n'y a pas de reprise des résultats souvent neutralisés par les mécanismes des fonds dédiés (compte 19), mais reversement de tout ou partie de la subvention manifestement sous ou non utilisée.

Ce dispositif de reversement des subventions non ou mal utilisées (compte 74) a été étendu par la loi AVS aux produits de la tarification (compte 73) pour les ESSMS sous CPOM. En effet, cette loi AVS a inséré dans le CASF, un nouvel article L.313-14-2 qui prévoit ces reversements. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit que ces reversements peuvent prendre la forme d'une diminution des dotations et forfaits globaux de la tarification administrée. Cet article L.313-14-2

compense le principe de la fin de l'affectation par l'autorité de tarification des résultats des ESSMS sous CPOM. Ces affectations des résultats se font toujours en application de l'article R.314-51 mais sous la responsabilité du gestionnaire et non plus sous l'égide de l'autorité de tarification. Le gestionnaire a aussi la possibilité d'affectation des résultats excédentaires dans le cadre d'un CPOM au compte 10683 : excédent affecté à l'investissement d'un CPOM et/ou au compte 115114 : excédent affecté au financement d'un CPOM. L'article L.312-14-2 concerne tous les CPOM, donc aussi ceux du secteur « AHI ». Dans le secteur « AHI », cet article harmonise le traitement des résultats entre les ESSMS (CHRS, CPH, CADA) et les structures d'accueil sous le régime déclaratif de l'article L.322-1 du CASF sous le même CPOM.

Alors que les activités non ESSMS gérées par une association gestionnaire relèvent du plan comptable associatif, les ESSMS (CHRS, CADA, CPH, centres maternel) relèvent du plan comptable des ESSMS, à savoir la M 22 bis, qui a des spécificités très intéressantes en matière d'affectation des résultats et de provisions réglementées. Cependant, ces autres activités, notamment les activités subventionnées peuvent aussi relever de la M 22 bis en application de l'article R.314-81 du CASF, si les produits de la tarification représentent plus de 50% des produits d'exploitation de l'organisme gestionnaire.

Le fait de relever du régime déclaratif et non du régime de l'autorisation d'un ESSMS, fait échapper les structures d'accueil de l'article L.322-1 du CASF à la possibilité de faire valoir des droits dans le cadre du contentieux de la tarification. Si la référence à la subvention est inappropriée pour ces structures d'accueil et qu'il conviendrait de substituer aux conventions de subventionnement un arrêté préfectoral fixant un forfait global, ce dernier ne pourra pas être soumis à la réformation du juge de la tarification.

N'étant pas des services subventionnés ou tarifés administrativement, ces structures pourraient être isolées budgétairement et comptablement, notamment dans un compte de résultat prévisionnel (CRP) de l'EPRD du CPOM (Cf. Infra 7), comme le sont les budgets annexes de production et de commercialisation des ESAT et normalement les ateliers d'adaptation à la vie active (AVA) des CHRS. Cela permettrait de relever fiscalement d'une TVA à taux réduit (comme les EHPAD commerciaux), d'une récupération de la TVA sur les produits ayant un taux de TVA supérieur au taux réduit et de ne plus payer la taxe sur les salaires, ce qui est économiquement avantageux et permettrait de réduire les prix de revient d'achat ou de mieux équilibrer les comptes de ces structures.

Le risque de relever avec la TVA d'autres impôts commerciaux comme l'impôt sur les bénéfices, est réduit, le prix d'achat par les pouvoirs publics ne permettant pas de dégager des excédents. Ces excédents peuvent être neutralisés en amont par la saturation du groupe fonctionnel III des dépenses, notamment en amortissant le mobilier en dégressif, en provisionnant des charges et en utilisant les mécanismes des fonds dédiés...

Dans le cadre de la prise en compte de ces structures dans un CPOM avec des CHRS et/ou CADA, l'EPRD du CPOM prévoit une capacité d'autofinancement des investissements commune à tous les CRP du CPOM, avec un ou plusieurs CRP pour chaque BOP et chaque type de financement, voire par unités territoriales.

Rappelons que le CPOM vaut mandatement dans le cadre du droit communautaire sur les services sociaux d'intérêt général (SSIG).

L'article 34 de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales avait prévu la résorption avant disparition du régime déclaratif. Dans le secteur « AHI », les structures d'accueil du régime déclaratif ont connu un nouvel élan avec les plans « pauvreté-précarité » dans les années 1980-1990 et aujourd'hui avec l'accueil des migrants (Cf. infra 5). Aussi, la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015 a abrogé l'article 34 de la loi de 1975.

Cette question des subventions dans le secteur sanitaire, social et médico-social largement tarifé de façon administrée, n'est pas spécifique au secteur AHI. Dans le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées, le financement des GEM et des MAIA (exclus de la nomenclature des ESSMS), des CREAI et des CLIC relevant pourtant des centres de ressources du 9° du I de l'article L312-1 de CASF, se fait par des subventions qui ne répondent pas à la définition de la loi ESS.

3. La commande publique dans le secteur « AHI »

La création, le fonctionnement et le financement des résidences sociales et autres pensions de famille pourtant agréés dans le cadre du CCH (Cf. Tableau supra 1.3), relèvent plus fondamentalement de la commande publique que de l'initiative privée ; même si l'initiative privée rejoint la commande publique et que l'on passe vite dans le syndrome de « la poule et de l'œuf ». Il en va de même pour les CHU « saisonniers ».

Le terme d'achat par les pouvoirs publics est plus approprié et s'oppose clairement à la subvention désormais définie par la loi ESS comme un versement sans contrepartie. Dans le cadre d'un achat, les pouvoirs publics financent les résidences sociales en rémunérant des services, ce qui devrait entraîner une imputation de ces financements au chapitre 70 et non aux chapitres 74 ou 73.

La commande publique dans le secteur de l'action sociale s'est développée ces dernières décennies dans les domaines de l'insertion professionnelle, de l'accompagnement des publics vulnérables (coaching). Les actions socio-éducatives du FSL et les MASP 1 et 2 (Cf. Supra 1) ont fait l'objet d'appels d'offres par des départements.

La loi ESS avait pour objectif de sortir de la commande publique ces actions pour les faire revenir sous le régime de la subvention. En effet, des craintes d'insécurité juridique avaient conduit les collectivités territoriales à opter pour des appels d'offres. Cependant, nous venons de voir (Cf. Supra 2) que la définition de la subvention de la loi ESS ne convient toujours pas pour le financement de ces actions.

La publication le 24 septembre 2016 par les administrations centrales de l'Etat compétentes de deux appels d'offres pour l'ouverture pendant 10 ans de 5000 places d'hébergement d'urgence généraliste et 5351 places d'hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (PRAHDA) avec des cahiers des charges précis et stricts, notamment sur les modalités de fonctionnement, de communication d'informations aux pouvoirs publics, de tarifs (5939€ la place/an sur 10 ans pour l'hébergement d'urgence généraliste et 16,50€ de prix de journée pour les places PRAHDA) ; vise à répondre à l'urgence du démantèlement des campements « sauvages » et en particulier de la « jungle » de Calais. Les fédérations gestionnaires concernées et aussi celles d'autres secteurs du social et du médico-social craignent que cela inaugure de nouvelles modalités de gestion du secteur et de nouvelles relations entre les pouvoirs publics, les opérateurs et les partenaires.

Aussi, par lettre en date du 26 octobre 2016 au Premier Ministre, la FNARS, l'UNIOPSS et la FEHAP en tant que têtes nationales de réseaux et 19 associations gestionnaires dans le secteur « AHI » dont les plus importantes de l'Ile de France, ont demandé l'annulation de cette commande publique.

4. Surcoûts évités, coûts transférés et coûts différés

Le rapport au Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) de Denis PIVETEAU adopté en juin 2011 estimait à deux milliards d'€ les surcoûts des hospitalisations inadéquates des personnes âgées dépendantes via les services des urgences, leur durée d'hospitalisation, les maintiens à l'hôpital faute d'aide à domicile ou d'accueil temporaire avec les risques d'infections nosocomiales, de iatrogénie et de taux d'esquarre à la sortie d'hospitalisation en corrélation avec la durée de séjour inadéquate...

Dans le secteur « AHI », la prise en charge en CHRS des sortants d'hôpitaux réduit la durée de séjour et « l'immobilisation sociale » du lit d'hôpital. Elle évite aussi des ré-hospitalisations...

Mais l'assurance maladie ne fera pas d'économies si elle veut purement et simplement transférer ces coûts sur d'autres collectivités et d'autres financeurs. Pour faire 100 de coûts évités, il faut réinvestir 20 pour compenser les coûts transférés. Cela fait au final 80 d'économie mais pas 100, mais en ne voulant rien compenser, on fait zéro économie.

En effet, le dispositif en amont du parcours (parcours de soins, parcours de santé, parcours résidentiel, parcours d'insertion) ne doit pas espérer passer le relais aux dispositifs en aval s'il veut avoir pour lui seul le bénéfice des coûts évités. Les coûts pour les dispositifs en aval étant inférieurs aux coûts évités en amont, il vaut mieux faire des économies inférieures aux coûts potentiellement évités en finançant sur une partie de ces économies les dispositifs en aval, que de faire au final zéro économie.

Faute de vouloir compenser les coûts transférés tout en passant en force pour réaliser les économies sur des coûts évités, les années, voire les décennies suivantes, tous les financeurs devront prendre en compte les coups différés : ré-hospitalisations, troubles de la conduite et du comportement, maltraitance (bébés secoués)...

Dans le cadre du **programme PAERPA (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie)**, le fonds d'intervention régional (FIR) des ARS, constitué pour l'essentiel de crédits de l'assurance maladie, peut financer des accueils temporaires en EHPAD ou de l'aide à domicile relevant de financement des conseils départementaux au titre de l'aide sociale ou de l'APA.

Pour éviter de supporter les coûts d'une journée d'hospitalisation pouvant aller jusqu'à 2000 €, il vaut mieux que l'assurance maladie prenne en charge un prix de journée hébergement en EHPAD à 60 €.

Des caisses de retraite et des organismes de couverture maladie complémentaire l'ont compris et proposent de financer ces retours à domicile...

Des structures hospitalières financent sur leurs crédits MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) pour financer ces retours à domicile avec passage dans des accueils temporaires. Elles ont compris que les tarifs de la T2A prennent en compte des durées de séjours standards qui prennent mal en compte les personnes très âgées, tout comme la précarité sociale (immobilisation sociale du lit).

Outre une ligne budgétaire ciblée PAERPA, le FIR finance sur des crédits fléchés l'expérimentation « un chez soi d'abord » pour les handicapés psychiques sortants d'hospitalisation.

Le programme PRADO (programme de retour à domicile) prévoit un retour très rapide des parturientes et de leurs bébés à domicile.

Pourtant, le fait de rester quelques jours de plus à la maternité permettait aux jeunes mamans d'apprendre quelques actes maternels en faisant par exemple les premières toilettes de leurs bébés sous les conseils d'une auxiliaire de puériculture...

Ces journées supplémentaires, qualifiées « de trop » par l'assurance maladie et l'État, sont encore plus utiles aujourd'hui alors que les savoirs maternels ne se transmettent plus de mère à fille et de grande sœur à petite sœur compte tenu de l'éclatement des familles et du nombre important de femmes seules isolées.

Le programme PRADO table sur le recours à la pédiatrie libérale malgré une démographie médicale particulièrement en crise sur cette discipline médicale. Pour les jeunes mamans précaires et isolées, la protection maternelle et infantile (PMI) est appelée à la rescousse.

Les économies de dépenses hospitalières à court terme risquent d'alourdir les dépenses de santé et d'ASE sur le moyen et long terme...Il faudrait jouer « gagnant-gagnant » et de ne pas faire que les économies des uns entraînent plus de dépenses pour les autres.

Aussi, il apparaît indispensable de prendre en compte l'ensemble des activités des centres de PMI entrant dans la nomenclature, quel que soit le contexte et la périodicité d'exécution, et aussi bien les actes médicaux que paramédicaux.

Or, il s'avère aujourd'hui que certains actes qui correspondent pleinement aux missions des services départementaux de PMI ne sont toujours pas ou plus pris en compte par la Sécurité sociale ; alors même que certains d'entre eux sont pris en charge quand ils sont accomplis dans le cadre libéral.

C'est notamment le cas pour les actes non obligatoires mais nécessitant des consultations supplémentaires de prévention pour éviter l'installation de pathologies avérées chez des enfants de moins de 6 ans présentant des facteurs de vulnérabilité qui ne sont toujours pas pris en charge, alors qu'effectués en médecine libérale, ils sont pris en charge.

Cela crée de fait une discrimination contre-productive. Elle est susceptible d'amener les services départementaux, soit à supporter indûment ces frais de santé primaire, soit à les ré-adresser vers des praticiens libéraux, pour lesquels la Sécurité sociale supportera le coût de l'acte, mais au prix de potentiels renoncements aux soins, notamment pour les populations pour qui l'avance de frais est difficile.

L'assurance maladie doit donc reconnaître l'ensemble des actes réalisés par tous les professionnels médicaux et paramédicaux des services départementaux de PMI au même titre que lorsqu'elle le fait lorsqu'il s'agit de professionnels exerçant en libéral.

De même, les vaccins devraient être pris en charge à hauteur de 100% de la valeur des prix négociés par marchés et non 65%, afin de garantir une couverture vaccinale suffisante de la population, notamment les populations vulnérables et précaires.

Par ailleurs, les professionnels paramédicaux des PMI réalisent un certain nombre d'actes en accord avec les décrets de compétence de leurs professions réglementées, qui ne sont pas remboursés aux PMI alors qu'ils le sont en ambulatoire :

- accueil des bébés et de leurs parents et entretien infirmier permettant de déterminer le projet de soins pour l'enfant (par exemple visites à domicile, consultations médicales...),
- réalisation d'actes infirmiers de prélèvements sanguins dans le cadre des dépistages des infections sexuellement transmissibles lors des consultations de planification familiale.

L'évolution des compétences des infirmiers leur permet d'effectuer des actes nouveaux pour lesquels des remboursements devraient être actés :

- accueil des adolescents et entretien infirmier pour évaluer les prises de risque autour de la sexualité et délivrer la contraception d'urgence,
- renouvellement pour un an de la contraception prescrite par un médecin, après un entretien infirmier portant sur la tolérance et l'observance du produit utilisé.

L'assurance maladie doit donc reconnaître les actes réalisés par les professionnels de la PMI, au même titre que lorsqu'elle le fait lorsqu'il s'agit de professionnels exerçant en libéral.

Le secteur « AHI » évite de nombreux surcoûts dans d'autres secteurs comme les dépenses d'hospitalisation sociale, les dépenses d'administration pénitentiaire, les dépenses d'aide sociale départementale, mais il n'a pas été institué de dispositifs à l'intention de leurs publics du type PAERPA ou PRADO que nous venons de présenter.

De tels dispositifs pourraient être prévus dans le plan stratégique régional de santé (PSRS) et le PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) et pourraient bénéficier de financement du FIR.

La déclinaison opérationnelle de ces dispositifs et de leur financement pourraient être intégrée dans les CPOM.

Les investissements à impact social

Ils sont fortement promus par les instances européennes et le secrétariat d'État à l'économie sociale et solidaire.

Les investissements à impact social ont pour particularité de déplacer le risque financier dans les services sociaux, de la collectivité publique à un intermédiaire privé. Ce dernier, financé par des investisseurs institutionnels, attribue des fonds à des opérateurs, associations ou entreprises. L'évaluation des résultats détermine son paiement et le retour aux investisseurs privés rémunérés par les pouvoirs publics qui n'engagent des fonds qu'en cas de réussite.

Force est de constater dans le secteur social, les difficultés pour la mesure des résultats sociaux qui peut induire une quantification simpliste et sensible aux modes de désignation de l'évaluateur (cabinets d'audits internationaux choisis par les instances européennes). Il y a un risque de déplacement vers des actions peu complexes plus facilement critérisables. Le danger d'écroulement est patent.

Les pouvoirs publics deviennent des acteurs secondaires, constatant les résultats, ne décidant plus de la nature des actions. Les rémunérations des investisseurs institutionnels devraient avoir des conséquences onéreuses à terme.

5. La « question sociale des migrants »

Le terme de « migrants » s'est imposé pour caractériser ceux qui fuient leur pays pour des raisons de guerre, de violences ou de misère. Aussi, celui notamment « d'exilés » a été écarté.

Comme le souligne les sociologues Annie Collovald et Estelle D'Halluin⁹ :

« Les mots sont en effet piégés et ils ont déjà soulevé de nombreuses controverses. Comment qualifier ces étrangers qui s'expatrient vers les pays européens ? « Immigrés », « exilés », « réfugiés », « demandeurs d'asile », « migrants » voire « émigrants » ? Les qualifications employées ne sont pas neutres ; elles sont des catégories de classement et de comptage, aux histoires plus ou moins longues et aux significations changeantes, qui ouvrent sur des protections juridiques et sociales différentes. Elles véhiculent en outre implicitement des conceptions divergentes de ce que sont ces voyageurs d'infortune, des raisons de leur déplacement ou du sort que l'Europe et ses pays membres doivent leur réserver ».

Sous l'étiquette « migrants », il est fait référence à la fois aux personnes qui pourront obtenir le statut de réfugiés politiques et des migrants pour des raisons économiques et/ou de catastrophes naturelles ou climatiques qui n'obtiendront pas le statut de réfugiés politiques mais qui resteront, pour certaines d'entre elles, sur le territoire national en situation illégale.

Dans les CADA, HUDA et l'accueil temporaire – service de l'asile (AT-SA), la procédure d'expulsion des étrangers hébergés dans ces lieux peut être mise en œuvre en application de l'article L.744-3 du CESEDA en cas de présence devenue indue. Aussi, dans son instruction du 19 septembre 2016 relative à la fluidité du parc d'hébergement des demandeurs d'asile, le Ministre de l'intérieur invite les préfets, en cas de taux de présences indues « dégradés », à mettre en œuvre l'article R.314-52 du CASF qui permet de rejeter les dépenses afférentes aux prises en charge de ces « présences indues ». Cependant cet article ne peut être mise en œuvre que pour les CADA qui sont des ESSMS et non les HUDA qui relèvent du régime déclaratif. L'article L.313-14-2 inséré par la loi AVS qui doit être complété par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 permet dans le cadre d'un CPOM de reverser des financements publics. Bien que cet article ait été écrit pour les EHPAD commerciaux, son positionnement dans le CASF permet sa mise en œuvre dans le cadre d'un CPOM avec des CADA.

La section du contentieux du Conseil d'Etat vient de préciser que les personnes déboutées de leur demande d'asile n'ont pas vocation à bénéficier du dispositif d'hébergement d'urgence de droit commun sauf pendant le temps strictement nécessaire à la préparation de leur départ (délai de départ volontaire) ou si leur situation relève de

⁹ Accueillir les migrants, Revue Savoir/Agir n°36 de juin 2016.

circonstances humanitaires exceptionnelles.¹⁰ On est donc plus dans l'accueil inconditionnel.

Cette « question sociale des migrants » va être la principale problématique de l'intervention et de l'action sociale de l'Etat dans la prochaine décennie, voire les prochaines décennies.

Cette question sociale des migrants déstabilise le dispositif CHRS-CHU et le dispositif CADA-HUDA.

Pour certains des gestionnaires rencontrés dans le cadre de cette mission, le dispositif d'accueil des migrants risque de « submerger » ou « vampiriser » le dispositif « AHI » par l'éviction du public « classique » CHRS-CHU aux profits de ces migrants. Ce dispositif migrant risque d'imposer au secteur « AHI » ses paramètres financiers et son cahier des charges plus stricts et plus contraignants comme la prise en charge uniquement des prestations directes (repas, encadrement minimal) et en ignorant les fonctions « support » comme la gestion financière et administrative et l'ingénierie sociale à déployer...

Pourtant, certaines formes de traitement de la question sociale des migrants risque de nous ramener à l'aide sociale des années 1930-1950, dont nous avons constaté la résorption (Cf. Supra 1.3.), en limitant les prestations à de la simple mise à l'abri pour éviter que ces migrants soient mieux traités que « nos SDF » et à plus forte raison de « nos mal-logés ». Dans le cadre des débats politiques dans la perspective des élections nationales de mai-juin 2017, des courants politiques mettent en avant cette thématique des migrants mieux traités que « NOS » SDF, « NOS » travailleurs pauvres, « NOS » familles monoparentales...

Paris et la métropole du Grand Paris ont connu depuis début 2016, une trentaine d'évacuation de campements « illicites » de migrants.

Ces évacuations mobilisent fortement les services de l'Etat dont ceux de la DRHIL et des DDSC qui doivent trouver des solutions de court terme (réquisitions de gymnases par exemple) avant de pouvoir offrir des réponses relevant des dispositifs CHU-CHRS et HUDA-CADA.

Ces solutions provisoires sont trouvées en symbiose avec le secteur associatif qui propose des locaux qu'il faut d'abord aménager et qui accepte de faire un accompagnement social « de base » dans des lieux réquisitionnés ou trouvés par l'Etat.

Cela entraîne une multiplication des sites et lieux d'intervention avec des conventions spécifiques, ce qui complexifie la gestion administrative et financière autant pour les services de l'Etat que pour les associations mobilisées dans ces dispositifs.

¹⁰ CE, 13 juillet 2016, N°399829, 399834, 399836, département du Puy de Dôme, CE, 13 juillet 2016, N°400074, ministre des affaires sociales.

La gestion budgétaire est aussi parfois acrobatique ;

- gel et déblocage des crédits non reportables sur les exercices à venir,
- insuffisance de crédits,
- retard dans la liquidation des crédits,
- montée en charge difficile (locaux à mettre aux normes) pouvant entraîner des sous-consommations ;
- nécessité d'utiliser le mécanisme des fonds dédiés pour ne pas perdre des crédits en année en pleine ;
- porosité entre dépenses de fonctionnement et dépenses d'investissement.

6. Quels CPOM dans le secteur AHI ?

Ce n'est pas la loi « 2002-2 » qui a consacré les CPOM dans le secteur social et médico-social et son code, le CASF. En effet, l'article L. 313-11 du CASF issu de la loi « 2002 » prévoyait des contrats d'objectifs et de moyens mono-établissement (COM). L'ordonnance de simplification de l'aide sociale du 1er décembre 2005 a inséré dans cet article les CPOM, que la DGAS appelait les CPOM à 2 P : P comme pluri-ESSMS, P comme pluri-annualité.

Par circulaire de mars 2007, la DGAS ajoute un P : P comme pluri-financeurs ou pluri-filières.

Les CPOM « article L. 313-11 » sont facultatifs, c'est le contrat qui en fixe le périmètre, les financements et les signataires (gestionnaire avec ARS, conseil départemental mais aussi rectorat). Le décret du 6 avril 2006 fixe avec l'article R. 314-43-1 les règles de la dotation globalisée commune des ESSMS sous CPOM.

Ces CPOM « article L.313-11 » sont exonérées de la procédure budgétaire (dépôt des budgets prévisionnels et procédure contradictoire), de l'approbation explicite ou tacite des décisions budgétaires modificatives concomitantes entre ESSMS sous le même CPOM¹¹. Il y a une libre affectation des résultats par le gestionnaire dans le respect de l'article R.314-51 du CASF. Faute de publication du modèle fixant l'Etat Réalisé des Dépenses et des Recettes (ERDR), les comptes administratifs de chacun des ESSMS sous CPOM étaient transmis.

Force est de constater, que le décret n°2006-1815 du 21 décembre 2006 a introduit des dispositions plus restrictives en matière d'affectation des résultats des ESSMS sous CPOM (nouvelle rédaction de l'article R.314-43) et en matière d'approbation tacite des décisions budgétaires rectificatives entre ESSMS sous CPOM (nouvel article R.314-43-1 du CASF).

La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) de 2009 rend obligatoire les CPOM à 3P dans les EHPAD (I de l'art L.313-12) et pour les futures nouvelles ARS et DRJSCS (art L. 313-12-2) sous conditions de seuils fixés par un arrêté ministériel qui n'a jamais été publié.

Deux dispositions sur les CPOM ont été renvoyées sur l'ordonnance de coordination du 23 février 2010. Il s'agit de l'articulation entre CPOM et financement du siège social autorisé (dernier alinéa du VI de l'art L. 314-7 du CASF) et de la possibilité pour le président du conseil départemental de fixer des modalités d'actualisation sur la durée d'un CPOM des tarifs à la charge de l'aide sociale départementale (II de l'article L.314-1 du CASF).

La loi « HPST » a inséré dans le CASF l'article L. 313-14-1 qui prévoit la conclusion d'un CPOM avec un organisme de droit privé gestionnaire d'ESSMS (à l'exception des foyers de jeunes travailleurs) pour permettre le redressement d'une situation financière très compromise et éviter la mise sous administration provisoire et la liquidation judiciaire.

¹¹ Jean-Pierre Hardy, *Tarifcation et financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Editions Dunod, 2015.

Cet article dit « CPOM de retour à l'équilibre financier » a été complété par la loi ASV du 28 décembre 2015.

Cette loi ASV rend obligatoire les CPOM pour :

- Les EHPAD (IV ter de l'art L. 313-12) pour lesquels le CPOM vaut convention d'aide sociale de l'article L. 342-3-1 pour ceux qui accueillent moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale ;
- Le quatrième alinéa de ce IV ter de l'article L.313-12 prévoit qu'un gestionnaire d'EHPAD désormais soumis à l'obligation de conclure un CPOM pourra inclure dans ce CPOM les autres établissements et services sociaux et médico-sociaux dont les CHRS. Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS) des grandes villes, des agglomérations et des métropoles gèrent des EHPAD, des résidences « autonomie », des CHRS et des CHU. Ces CCAS-CIAS auront intérêt à avoir un CPOM unique avec un seul EPRD puisque la comptabilité publique ne permet pas d'avoir des budgets annexes à des budgets annexes. Quelques associations gestionnaires ont sur un même site un EHPAD et un CHRS.
- Les résidences « autonomie » bénéficiaires du forfait autonomie (II de l'art L.313-12) ;
- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) s'inscrivant dans le cadre de l'article L.313-11-1 qui consacre l'expérimentation de l'ADF et des fédérations de l'aide à domicile déployée de 2010 à 2015 dans 17 départements;
- Les SPASAD expérimentaux.

La loi ASV exonère des appels à projets, dans des conditions précisées par décret, les recompositions et les transformations de l'offre de services des ESSMS sous le même CPOM.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a réécrit le premier alinéa de l'article L.313-12-2 pour généraliser et rendre obligatoire les CPOM dans le secteur du handicap relevant de la compétence exclusive ou conjointe des ARS. Cette réécriture écrase (volontairement ? !) celle de la loi « HPST » qui avait rendu obligatoire (sous réserve de seuils non publiés) des CPOM communs ARS-DRJSCS (CPOM ARS-DRJSCS avec un gestionnaire de CHRS et de structures de lutte contre les addictions ou un gestionnaire de structures pour handicapés et de services de protection juridique des majeurs).

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié l'article L. 313-9. Aussi, les ESSMS habilités à l'aide sociale et autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux peuvent être invités à prendre en compte l'évolution des objectifs et des besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma régional de santé ou un des schémas du conseil départemental. L'autorité administrative compétente peut donc demander à un établissement ou un service de modifier sa capacité ou de transformer son activité en fonction de l'évolution des objectifs et des besoins et lui proposer à cette fin la conclusion d'un CPOM.

Force est de constater que les schémas visés dans la loi pour permettre d'avoir un volet recomposition réadaptation de l'offre dans le CPOM ne vise pas le PLALHPD. La question du transfert de places de CHU en CHRS sans passer par des appels à projets reste entière, mais le CPOM valant mandatement au sens du droit communautaire permet de le faire. L'administration centrale légifère et réglemente dans le secteur sanitaire et médico-social en « oubliant » « le petit frère du social ».

Nous sommes désormais sur des CPOM à 5 P :

- P comme Pluri annualité ;
- P comme Pluri établissements et services ;
- P comme Pluri financeurs et pluri-filières ;
- P comme Parcours ;
- P comme Plateforme coopérative territorialisée de services.

Si un CPOM échoue financièrement, l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) du CPOM enregistrant une insuffisance de la capacité d'autofinancement (CAF), une perte de fonds de roulement et une trésorerie faisant craindre une insolvabilité, il pourrait être nécessaire de passer à un CPOM « article L. 313-14-1 ».

Si les objectifs de recomposition de l'offre d'un CPOM ne sont pas atteints ou doivent être accentués et accélérés, il faudra alors passer à un CPOM « article L. 313-9 ».

Dans le secteur « AHI », il s'agit de CPOM facultatifs prévus à l'article L.313-11 du CASF mais qui peuvent avoir les 5P.

Un CPOM sur des CHRS, CHU, CPH, CADA, HUDA, pensions de famille, maisons relais, etc., permet de prendre en compte la diversification et la cohérence des différents outils et concrétise la notion d'ensembliser¹² des années 1990. Il préfigure le statut unique de l'article 32 de la loi ALUR autour d'une plateforme de services « AHI ».

Le CPOM doit se substituer à la convention d'aide sociale obligatoire prévue aux articles L.345-3 et R.345-1-1 du CASF (cet article R.345-1-1 fait toujours référence pour les CPOM dans les CHRS à l'article L.313-12-2 qui a été modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et en a exclu les CHRS). L'article R.345-1 du CASF obsolète devrait être abrogé.

Le secteur « AHI » peut s'appuyer dans la phase diagnostic et élaboration de propositions sur les évaluations internes et externes qu'il a dû faire sur la base des référentiels de bonnes pratiques de l'ANESM (Cf. encadré ci-dessous).

¹² Jean-Pierre HARDY, Guide de l'action sociale dans la lutte contre les exclusions, DUNOD, 1999.

LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (RBPP) dans le secteur inclusion sociale

Expression et participation des usagers des établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale

Ces recommandations concernent les différentes formes d'expression et de participation au fonctionnement de l'établissement et donnent des éléments clés sur la mise en place et l'animation du Conseil de la vie sociale ou du groupe qui tient lieu.

Public / Les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale : les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, les centres d'hébergement d'urgence, les organismes gestionnaires, ainsi que les usagers et les évaluateurs. Édition / 2008

Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en CHRS

Ces recommandations intègrent la dimension santé dans la démarche d'accompagnement global. Elles visent l'acquisition de l'autonomie de la personne en la matière.

Ces recommandations sont destinées aux professionnels des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) relevant de l'article L. 312-1 du CASF 8°. Elles s'adressent particulièrement aux centres d'hébergement collectifs et diffus.

18 décembre 2015 / Décision n° D2015-67 portant adoption des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Édition / 2016

Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Il s'agit, dans ces recommandations, de promouvoir à la fois le repérage des situations de rupture dans les parcours personnalisés et l'accompagnement au dépassement de ces situations pour les personnes en situation de précarité, accueillies au sein des établissements et services sociaux de l'inclusion sociale et relevant de l'article L. 312-1 du CASF 8°. Elles abordent essentiellement les pratiques visant à éviter les risques de ruptures consécutifs à des événements de santé, d'ordre relationnels, économiques, sociaux et géographiques.

Ces recommandations sont destinées aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (proposant un hébergement diffus ou collectif), aux services d'accueil de jour, aux ateliers d'adaptation à la vie active, ou encore aux « CHRS hors les murs » proposant un accompagnement déconnecté d'une offre d'hébergement.

10 juillet 2015 / Décision n° 2015-43 portant adoption des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Édition / 2015.

Évaluation interne : repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale

Les recommandations ont pour objectifs de permettre aux professionnels des établissements et services de conduire les réflexions sur leurs pratiques et de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Elles sont déclinées en un livret méthodologique accompagné de quatre documents thématiques.

Ces recommandations s'adressent aux professionnels des établissements et services intervenant dans le champ de l'inclusion sociale, en particulier les CHRS et les CADA.

1er octobre 2015 / Décision n° 2015-44 portant adoption des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Édition / 2016

Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

L'objectif de ces recommandations est de mettre en évidence les conditions et pratiques d'accompagnement qui facilitent et étayent l'accès aux droits des personnes accueillies. Après une introduction qui reprend les enjeux présents dans les démarches d'accès aux droits, le document décline les pratiques opérationnelles de diagnostic et d'accompagnement pour terminer par la dynamique interne et externe de l'établissement ou du service et de son organisation. Elles s'adressent aux établissements/services relevant de l'inclusion sociale « comportant ou non un hébergement, assurant 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 détresse » (art. L. 312-1 du CASF). Édition / 2012

13 mars 2015 / Addendum et décision n° 2015 - 20 portant adoption des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA) -Mai 2014

L'accompagnement dans les CADA reste attaché à la décision de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), puis, le cas échéant, à celle de la cour nationale du droit d'asile (CNDA). Il doit permettre aux personnes de se ressourcer avant de construire un parcours de vie intégrant le bénéfice de la situation d'ouverture culturelle vécue.

Derrière des similitudes telles que la provenance du même pays, des récits de vies souvent jalonnés de ruptures, de deuils, de séparations, chaque trajectoire de vie d'un demandeur d'asile est unique et l'accompagnement nécessite de sortir des stéréotypes et des a priori.

La personnalisation de l'accompagnement est un véritable enjeu pour les professionnels des CADA. Bien que le temps pour le demandeur d'asile soit comme suspendu et son

avenir sur le territoire incertain, la co-construction d'un projet reste possible dans le cadre du séjour au sein du CADA.

La recommandation a pour objectifs d'identifier et de promouvoir les solutions mises en œuvre au sein des CADA pour :

- construire des réponses adaptées aux attentes et besoins des personnes accueillies et proposer un accompagnement personnalisé ;
- favoriser la participation des demandeurs d'asile accueillis à la construction de leurs parcours ;
- favoriser la participation des demandeurs d'asile à la vie du CADA.

Le tableau de bord de la performance de l'ANAP, sans les nombreux indicateurs spécifiques aux EHPAD, peut être aussi pris en compte dans les phases de diagnostic et de propositions de l'élaboration du CPOM.

Les RBPP de l'ANESM insistent sur la mise en œuvre de la participation des usagers. Alors que les CHR, qui sont dans la nomenclature des ESSMS, relèvent des dispositions du CASF en la matière, les structures sous le régime déclaratif et les structures relevant uniquement du CCH en sont légalement écartées. C'est pourquoi la loi ALUR a voulu assurer la participation des personnes prises en charge ou l'ayant été dans toutes les structures d'hébergement, les pensions de familles et les résidences sociales. Aussi, le décret n°2016-1440 du 26 octobre 2016 a créé les instances de concertation permettant d'assurer la participation des personnes prises en charge par le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile (nouveaux articles D.115-7 à D.115-12 du CASF).

Le diagnostic préparatoire au CPOM et les priorités d'action du CPOM devront prendre en compte les travaux, avis et propositions des conseils régionaux et du conseil national des personnes accueillies et accompagnées.

7. L'EPRD, outil financier des CPOM¹³

L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) est un outil financier ancien. Le décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique précise :

«Le budget ou, le cas échéant, l'état des prévisions de recettes et de dépenses est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics. [...] Les opérations financières et comptables résultant de l'exécution des budgets ou des états de prévisions de recettes et de dépenses concernent les recettes, les dépenses, la trésorerie et le patrimoine».

L'EPRD est le document financier des CPOM avec 2,3 ou 5 P.

L'EPRD enchaîne :

- Le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP), ancien budget principal ;
- Le(s) compte(s) de résultat(s) prévisionnel(s) annexe(s) (CRPA), ancien(s) budget(s) annexe(s) ;
- Le tableau de passage des résultats prévisionnels du CRPA et des CRPP à la capacité d'autofinancement (CAF) prévisionnelle commune ;
- Le tableau de financement prévisionnel, qui correspond aux anciennes sections d'investissement ;
- Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie prévisionnels ;

L'EPRD est repris et poursuivi par un plan global de financement (PGF) qui remplace le plan pluriannuel de financement (PPF) des investissements prévu à l'article R.314-20 du CASF. Ce PGF n'est pas approuvé dans le cadre de l'EPRD puisqu'il n'est pas un élément dudit EPRD.

L'EPRD et le PGF limitent le tableau des mouvements des comptes de liaison (investissement, exploitation et trésorerie) aux seules opérations entre différents EPRD et structures hors CPOM. En effet, le financement de tous les investissements nécessaires au fonctionnement des ESSMS et autres structures du CPOM par la CAF unique de l'EPRD remplace le financement solidaire par les comptes de liaison investissements entre ces mêmes ESSMS et les structures devenues des CRP de l'EPRD du CPOM.

L'enjeu de l'EPRD n'est pas technique mais politique. En effet, l'EPRD doit favoriser les mutualisations et les recompositions de l'offre des services pour mieux s'adapter aux besoins évolutifs (discours dominant partagé) et ne doit pas ossifier l'existant

¹³ J-R Loubat, J-P Hardy, A-M Bloch, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Editions DUNOD, mai 2016.

(conservatisme administratif et corporatisme) en actant la balkanisation des ESSMS et des quasi-ESSMS.

Dans une vision d'un CPOM additionnant les ESSMS historiques, le CRPP est l'ESSMS le plus vieux ou celui qui a le plus gros budget, et chaque ESSMS autorisé depuis 1975 constitue un CRPA. Une association gestionnaire départementale de type ADAPEI ou ADSEA devrait alors avoir une quarantaine de CRPA dans son EPRD. Cette vision ne favorise par les mutualisations, les économies d'échelle, la recomposition de l'offre avec le risque de devoir passer à un CPOM « article L. 313-14-1 » ou/et « L. 313-9 ».

Dans une vision d'un CPOM permettant une adaptation quantitative et qualitative de l'offre financée notamment par des mutualisations, le CRPP peut être le siège social autorisé ou les services gérés en commun dans le cadre du CPOM. Les CRPA peuvent regrouper des établissements similaires en raison de leurs publics, de leurs missions ou du financeur (du BOP notamment), comme les ESAT (avec CRPA commerciaux), les MAS, les FAM, les foyers de vie et d'hébergement, les EHPAD, les CHRS, les résidences sociales, les maisons relais et pensions de familles, les CADA... Un tel EPRD doit permettre le passage aux CPOM à 5 P.

Sachant que 47% des 14 000 résidents en maisons de relais et en pensions de familles perçoivent l'allocation pour adulte handicapé (AAH), l'accompagnement social (maîtresse de maison) peut relever autant d'un CPOM plateforme de services¹⁴ avec services gérés en commun du secteur du handicap ou du secteur de la lutte contre les exclusions (« AHI » et/ou publics spécifiques du 9° du I de l'article L.312-1 du CASF).

La réglementation sur l'EPRD ne devrait pas prévoir un contrôle trop serré sur les virements de crédits et les décisions modificatives de l'EPRD que les autorités de tarification et de contrôle ne sont en capacité d'exercer. Il y a un risque de corseter la nécessaire capacité de réactivité des gestionnaires qui doivent pouvoir saisir les opportunités qui s'offrent à eux pour réaliser les objectifs du CPOM en procédant à des réallocations différentes des ressources existantes faute de pouvoir rééquilibrer par des moyens nouveaux. Il faut donc laisser une liberté au gestionnaire de pouvoir procéder à des décisions modificatives concomitantes entre CRPP et CRPA comme le prévoyaient les circulaires DGAS de 2007. Pourtant, le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 a inséré dans le CASF un nouvel article R.314-43-1 qui prévoit des approbations tacites.

L'EPRD dans le secteur « AHI » doit être une pièce maîtresse du choc de simplification pour les gestionnaires comme pour les pouvoirs publics. Il permet la responsabilisation de tous et le recentrage de chacun sur son cœur de métier

Sur un sujet comme l'EPRD remplaçant budgets prévisionnels, budgets exécutoires, sections d'investissement, plans pluriannuels de financements par établissement et services, comptes administratifs, bilans financiers par établissement et service, tableaux de répartition des charges communes, tableaux des mouvements des comptes de liaison en application de l'article R.314-82 du CASF... ; le nouveau a du mal à advenir et l'ancien

ne veut pas disparaître. En la matière, « Il suffit d'une cuillère de goudron pour gâter un tonneau de miel » (Proverbes de la Russie 1956).

Les CPOM à 5 P oblige à passer d'une logique d'ESSMS « historiques » à une logique de « pôles » et de « territoires » avec un EPRD unique (il pourrait même y avoir plusieurs CPOM mais avec un EPRD commun) prenant en compte ces « pôles » et ces territoires.

Si l'EPRD est bien l'outil financier des CPOM, il est possible d'adopter cet EPRD sans CPOM, lorsque les structures sont sous financement et tarification « à la ressource ». C'est ainsi que tous les EHPAD seront soumis à l'EPRD au 1^{er} janvier 2017 alors que tous ne seront pas sous CPOM, la montée en charge des CPOM étant prévue jusqu'en 2022.

L'article L.314-7-1 du CASF prévoit l'adoption de l'EPRD en cas de tarification « à la ressource » avec ou sans CPOM, notamment les tarifs plafonnés sur la base d'ENC. Ces tarifs sont généralement plafonnés sur les coûts constatés dans le ou l'avant dernier décile de l'éventail des tarifs pratiqués ; ils ne le sont pas sur la moyenne ou la médiane. Il y a parfois aussi fixation nationale de tarifs « planchers ». La convergence tarifaire se fait sur des tarifs médians et moyens, à terme une convergence tarifaire aboutie remplace les notions de tarifs « plafonds », de tarifs « planchers », de tarifs médians et de tarifs moyens en tarifs de référence opposables.

Article L314-7-1

Créé par LOI n°2008-1330 du 17 décembre 2008 - art. 63

Les deux premiers alinéas de l'article L. 314-5 ainsi que le 3° du I, le premier alinéa du II et le III de l'article L. 314-7 ne s'appliquent pas aux établissements et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales. Les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés, pour ces établissements, par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales. Ces documents sont transmis à l'autorité de tarification dès réception de la notification des tarifs de l'exercice.

Comme nous le verrons, le secteur « AHI » est de fait dans une tarification « à la ressource » même si l'arrêté ministériel prévu à l'article R.314-33-1 du CASF rendant opposable les coûts de référence de l'ENC-AHI n'a pas été pris.

L'arrêté ministériel fixant le modèle d'EPRD prévu à cet article L.314-7-1 n'a pas été pris alors qu'un modèle d'EPRD avait été élaboré et concerté par la DGAS et l'EHESP en 2009.

L'arrêté du 27 décembre 2016 qui fixe le modèle d'EPRD pour les CPOM dans le secteur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap peut être utilisé pour les ESSMS sous « tarifs plafonds nationaux » relevant de l'article L.314-7-1 du CASF.

Bien que cet article ait été écrit pour prendre en compte les « tarifs plafonds » dans les EHPAD et les ESAT, il s'applique aux autres ESSMS soumis à des « tarifs plafonds nationaux ».

Il s'agit des Lits Halte Soins Santé (LHSS), des Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et des Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) relevant du 9° du I de l'article L.312-1 du CASF qui font l'objet de l'application d'une équation tarifaire :

- 111,06€ / lit / jour pour les LHSS ;
- 196,80€ / lit / jour pour les LAM ;
- 30.000€/place/an pour les ACT.

Il en ira de même en 2017 pour les CPH en création dans le cadre de l'appel à projets national sur la base de 25€/jour/personne avec un ETP pour 10 personnes et pour les CADA sur la base de 19,50€/jour/personne avec un ETP pour 15 personnes.

Les mesures judiciaires d'investigations éducatives (MJIE) de la PJJ doivent aussi en relever.

A partir de 2017, en application de cet article L.314-7-1, ces structures relèvent de l'EPRD fixé par l'arrêté ministériel du 27 décembre 2016.

L'EPRD du Samu Social de Paris fait apparaître que ses cinq LHSS sont bien financés sur la base du tarif national de 111,6€ / lit / jour alors que le prix de revient de ces LHSS du Samu Social de Paris est de 112,60€ une des écarts entre les 5 structures de moins de 100€ à 147,30€. En revanche, les LAM sont financés sur la base du tarif national de 196,80€ / lit / jour, alors que le prix de revient de ces LAM pour le Samu Social de Paris est de 181,10€

Les pensions de famille qui sont soumises depuis de nombreuses années au tarif national de 16€ / jour / personne pourrait aussi relever de l'EPRD bien que ne relevant pas de la nomenclature des ESSMS.

La création sous l'impulsion des pouvoirs publics dans le cadre du régime déclaratif de CHU, de CAO et d'HUDA se fait de plus en plus sur la base de tarifs nationaux.

La simplification administrative, budgétaire et comptable d'un EPRD dans le secteur « AHI » pourrait justifier son adoption rapide avec ou sans CPOM.

Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS) des grandes villes, des agglomérations et des métropoles gèrent des EHPAD, des résidences « autonomie », des CHRS et des CHU, auront intérêt à avoir seul EPRD puisque la comptabilité publique ne permet pas d'avoir des budgets annexes à des budgets annexes.

Aussi, le centre d'action sociale de la ville de Paris (CASVP) qui doit avoir un EPRD avec ou sans CPOM pour ses EHPAD et ses résidences « autonomie » devrait inclure dans son EPRD ses CHRS en application de l'article L.313-12 du CASF.

Rappelons enfin que les CHRS en budget annexe d'un établissement public de santé (EPS) sont déjà sous un EPRD.

8. Les frais de siège social dans le cadre des CPOM

La DRIHL assurent l'autorisation, la répartition des quotes-parts et le contrôle des sièges sociaux de certains organismes gestionnaires majoritairement financés sur le secteur AHI mais qui peuvent être aussi pluri-filières : santé mentale, lutte contre les addictions, secteur PA-PH, etc.

Certains de ces organismes gestionnaires devraient demander la conclusion de CPOM mono-filière ou pluri-filières incluant le siège social.

Dans un secteur particulièrement soumis à la commande publique et au mandatement au sens du droit communautaire sur des missions d'intérêt général, l'enjeu est aussi de reconnaître les fonctions « ingénierie sociale » et « développement recherche » des sièges sociaux pour favoriser la créativité et l'innovation associative.

8.1. Dispositif législatif et réglementaire¹⁵

la première écriture par l'ordonnance de coordination du 23 février 2010 prise en application de la loi « HPST », du deuxième alinéa du VI de l'article L.314-7 du CASF sur le lien entre CPOM et autorisation d'un siège social, a été renforcée par la loi du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017.

Le VI de l'article L.314-7 du CASF prévoit donc:

VI. — Les budgets des établissements et services sociaux et médico-sociaux peuvent prendre en compte, éventuellement suivant une répartition établie en fonction du niveau respectif de ces budgets, les dépenses relatives aux frais du siège social de l'organisme gestionnaire pour la part de ces dépenses utiles à la réalisation de leur mission dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

En application des articles L. 313-11, L.313-11-1, L.313-12 et L.313-12-1, l'autorisation de ces frais de siège social peut être effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et service gérés par l'organisme gestionnaire. Au titre de l'autorisation des financements mentionnés à l'alinéa précédent, les contrôles sur les sièges sociaux des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux s'effectuent dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre III du titre Ier du livre III et au titre III du livre III.

Le premier alinéa est issu de la loi 2002-2 et le deuxième alinéa de ce VI de l'article L.314-7 a été renvoyé par la loi « HPST » de juillet 2009 à l'ordonnance de coordination du 23 février 2010. La première ligne du deuxième alinéa a été réécrite par la LFSS pour 2017 afin de renforcer les liens entre CPOM et autorisation des frais de siège social. Compte tenu de cette nouvelle rédaction, l'article R.314-215 sur l'EPRD issu du décret

¹⁵ Jean-Pierre HARDY, *Tarification et financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4^{ème} édition, DUNOD 2015.

n°2016-1815 du 21 décembre 2016 devrait prévoir la possibilité que le siège social soit le CRPP de l'EPRD d'un CPOM.

Le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 a ajouté à l'article R.314-42 un IV qui précise :

« IV. - Par dérogation aux dispositions de l'article R. 314-88, lorsque le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens comprend l'ensemble des établissements et services gérés par l'organisme privé non lucratif, le renouvellement de l'autorisation mentionnée à l'article R. 314-87 peut être accordé sur le fondement d'une demande simplifiée. »

La durée d'autorisation d'un siège social de 5 ans et la durée légale d'un CPOM fixée aussi à 5 ans, sont en adéquation et en cohérence. Si un organisme gestionnaire bénéficiant d'un siège social autorisé à un CPOM mono-filière ou pluri-filières unique, l'alignement des calendriers de renouvellement de l'autorisation du siège social et de passage sur un CPOM de nouvelle génération peut se faire.

La plus grande liberté de gestion qui est une des pièces maîtresse du CPOM, implique un libre prélèvement des quoteparts de frais de siège au sein des CRP de l'EPRD du CPOM alors que les structures hors CPOM doivent se limiter à prélever le taux autorisé par l'autorité administrative compétente sur les frais de siège. Cependant, en cas de prélèvements excessifs ou injustifiés, d'un sur-prélèvement et d'un sur-financement global du siège par un CPOM, l'article L.313-14-2 du CASF sur les récupérations des sommes indument prélevées peut être mis en œuvre.

Un décret qui a été validé par l'ADF, la CNEN et la section sociale du Conseil d'État en 2010 prévoyait :

L'article R.314-87 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

L'autorisation des frais de siège social peut être accordée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Par dérogation au I de l'article R.314-92, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, dans le respect de la dotation globalisée commune prévue à l'article R.314-43-1, fixe les modalités de répartition des quotes-parts de frais de siège social sur la durée dudit contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de l'autorisation dudit siège social.

À défaut de faire l'objet d'un décret, ces dispositions peuvent être conventionnellement inscrites dans le CPOM et l'arrêté d'autorisation de frais de siège.

8.2. Le siège social agréé dans l'EPRD d'un CPOM

Si un CPOM à l'échelon départemental ou régional couvrent des structures, en particulier les ESSMS du I de l'article L.312-1 du CASF, mais aussi les résidences sociales du CCH et les CHU « subventionnés » qui constituent la quasi-totalité du budget de l'organisme gestionnaire, la « vie de l'association avec sa fonction tribunitienne » restant en dehors

du champ du CPOM ; le siège social agréé peut devenir le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) de l'EPRD du CPOM.

Outre, l'intégration du siège social dans le CPOM, le CPOM peut être l'occasion de créer par recomposition et transformation de l'offre, d'autres services gérés en commun à une partie des structures sous même CPOM: mutualisation des animateurs à plusieurs EHPAD et « Résidences Autonomie » bénéficiant du forfait autonomie, pôle de compétences rares, plateaux techniques,

Les services gérés en commun sont des comptes de résultat principal ou annexes (CRPP-CRPA) de l'EPRD du CPOM.

Ces services gérés en commun des structures sous CPOM voient leurs charges de classe 6 équilibrées par des produits provenant des quotes-parts de services sous CPOM gérés en commun (sous compte du compte 755), La somme de ces quotes-parts aux comptes 755 des CRP équilibrant les charges. Cependant certains services sous CPOM gérés en commun peuvent avoir des ressources propres, Ce sera le cas d'un service commun animation à plusieurs EHPAD et Résidences « autonomie » qui devrait percevoir directement le forfait autonomie attribué par la conférence départementale des financeurs.

La somme des sous-comptes 755 dans le CRP « services gérés en commun » correspond à la somme des sous-comptes 655 dans le CRP des ESSMS et structures bénéficiant desdits services mutualisés. C'est ce qui se passe aujourd'hui par les sièges sociaux agréés, la différence, c'est qu'au lieu que cela se passe dans des dizaines d'ESSMS et autres structures en devant utiliser les comptes de liaison d'exploitation entre ESSMS et le siège, cela apparaît dans un seul EPRD du CPOM.

Contrairement à ce qui a été affirmé par certains, il n'y a pas double comptabilisation des charges dans les CRP des ESSMS et le CRP du siège (ou des services gérés en commun) puisque les charges des CRP des ESSMS sont des produits du CRP « siège social » ou « services gérés en commun ». Il y a équilibre entre les charges et les produits et non double comptabilisation des charges.

Indiquons que régime fiscal (TVA, taxe sur les salaires) de ces services gérés en commun mériterait d'être revisité.

Le siège social agréé intégré à un CPOM (cela devrait être le cas pour les ADAPEI, ADSEA, APAJH, UDAF et PEP départementales) voient ces charges couvertes à titre principal par des quotes-parts de frais de siège (sous compte du compte 755) des structures sous CPOM, Les structures qui ne sont pas sous CPOM, si elles sont financièrement minoritaires versent au CRP « frais de siège social agréé » leur contribution en fonction d'un taux fixé par l'autorité administrative compétente (DRIHL, ARS, DRJSCS, département du lieu d'implantation du siège) en application de l'article R.314-93 du CASF,

Les organismes gestionnaires pluri-régionaux et nationaux auront à piloter plusieurs CPOM obligatoires ou facultatifs, mono-filière et/ou pluri-filières, sur des territoires différents. Aussi, le budget de leur siège social agréé ne fera pas l'objet d'un CRPP ou CRPA de l'un des EPRD d'un des CPOM, Les budgets de ces sièges sociaux seront financés

par le taux de participation fixé par les autorités administratives compétences en application de l'article R.314-93 de CASF, mais ce taux pourrait se décliner non pas ESSMS par ESSMS et structure par structure, mais globalement par financeurs des CPOM avec libre répartition entre ESSMS et structures relevant du même financeur,

Les autorités administratives compétentes en matière de siège social ont donc intérêt à fixer un taux de participation en application de l'article R.314-93 du CASF pour les structures hors des CPOM et d'anticiper conventionnellement la modification de l'article R.314-87 du CASF pour les structures sous CPOM et les différents financeurs du ou des CPOM,

Le contrôle d'un siège social inclus dans l'EPRD d'un CPOM en sera facilité : contrôle des apports des structures sous CPOM, équilibre du CRP « siège », apport à la capacité d'autofinancement (CAF) des investissements du siège ; sachant que cette CAF est commune à tous les CRP du CPOM.

Les répartitions avec des quotes-parts modulables dans le temps et entre structures du CPOM des services gérés en commun, évite d'établir des tableaux de répartition des charges communes qui sont éloignées de la réalité qui est mouvante. Le gel de la répartition de ces charges communes dans le tableau de répartition contrecarre la souplesse nécessaire, décourage la mutualisation, l'adaptabilité et la réactivité.

Enfin, l'intégration d'un siège social agréé dans un CPOM (le CPOM sur 5 ans valant autorisation du siège lui aussi pour 5 ans) permet de mettre en œuvre l'article L.313-14-2 du CASF pour procéder aux reversements des quotes-parts indues de frais siège.

Le premier CPOM avec siège social ou un avenant au CPOM en cours devraient prévoir un alignement des calendriers et des durées de l'autorisation du siège, du CPOM et des subventions pluriannuelles.

Nous déclinerons concrètement pour les CPOM DRIHliens avec sièges sociaux (Cf. Infra.14), différents scénarios d'EPRD.

8.3. Siège sociaux et tarification « à la ressource »

Rappelons que l'autorisation d'un siège social dans le secteur social et médico-social pour obtenir un droit de prélèvement de quotes-parts est une autorisation qui était conçue par les gestionnaires comme ajoutant ces dernières aux dépenses autorisées dans les ESSMS par les différentes autorités de tarification.

La tarification « en dépenses autorisées » est une tarification « par solde » : on autorise des dépenses par groupes fonctionnels, on détermine les recettes en atténuation (groupe II de produits), on incorpore les résultats des exercices antérieurs ; afin de déterminer le groupe I des produits de la tarification administrée. Il y a donc un alignement des produits de la tarification sur les charges nettes majorées ou minorées de la reprise des résultats des exercices antérieurs.

Dans le cadre d'une tarification « à la ressource », nous verrons que le secteur « AHI » relève de ce type de tarification dans le cadre d'un CPOM, on détermine une ressource et son mode d'actualisation, on fait le constat de l'équilibre ou non entre charges et produits, il n'y a un résultat prévisionnel de l'exercice, il n'y a plus de reprise des

résultats antérieurs, les résultats sont une composante avec les amortissements et les provisions de la capacité d'autofinancement(CAF) du CPOM.

En cas d'insuffisance d'autofinancement (IAF), le CPOM devient un CPOM de redressement financier en application de l'article L.313-14-1 du CASF (Cf. Supra 6).

Dans le cadre d'une tarification « en dépenses autorisées », les quotes-parts de frais de siège sont intégrées dans l'autorisation globale des dépenses du groupe fonctionnel III dans les ESSMS. Le taux de prélèvement fixé par l'autorité administrative compétente donne un droit de tirage qui ne s'ajoute pas au montant des dépenses autorisées, mais s'y intègre. Dans le cadre d'un CPOM, le gestionnaire peut utiliser son droit à procéder à des décisions budgétaires modificatives entre CRP de l'EPRD du CPOM pour financer ses frais de siège intégrés ou non dans le CPOM, dans les limites des dotations globalisées communes (article R.314-43-1 du CASF). Il lui appartient de faire des choix de réorganisation et de mutualisation entre les structures sous CPOM et son siège social agréé. Le CPOM doit en fixer les grandes priorités et orientations stratégiques.

Rappelons qu'une autorité de tarification qui, dans le cadre de la procédure d'autorisation quinquennale d'un siège social, a refusé explicitement l'autorisation et conteste le montant de ses quotes-parts de frais de siège, peut refuser ou limiter lesdites quotes-parts de frais de siège en les déclarant abusives ou excessives et en réformant en conséquence les résultats des ESSMS. Pour les autres structures « subventionnées » qui doivent aussi contribuer au financement du siège lorsqu'elles bénéficient de ses services, on est dans la logique du reversement d'une partie de la subvention.

Cette réformation du résultat dans les ESSMS (CHRS) aura des conséquences sur les tarifs fixés en N+1 et l'organisme gestionnaire pourra porter le contentieux devant le juge de la tarification.

Ces notions de dépenses abusives et de dépenses excessives appliquées au frais de siège ne sont pas utilisables de la même façon si les montants des quotes-parts a pour effet de dépasser les montants globaux des dépenses autorisées ou si elles sont contenues dans le montant global, et reste dans les limites des marges d'incertitude des indicateurs médico-sociaux économiques (IMSE), en particulier du coût moyen administration générale-Management.

Les gestionnaires privés participant au service public hospitalier ne sont pas soumis à la procédure d'autorisation de frais de siège. Ils peuvent cependant procéder à des prélèvements de frais de siège dans les limites de leurs ressources. Les 2000 tarifs de la T2A dans le secteur sanitaire ne prennent pas en compte de façon isolée les frais de siège. Les gestionnaires doivent choisir en responsabilité entre une centralisation au siège de certaines fonctions ou une décentralisation sur les établissements d'activités. Ces choix avec leurs rapports « coûts efficience » (l'article R.314-61 du CASF permet de réaliser des études « coûts avantages ») leur reviennent, mais peuvent être interrogés dans le cadre d'une mission d'inspection et de contrôle ; mais cela ne relève pas de la tarification.

En résumé, dans le cadre d'une tarification « à la dépense », le taux de prélèvement fixé en application de l'article R.314-93 du CASF est un « taux plafond ». Dans le cadre d'une tarification « à la ressource », il s'agit d'un taux indicatif (et non d'un « taux plancher ») sachant que le gestionnaire peut retenir un taux inférieur ou supérieur en fonction de l'effectivité et de l'efficacité des services rendus sous réserve du respect des limites des crédits limitatifs alloués. Dans le cadre du dialogue de gestion et des contrôles, le gestionnaire devra justifier ces prélèvements et mettre en évidence que cette dépense ne s'est pas faite au détriment de la qualité des services directs rendus et avec un rapport « qualité-prix » similaires aux autres structures comparables. Cette souplesse dans les prélèvements des quotes-parts de frais de siège ne peut qu'être très incitative à la conclusion de CPOM. Rappelons encore une fois que les prélèvements excessifs et injustifiés relèvent désormais aussi de la procédure des reversements de l'article L.313-14-2 du CASF.

Il faut insister que sur le fait qu'une tarification « à la ressource » peut résulter de la réglementation applicable (T2A en MCOO, GHS en SSR, GMP dépendance et GMPS soins dans les EHPAD) ou d'une contractualisation (volet aide sociale à l'hébergement du CPOM EHPAD, CPOM AHI).

8.4. Conséquences de ces analyses pour la DRIHL

Dans le cadre d'un CPOM incluant le siège social autorisé, l'autorisation permet à l'organisme gestionnaire cosignataire dudit CPOM de prélever librement les quotes-parts de frais de siège sur les structures sous CPOM, et ce, dans la limite des dotations globalisées de chacun des différents financeurs (ARS, DRIHL, conseils départementaux) et des différents financements délégués (les différents BOP, ONDAM et sous ONDAM, FIR, FNADVL, FSL, etc.). La fixation d'un taux de prélèvement en application de l'article R.314-93 ne vaut que pour les structures hors CPOM bénéficiant des prestations du siège. Dans ce cas, le siège social est présenté sous forme de CRPP et est intégré dans l'EPRD d'un CPOM. C'est pour la DRIHL, il me semble, la situation d'Emmaüs Solidarité, et de l'association des Cités du Secours Catholique.

Dans le cadre de l'autorisation d'un siège social d'un organisme gestionnaire pluri-filières soumis à l'obligation de plusieurs CPOM et ayant des structures maintenues hors CPOM, mais bénéficiaires des services du siège, l'autorisation du siège social entraîne aussi une liberté de prélèvement sur les dotations globalisées communes des CPOM et opposabilité d'un taux de prélèvement en application de l'article R.314-93 du CASF pour les structures hors CPOM. Dans ce cas, le siège social n'est pas intégré dans l'EPRD d'un CPOM. C'est pour la DRIHL la configuration que l'on devrait retrouver pour l'association Aurore et la fondation Armée du salut, la Croix Rouge française.

L'autorisation d'un siège social sous CPOM ou avec une majorité de structures sous CPOM devient une labellisation et permet la reconnaissance de la légitimité et de l'efficacité du siège par les pouvoirs publics, Cette reconnaissance est déconnectée du financement qui n'est plus à priori mais à posteriori. L'arrêté d'autorisation du siège ne doit plus prévoir un taux de prélèvement unique mais un taux libre sur les structures sous CPOM et un taux plafond sur les structures hors CPOM.

9. Les services gérés en commun de structures sous CPOM¹⁶

Parallèlement, au siège social agréé que ce dernier soit inclus ou non dans le CPOM, un CPOM permet de créer des services gérés en commun pour toutes ou partie de ces structures : restauration, équipe administrative, service social, service médical...

De tels services gérés en commun sont prévus et autorisés dans le cadre du CPOM et pris en compte dans l'EPRD du CPOM. Ils sont constitués par « déconstruction reconstruction » des ESSMS et autres structures sous CPOM. Ils permettent de se passer des compliqués et mensongers tableaux de répartition des charges communes.

En effet, les clefs de répartition des charges communes entre ESSMS ne permettent pas de rompre avec la notion de budget historique d'un ESSMS. Les clefs gèlent un existant souvent dépassé et en dehors des réalités d'une comptabilité analytique même sommaire.

Enfin, dans ces services gérés en commun on peut parvenir à une certaine fongibilité des différentes enveloppes de crédits en respectant les montants globaux limitatifs de chaque financeur. Ils permettent de reconnaître et mieux prendre en compte les missions et fonctions « ingénierie sociale », « développement recherche », « réponse à la commande publique » des directions générales.

La fongibilité passe aussi par la CAF commune à toutes les structures sous CPOM.

Certains services communs (la restauration par exemple) pourraient s'orienter vers un régime fiscal plus intéressant : TVA à taux réduit, récupération de TVA, exonération de la taxe sur les salaires... Le développement de prestations externes peut permettre de renforcer les capacités financières de l'organisme gestionnaire.

¹⁶ J-R Loubat, J-P Hardy, M-A Bloch, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Editions DUNOD, 2016.

10. Passage à une tarification « à la ressource » dans le secteur AHI

Tous les ESSMS ont longtemps été administrativement tarifés « aux dépenses autorisées ». Cette tarification se fonde sur le principe d'approbation des dépenses prévisionnelles (normalement par groupes fonctionnels et plus compte par compte depuis 2004) et les recettes découlent des dépenses approuvées pour aboutir à l'équilibre. En cas d'écarts, il y a un mécanisme de correction par reprise des excédents / déficits sur les exercices futurs.

Si l'organisme gestionnaire considère que le niveau des dépenses approuvées est insuffisant et que l'autorité de tarification n'a pas motivé suffisamment (application mécanique d'un taux, non prise en compte de la convention collective agréée) ses abattements (celui qui a la charge de la preuve est certain de perdre), il peut porter les différents devant le juge de la tarification.

Après le secteur sanitaire (T2A), le secteur médico-social est en train de passer d'une tarification en « dépenses autorisées » (approbation des dépenses prévisionnelles de fonctionnement par une autorité de tarification) à une tarification « en ressources disponibles », c'est-à-dire, l'octroi d'un niveau forfaitaire de ressources publiques pour la couverture de tout ou partie des dépenses de fonctionnement.

Nous passons d'une tarification administrée « en fonction des charges historiques », à une « tarification à la ressource disponible » pluriannuelle, transparente et responsabilisante.

Les autorités de tarification et de contrôle doivent changer de culture professionnelle en passant d'un contrôle « bureaucratique » a priori des prix à un contrôle de gestion a posteriori de l'efficacité.

Il y a un inversement de logique en matière de contractualisation: au lieu de se mettre d'accord sur des dépenses, le CPOM doit préciser comment les ressources acquises en fonction de critères objectifs (populations scorées, groupes iso-ressources, échelle nationale des coûts, indicateurs...) vont être utilisées. Il y a une incitation à une meilleure organisation et coordination des prestations (salarier ou interventions des libéraux, coopération, groupements d'achats...), les gains de productivité étant conservés dans le cadre de cette nouvelle tarification pour mettre en œuvre les objectifs du CPOM.

En effet, il est primordial qu'en contrepartie d'un financement « à la ressource disponible », il faut sanctuariser les économies réalisées pour l'investissement, le développement et la recombinaison de l'offre et la réalisation des objectifs du CPOM.

Le principe d'une tarification « à la ressource » et aux « services rendus », c'est que : « à services faits identiques ou dans des conditions similaires, mêmes ressources allouées ». Dès lors qu'il y a un rapport qualité prix proche de la moyenne ou de la médiane, reprendre les gains de productivité ou les excédents comptables en diminuant les années suivantes les ressources allouées est contre-productif. Cela pousse à dépenser les ressources allouées, voire à faire financer les déficits des mauvais gestionnaires par les excédents des bons.

La capacité d'autofinancement (CAF) est au cœur de l'EPRD d'un CPOM. Elle assure le lien exploitation / investissement et le niveau de la CAF (taux, montant) remplace l'obligation de « résultat zéro »

Des déficits dans certains comptes de résultat prévisionnel est possible si la CAF et la variation du Fonds de Roulement (FDR) qu'il entraîne restent compatibles avec la situation financière de l'ensemble des structures sous CPOM. Il est aussi possible d'avoir plusieurs CPOM et un seul EPRD.

L'enjeu est de piloter le résultat du CPOM et sa capacité d'autofinancement (CAF) qui doit être maximisée par saturation du groupe 3 des dépenses :

- diminution du volume d'emprunt et réduction des frais financiers ;
- augmentation à due concurrence des dotations aux amortissements (amortissements dérogatoires, amortissements dégressifs) et nouvelle diminution du volume d'emprunt ;
- utilisation des mécanismes comptables et financiers des articles D.314-205 et D.314-206 du CASF.

Dans le secteur « AHI », la tarification se fait de moins en moins en fonction d'une analyse au millimètre des dépenses historiquement autorisées ou acceptées aux comptes administratifs (convention collective applicables, GVT, vétusté du patrimoine, endettement).

Le dernier alinéa de l'article R.314-150 du CASF précise que les dotations globales de financement des CHRS et des CADA sont calculées en appliquant des indicateurs nationaux de référence fixé en application de l'article R.314-33-1 du CASF. Il s'agit de l'étude nationale des coûts (ENC) « AHI » mais l'arrêté qui doit fixer ses indicateurs permettant de tarifier via une équation tarifaire n'a pas été pris par la DGCS pour les CHRS et par la DGEF pour les CADA. Les circulaires de ses administrations centrales (celles de la DGCS invitant à utiliser l'ENC et celles de la DGEF fixant des coûts/jours/places) n'ont pas de bases légales et réglementaires et sont donc inopposables aux gestionnaires dans le cadre du contentieux de la tarification.

La tarification s'appuie sur des indicateurs médicaux socio-économiques (IMSE) et une échelle nationale des coûts (ENC) même si leur fiabilité et leur pertinence sont questionnées.

Si l'ENC « AHI » est reconnue fiable et robuste, en application de l'article R.314-33-1 du CASF, la DGCS et la DIHAL doivent publier par arrêté le référentiel national des coûts pour qu'il soit opposable dans le cadre de la tarification annuelle et de la contractualisation. Cet arrêté permettra d'abroger les arrêtés de juillet 2005 sur les IMSE dans les CHRS. Rappelons à ceux qui ne souhaitent pas la publication de l'arrêté sur le référentiel national des coûts AHI mais veulent l'abrogation des arrêtés IMSE, que le CASF prévoit dans ce cas une tarification au coût moyen de la place (6° de l'article R.314-23) qui les fera dénoncer la tyrannie du « royaume de la moyenne » sur des établissements aux capacités diverses et aux prestations différenciées.

Les pensions de famille, les Lits Halte Soins Santé (LHSS), les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) sont passés, sans que personne ne s'en aperçoive réellement, à une tarification à la ressource puisqu'ils font l'objet de l'application d'une équation tarifaire :

- 16€ / jour / personne pour les pensions de famille ;
- 111,06€ / lit /jour pour les LHSS ;
- 196,80€ / lit / jour pour les LAM ;
- 30.000€/place/an pour les ACT.

Les équations tarifaires des LHSS et des LAM permettent de calculer les dotations globales de financement (DGF) en application du X de l'article R.314-105 du CASF. Elles devraient faire l'objet d'un arrêté ministériel prévu à l'article R.314-33-1 du CASF pour être opposables en cas de contentieux de la tarification. L'équation tarifaire des pensions de famille permet de calculer les subventions départementales du BOP 177. De fait, dans ces deux cas d'espèce, il ne s'agit ni de DGF, ni de subventions, mais de forfaits globaux.

Les appels nationaux à projets de la DGEF pour la création de nouveaux CPH et CADA ont fixé des tarifs plafonds ;

- 25€/jour/personne avec un ETP pour 10 personnes pour les CPH ;
- 19,50€/jour/personne avec un ETP pour 15 personnes pour les CADA.

Si les gestionnaires rencontrés lors de cette mission soutiennent les positions très réservées de leurs fédérations nationales sur l'ENC et son utilisation mécanique CHRS par CHRS et budget par budget, ils admettent qu'elle peut permettre de déterminer la « base zéro » globale sur tout le périmètre du CPOM afin de la sanctuariser sur la durée dudit CPOM. Cette « base zéro » doit couvrir globalement les charges constatées et acceptées les années antérieures avec la possibilité de conserver et redéployer les gains de productivité permis par les mutualisations et la création de nouveaux services communs.

A partir du moment où les signataires d'un CPOM partagent le même diagnostic et les objectifs prioritaires ; et qu'ils se sont mis d'accord sur les bases budgétaires de référence et la modalité de leur actualisation annuelle (taux régional des DRL et des BOP hors mesures nouvelles) ; nous sommes bien dans une tarification pluriannuelle « à la ressource disponible » et non plus dans une tarification « aux charges annuelles autorisées ».

Aujourd'hui dans le secteur « AHI », nous sommes plus dans une tarification « à la ressource » qu'une tarification « à la dépense ».

Lorsque des gestionnaires du secteur « AHI » signe un CPOM acceptant un budget global « base de départ » avec des modalités d'actualisation pour les années à venir (taux d'actualisation ou de reconduction des dotations régionales et BOP hors mesures nouvelles) et avec des objectifs de convergence tarifaire, nous sommes pleinement dans une tarification « à la ressource ».

La DGEF, d'une part, dans sa note d'information du 29 juillet 2016 relative aux appels à projets départementaux pour la création de 500 nouvelles places de centre provisoire d'hébergement (CPH) en 2017 fixant un tarif plafond à 25€ la place par jour et par personne avec un taux d'encadrement d'un ETP pour un minimum de 10 personnes, et d'autre part, dans sa note d'information du 19 décembre 2016 relative à la création de nouvelles places de CADA en 2017 fixant un tarif plafond à 19,50€ la place par jour et par personne avec un taux d'encadrement d'un ETP pour 15 personnes ; a fait basculer les CPH et les CADA dans une « tarification à la ressource »

Fongibilité : peurs, fantasmes et réalités

Les différents financeurs (Préfet, ARS, départements) et même au niveau de chacun des différents financeurs, les gestionnaires d'un BOP ou d'une ligne budgétaire craignent de voir « leurs » crédits couvrir des charges relevant d'un autre financeur ou d'une autre mission.

Pourtant, aujourd'hui s'il n'y a pas de fongibilité au niveau des charges décaissables, cette fongibilité existe sur les charges non décaissables relatives aux amortissements, aux provisions et, bien évidemment, au niveau de la trésorerie.

Les modalités d'amortissement et de provisionnement permettent d'équilibrer les comptes jusqu'à résultat zéro ou de choisir les budgets en déficits ou en excédents comptables, sachant que des déficits ou des excédents comptables ne sont pas assimilables à des manques ou à des aisances en matière de trésorerie et de liquidités.

Les établissements et services n'ont pas de personnalité juridique, seul l'organisme gestionnaire en a une, sous une forme associative ou celle d'un établissement public autonome.

Ce n'est pas un établissement qui est mis en redressement ou en liquidation judiciaire par le tribunal de grande instance pour les associations ou le tribunal du commerce par les entreprises privées, mais l'organisme gestionnaire.

Un ESSMS dont les difficultés financières n'ont pas été redressées dans le cadre du CASF (article L.313-14-1 du CASF) peut, par un « effet domino », entraîner dans sa chute les autres ESSMS et les autres structures conduisant l'organisme gestionnaire au redressement judiciaire, voire la liquidation judiciaire, avec une phase de « vente à la découpe ».

Le fait que le ESSMS ont des bilans financiers techniques, des comptes administratifs ou des comptes emplois-ressources (CER) qui sont consolidés dans le bilan et le compte de résultat de l'organisme gestionnaire que le commissaire aux comptes certifie à ce niveau, constitue la première fongibilité.

Aujourd'hui, la fongibilité se fait par la possibilité en application de l'article R.314-82 du CASF d'actionner des comptes de liaison « investissement » « exploitation » et « trésorerie » qui sont bien dans le plan pluriannuel de financement des investissements établi en application de l'article R.314-20 du CASF.

Demain l'EPRD va permettre une certaine fongibilité sans entraîner de dépassement des dotations limitatives de crédits, en permettant la création de services communs aux structures sous CPOM financées par un libre prélèvement de quotes-parts dans la limite des ressources allouées dans le cadre d'un financement et d'une tarification « à la ressource ».

Le fait qu'une CAF unique soit au cœur de l'EPRD va permettre une forme de fongibilité sur les charges calculées et non décaissables d'exploitation destinées au financement des investissements.

Le refus de toute fongibilité s'inscrivait dans le cadre d'une tarification « à la dépense » puisque les dépenses autorisées par un financeur ne devaient pas être les crédits d'un autre financeur ou d'une autre ligne budgétaire.

La tarification « à la ressource » (mêmes services rendus, mêmes ressources) permet dans le respect des ressources limitatives et des cahiers des charges des services à rendre de couvrir plus librement des charges, notamment en matière de répartition des charges communes, dont celles afférentes au siège social agréé.

11. Focale sur l'unification sous CPOM des modalités de financement

L'unification des modalités de financement des CHRS, des CPH, des pensions de famille, des CADA et des structures du régime déclaratif dans le cadre d'un CPOM, peut être mise en œuvre dans le secteur « AHI » en fixant dans un arrêté préfectoral unique les dotations globalisées communes et les forfaits globaux en application de l'article R.314-43-1 du CASF.

Nous avons vu (Cf. Supra 2), que les subventions de financement des CHU ne sont plus en conformité avec la définition de la subvention de la loi ESS. En effet, c'est en général les pouvoirs publics qui sont à l'initiative et imposent leurs critères, notamment financiers, à des opérateurs. Nous sommes même plus dans de la commande publique que dans le soutien financier à des initiatives ponctuelles.

Peut-on qualifier de « subvention », le financement des pensions de famille sur la base d'un barème national de 16€ / jour/ personne. ? La multiplication de ces paramètres financiers par la capacité de la pension de famille donne plus un forfait global qu'une subvention. D'ailleurs, pour les Lits Halte Soins Santé (LHSS), il est aussi pratiqué une équation de 111,06€ / lit / jour ; et pour les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM), une équation de 196,80€ / lit / jour. Comme nous l'avons vu (Cf. Supra. 10), la DGEF a aussi fixé des équations tarifaires pour 2017 pour les nouvelles places de CPH et de CADA. Or, comme nous l'avons déjà précisé, ces équations tarifaires permettent de calculer la dotation globale de financement (DGF) en application du X de l'article R.314-105 du CASF, alors que c'est plutôt un forfait global. Nous avons vu (Cf. Supra 10) que ces barèmes nationaux irrégulièrement actualisés et revalorisés constituent incontestablement une tarification «à la ressource » et non plus une tarification « à la dépense autorisée ».

Peut-on appeler « subvention », le financement d'un CHU dans lequel est imbriqué des LAM ou des LHSS autorisés et financés, eux, pour 15ans et qui ne peuvent plus exister si le CHU ferme ?

Les mêmes pouvoirs publics peuvent-ils autoriser des emprunts à long terme et attribuer des subventions d'investissement de capitalisation (compte 10) ou des subventions transférables (Compte 13), et n'accorder en fonctionnement que des subventions annuelles ?

Une structure ainsi financée peut-elle fermer après un an de fonctionnement, sans mettre en cause la qualité de la gestion publique et entraîner un « enrichissement sans causes réelles » du gestionnaire qui conserverait les subventions, le capital et les immobilisations acquises ?

Alors que des durées d'admission dans des structures peuvent être supérieures à un an avec l'accord implicite des pouvoirs publics, ces derniers ne peuvent pas faire comme si elles pouvaient fermer de telles structures dans l'année.

Nous ne sommes pas dans l'initiative associative non instrumentalisée par les pouvoirs publics mais dans de la co-construction, lorsque ce sont les pouvoirs publics qui mobilisent un immobilier « dormant », le rénove et le propose en gestion à un opérateur subventionné qui va le faire vivre sur des durées plus ou moins longues, en continu ou en discontinu.

Une subvention avec la loi ESS, c'est pour du fonctionnement et non de l'investissement alors que les subventions de fonctionnement dans le secteur « AHI », comme les produits de la tarification permettent un lien exploitation/investissement.

Une subvention ne peut plus être une subvention d'équilibre pour combler les déficits, ce qui est constitutif du délit de comblement abusif de passif, alors que dans les ESSMS hors CPOM, il y a des affectations et des reprises de résultats. Le droit communautaire considère les subventions d'équilibre relèvent d'une concurrence faussée et déloyale.

La crainte d'avoir des régulations budgétaires drastiques, portant en priorité sur les structures du régime déclaratif juridiquement plus fragile, ne doit pas empêcher de les inclure dans un CPOM.

En effet, le CPOM étant un contrat administratif, l'administration signataire peut activer les clauses exorbitantes de droit commun :

- En cas de modification substantielle des dispositions législatives et /ou réglementaires qui rendent l'exécution du contrat impossible ;
- En cas de modification des paramètres financiers par les lois rectificatives de finance.

Paradoxalement, la convention pluriannuelle de subventionnement est plus sécurisée en la matière que le contrat administratif du CPOM.

En effet, s'il y a un pouvoir totalement discrétionnaire des pouvoirs publics d'accorder ou pas une subvention et de la reconduire ou non, une fois obtenue et notifiée, la subvention ne peut pas être remise en cause avant son terme. C'est pourquoi, si une circulaire du Premier Ministre¹⁷ invite les pouvoirs publics à conclure des contrats pluriannuels de subventionnement, prudemment les conventions annuelles prédominent. Pourtant, au cours d'un contrat administratif comme un CPOM, les pouvoirs publics conservent la possibilité de résilier de manière unilatérale le contrat, notamment si les conditions d'évolution de ses moyens budgétaires ne lui permettent pas de concilier les engagements contractuels avec le respect du caractère limitatif des crédits sur chaque BOP.

¹⁷ Circulaire n°5811/SG du 29 septembre 2015 du Premier Ministre relative aux nouvelles relations entre les pouvoirs publics et les associations: déclinaison de la charte des engagements réciproques et soutien public aux associations.

Si les subventions sont donc moins sécurisées en amont (décision discrétionnaire) et en aval (non renouvellement sans obligation de motivations), elles le sont plus sur la durée en cours de la convention de subventionnement, puisque l'autorité administrative et politique qui l'a accordée ne peut plus la remettre en cause sans engager sa responsabilité notamment financière.

Indépendamment de la conclusion d'un CPOM avec son EPRD, la réduction du nombre de convention de subventionnement est nécessaire et possible. La DDCS de Paris passe depuis 2015, des conventions triennales uniques à la place des conventions annuelles pour chaque action de chaque BOP. La DDCS de Paris gère une quinzaine de BOP et de fonds nationaux comme le fonds interministériel de prévention de la délinquance pour un montant de 28 millions d'€, ainsi que les postes FONJEP ou adultes-relais. Il y a ainsi une simplification des multi-financements qui obligent à compenser des sous-financements de certaines actions par des doubles imputations de certaines charges dites indirectes ou de la structure en retenant des clefs de répartition complexes et variables...

Pour les CHRS et les CADA comme tous les ESSMS, l'article R.314-47 du CASF permet à l'autorité de tarification de modifier les dotations et forfaits en cas de régulations budgétaires (lois de financement rectificatives) et de réduction des dotations régionales limitatives.

Cet article R.314-47 a été « cloné » par l'article R.314-230 inséré dans le CASF par le décret n°2006-1815 du 21 décembre 2016 pour pouvoir être mis en œuvre dans les CRP de l'EPRD du CPOM.

Aussi, si les structures du régime déclaratif sont intégrées dans le CPOM dans le cadre d'un ou plusieurs CRP, elles vont aussi relever de cet article R.314-230 et des clauses exorbitantes de droit commun du CPOM, ce qui est moins protecteur que le droit des subventions annuelles ou pluriannuelles en cours de validité qui ne permettent pas des régulations budgétaires sévères et brutales.

Aussi, les hésitations à sortir des subventions ou profit de forfaits globaux devraient tomber puisqu'au final l'intégration des structures du régime déclaratif dans les CPOM, avec un financement par forfaits globaux, est plus sécurisante pour les autorités administratives que le financement par subventions, tout en permettant le choc de simplifications administratives et financières demandées par tous les partenaires.

En cas de régulations budgétaires mettant en cause partiellement la pérennité d'un dispositif, un CPOM « redressement financier » en application de l'article L.313-14-1 du CASF ou un CPOM « recomposition de l'offre » peut se substituer au CPOM de l'article L.313-11 du CASF. Un CPOM chasse l'autre.

La réglementation des ESSMS permet de faire un budget de clôture de gestion (art R.314-98 du CASF) et de procéder à la dévolution du patrimoine et à la récupération de fonds publics (art L.313-19 et R.314-97 du CASF).

La loi travail permet désormais aux gestionnaires signataires d'un CPOM de conclure des accords d'entreprise déconnectés des accords de branche (la question de savoir si ces accords d'entreprise relèvent de la procédure d'agrément de l'article L.314-6 du CASF n'a pas été traitée). Cette loi travail va permettre de procéder aux restructurations avec, le cas échéant, licenciements économiques notamment, en cas de régulations budgétaires entraînant une baisse rapide ou à court terme du chiffre d'affaires.

En matière de gouvernance associative, l'inclusion des structures du régime déclaratif dans les CPOM, surtout pour celles qui sont de fait pérennes, permanentes, reconduites et récurrentes permet d'embaucher sur des CDI et non plus sur des CDD coûteux (prime de précarité d'emploi notamment).

Enfin pour conclure cette focale, indépendamment du fait que le financement des structures du régime déclaratif par des subventions n'est plus conforme à la définition de la subvention de la loi ESS, le pouvoir réglementaire peut décider le passage à un forfait global dans le cadre d'un CPOM comme nous le préconisons (Cf. Infra 15.2).

12. Combien de P pour les CPOM de la DRIHL

Les CPOM dans le champ de compétence de la DRIHL peuvent être sur une seule catégorie juridique et financière (CHRS, CHU, CADA, résidences sociales, maisons relais, pensions de famille) ou sur plusieurs de ces catégories. Ils peuvent ne pas être circonscrits aux ESSMS du CASF.

Ces CPOM peuvent être tripartites : gestionnaire, DRIHL et ARS pour les ESSMS relevant du 9° du I de l'article L.312-1 du CASF et/ou sur la santé mentale (Cf. supra 6). S'il y a des centres et hôtels maternel, un président de conseil départemental peut aussi être une partie, pour ce qui le concerne, du CPOM.

En plus des catégories juridiques et financières constituées en « pôles », les CPOM peuvent être organisés sur des logiques territoriales (départements, métropole).

Le CPOM devra déterminer les services gérés en communs qui seront créés et l'intégration ou non des frais de siège dans le champ dudit CPOM.

12. 1. La Croix Rouge Française (CRF) sur l'île de France

12-1-1. Les données financières 2015 du secteur « AHI » et inclusion sociale

Financeurs	Nombre d'entités budgétaires	Produits de la tarification	Subventions	Total des produits de la tarification et subventions	Total des produits	% sur le total des produits de la tarification et subvention	% sur le total des produits
CHRS BOP 177	3	2 778 521 €	- €	2 778 521 €	2 778 521 €	4,13%	4,13%
CHU BOP 177	32	- €	11 552 168 €	11 552 168 €	11 552 168 €	17,19%	17,19%
CHS BOP 177	3	1 673 277 €	336 595 €	2 009 872 €	2 009 872 €	2,99%	2,99%
AUTRES BOP 177	47	- €	40 016 322 €	40 016 322 €	40 016 322 €	59,53%	59,53%
BOP 304	2	- €	70 000 €	70 000 €	70 000 €	0,10%	0,10%
BOP 147	1	- €	6 000 €	6 000 €	6 000 €	0,01%	0,01%
CADA BOP 303	5	146 885 €	2 178 800 €	2 325 685 €	2 325 685 €	3,46%	3,46%
Pensions de famille/résidences sociales	1	- €	62 251 €	62 251 €	62 251 €	0,09%	0,09%
FSL	1	- €	132 480 €	132 480 €	132 480 €	0,20%	0,20%
FIR de IARS	1	- €	828 874 €	828 874 €	831 574 €	1,23%	1,24%
LHSS /LAM /ACT /CAARUD /CSAPA	2	4 627 400 €	- €	4 627 400 €	4 627 400 €	6,88%	6,88%
Conseils départementaux	5	- €	353 560 €	353 560 €	353 560 €	0,53%	0,53%
Autres (CAF, CRIF, OFFI, PRAPS...	37	- €	2 209 339 €	2 209 339 €	2 209 339 €	3,29%	3,29%
ONDAM sanitaire	1	- €	243 100 €	243 100 €	243 100 €	0,36%	0,36%
TOTAL	141	9 226 083 €	57 989 489 €	67 215 571 €	67 218 271 €	100,00%	100,00%

La catégorie « autres BOP 177 » avec plus de 40 millions d'€ de « subventions » dont 18,5 millions d'€ de nuitées d'hôtel dans le Val de Marne sur les 58 millions au niveau régional, intègre les 115 et Samu Sociaux, des SIAO, des maraudes, des équipes mobiles, des accueils de jour sur les départements franciliens hors Paris.

12-1-2. Les CPOM en cours en Ile de France

La CRF d'Ile de France est multi-filières avec plusieurs centaines d'entités budgétaires dont 141 dans le champ de la lutte contre les exclusions.

Elle a un CPOM en cours dans le secteur du handicap avec la délégation départementale de l'ARS des Yvelines.

Elle devra conclure des CPOM dans les prochaines années pour ses sept EHPAD localisés dans plusieurs des départements franciliens et ses onze ESSMS du secteur des personnes en situation de handicap.

Elle est favorable à terme à un CPOM multi-filières mais pragmatiquement rapidement à un CPOM sur les BOP 177 et 303, notamment sur la partie « socle » ou « sanctuarisable sur 5 ans » de ces BOP...

Le siège national de la CRF ne peut être pris en compte dans l'un des EPRD des CPOM franciliens, mais le taux national de prélèvement ne devrait plus s'appliquer ESSMS par ESSMS et structure par structure, mais CPOM par CPOM, avec liberté dans les prélèvements au sein des CRP des EPRD des CPOM.

12. 2. Association des Cités du Secours Catholique en Ile de France

Financiers	Nombre d'entités budgétaires	Produits de la tarification	Subventions	Total des produits de la tarification et subventions	Total des produits	% sur le total des produits de la tarification et subvention	% sur le total des produits
CHRS BOP 177	7	14 416 847	0	14 416 847	17 002 536	56,66%	55,46%
CHU BOP 177	20	0	9 542 507	9 542 507	10 700 773	37,51%	34,90%
Pensions de famille/résidences sociales	4	0	1 453 814	1 453 814	2 925 523	5,71%	9,54%
FSL	0	0	1 815	1 815	1 815	0,07%	0,06%
AGLS	0	0	1 142	1 142	1 142	0,04%	0,04%
TOTAL	31	14 416 847	11 025 913	25 442 760	30 658 424	100,00%	100,00%

Les 7 CHRS et les 20 CHU sur le BOP 177 sont sous le même CPOM avec la DRHIL. Mais si les 7 CHRS bénéficient d'une seule dotation globalisée commune, les 20, CHU restent sous subventions et il n'y a pas de une convention de subventionnement unique pour chacun des départements concernés par la présence des CHU de l'ACSC, soit les départements 75, 78 et 93.

En 2016, un CHU de 100 places a été ouvert à Bobigny et un autre de 50 places dans l'Essonne.

L'ACSC aussi gèrent quatre pensions de famille sur les départements 77, 92 et 93, sept maisons relais, un hébergement de stabilisation et une résidence sociale sur Paris.

Comme nous l'avons (Cf. Supra 7), les LAM, les LHSS et les ACT financés par « tarifs plafonds nationaux » vont relever budgétairement d'un EPRD. Ceux que l'ACSC gère sur la métropole du Grand Paris sont particulièrement intégrés dans ses CHRS. Aussi, sans

qu'il soit obligatoire de faire un CPOM tripartite ACSC, DRIHL et ARS, l'EPRD du CPOM DRIHLien pourrait intégrer ces structures. Pour les structures particulièrement intégrées dans des CHRS, ces tarifs nationaux seraient pris en compte sur un des comptes des produits de la tarification d'un CRPA du CPOM DRIHLien.

En 2017, l'ACSC souhaiterait conclure un CPOM prolongeant le CPOM en cours et qui y intégrerait les nouvelles structures ouvertes en Ile de France et, en application de la nouvelle législation et de la nouvelle réglementation sur l'articulation entre frais de siège et CPOM, son siège social. Le calendrier d'autorisation de son siège social par la DRIHL et celui du CPOM DRIHLien serait ainsi harmonisé.

12.3. Groupe SOS en Ile de France

12.3.1. Les données financières 2015.

Financeurs	Nombre d'entités budgétaires	Produits de la tarification	Subventions	Total des produits de la tarification et subventions	Total des produits	% sur le total des produits de la tarification et subvention	% sur le total des produits
CHRS BOP 177	4	4 370 002	446 842	4 816 844	5 798 707	3,24%	3,22%
CHU BOP 177	4	761 104	2 431 242	3 192 346	3 368 140	2,15%	1,87%
CPH BOP 104	3	0	1 397 984	1 397 984	1 433 495	0,94%	0,80%
CADA BOP 303	2	726 155	0	726 155	738 936	0,49%	0,41%
Pensions de famille/résidences sociales	2	0	213 149	213 149	340 328	0,14%	0,19%
Intermédiation locative	2	0	9 253 226	9 253 226	12 846 470	6,22%	7,13%
Lits Halte Soins Santé / lits d'accueil médicalisés	2	3 173 932	0	3 173 932	3 393 567	2,13%	1,88%
ACTICAARUD/CSAPA du 9 ^{tu} l art L.312-1	9	7 737 459	796 132	8 533 591	14 760 443	5,74%	8,19%
Centres maternels / Hôtels maternels	1	1 340 765	0	1 340 765	1 415 216	0,90%	0,79%
OGD CNSA PA[5] EHPAD	3	6 525 571	39 192	6 564 763	6 843 729	4,41%	3,80%
SSIAD	2	2 888 884	0	2 888 884	2 997 996	1,94%	1,66%
Foyers handicapés / MAS	7	24 095 627	133 799	24 229 426	26 014 574	16,29%	14,44%
ITEP	1	2 976 200	0	2 976 200	2 983 520	2,00%	1,66%
ESAT social et commercial	4	1 949 685	906 942	2 856 627	6 290 318	1,92%	3,49%
Jeunesse	13	6 906 230	709 814	7 616 044	10 747 704	5,12%	5,96%
Conseils départementaux : protection de l'enfance	16	18 892 516	851 268	19 743 784	23 770 396	13,27%	13,19%
Multi-accueil Mini crèches	33	0	15 688 049	15 688 049	20 936 844	10,54%	11,62%
Sanitaire	2	33 555 922	8 740	33 564 662	35 507 555	22,56%	19,71%
TOTAL	110	115 900 052	32 876 379	148 776 431	180 187 938	100,00%	100,00%

12.3.2. Les CPOM en cours.

Le groupe SOS a conclu un CPOM sur ces CHU et CHRS sur le département de Paris. Il aurait souhaité inclure dans ce CPOM sa maison relais et voudrait y ajouter les nouveaux CADA en cours de création.

Malgré ce CPOM, les CHU restent financés par des conventions financières propres et n'ont pas été intégrés dans la dotation globalisée commune à tout le CPOM (art R.314-43-1 du CASF).

Le groupe SOS a aussi un CPOM avec l'ARS d'Ile de France sur les appartements de coordination thérapeutique et les lits halte soins des départements 75, 93 et 94.

En application de l'article L.313-12-2, il va devoir conclure un CPOM sur ses ESSMS du secteur des personnes en situation de handicap et en application de l'article L.313-12 des CPOM sur les EHPAD et les SSIAD.

12.4. Association Aurore en Ile de France

12-4-1. Les données financières 2015

Financeurs	Nombre d'entités budgétaires	Produits de la tarification	Subventions	Total des produits de la tarification et subventions	Total des produits	% sur le total des produits de la tarification et subvention	% sur le total des produits
CHRS BOP 177	11	7 759 571 €		7 759 571 €	8 490 711 €	9,90%	8,16%
HEBERGT BOP	33		20 185 103 €	20 185 103 €	22 463 119 €	2,77%	21,59%
AUTRES BOP 177	11		2 585 203 €	2 585 203 €	4 119 117 €	3,30%	3,96%
BOP 304	2		964 633 €	964 633 €	964 633 €	1,23%	0,93%
AUTRES DRIHL / Pensions de famille	3		523 840 €	523 840 €	638 028 €	0,67%	0,61%
	19		2 326 026 €	2 326 026 €	4 035 050 €	2,97%	3,88%
AGLS / ASLL Résidences	13		526 265 €	526 265 €	2 045 655 €	0,67%	1,97%
IML	2		4 808 778 €	4 808 778 €	8 944 939 €	6,14%	8,60%
ESAT	2	1 686 274 €		1 686 274 €	1 759 884 €	2,15%	1,69%
ITEP / SESSAD	2	1 786 015 €		1 786 015 €	1 802 318 €	2,28%	1,73%
LHSS / LAM / ACT / CAARUD / CSAPA	20	16 138 775 €		16 138 775 €	16 734 269 €	20,60%	16,08%
DAF Sanitaire	3	7 067 907 €		7 067 907 €	7 216 976 €	9,02%	6,94%
Centres maternels / Hôtels maternels	1	783 051 €		783 051 €	798 502 €	1,00%	0,77%
Autres ASLL	9		539 461 €	539 461 €	937 152 €	0,69%	0,90%
Région IDF	4		796 415 €	796 415 €	1 108 518 €	1,02%	1,07%
AUTRES Conseils Départementaux	16		7 219 739 €	7 219 739 €	8 159 088 €	9,22%	7,84%
Autres			2 645 000 €	2 645 000 €	13 829 503 €	3,38%	13,29%
TOTAL	151	35 221 593 €	43 120 462 €	78 342 055 €	104 047 463 €	100,00%	100,00%

12-4-2. les CPOM en cours

Aurore avait conclu avec les DDASS avant la création des ARS, DRJSCS/DRHIL un CPOM sur le secteur « AHI » et les structures relevant du 9° du I de l'article L.312-1 du CASF. Sur les appartements de coordination thérapeutique (ACT), le CPOM était même interrégional. Ce CPOM avait inspiré la DGAS qui avait ajouté dans la loi « HPST », l'article L.313-12-2 du CASF prévoyant des CPOM tripartites ARS/DRJSCS/gestionnaire (Cf. Supra 6).

Actuellement, Aurore a :

- un CPOM avec l'ARS pour son secteur sanitaire (santé mentale). Un tel CPOM est obligatoire en application du code de la santé publique (CSP) ;
- Un autre CPOM avec l'ARS sur les structures relevant du 9° du I de l'article L.312-1 du CASF et le dispositif ITEP donc sur deux ONDAM (l'ONDAM « publics spécifiques et l'OGD de la CNSA « personnes handicapées » ;
- un CPOM avec la DRHIL pour les CHR, les CHU et les pensions de famille.

Dans le cadre de l'obligation de conclure un CPOM dans le secteur des personnes en situation de handicap en application de la nouvelle rédaction de l'article L.313-12-2 du CASF issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, l'ARS souhaiterait conclure un CPOM « secteur handicap » avec le dispositif ITEP, les ESAT, l'IME en délégation de gestion. Le dispositif ITEP passerait du CPOM commun avec les structures relevant du 9° du I de l'article L.312-1 à celui du secteur handicap (établissements et services relevant du 2° et 5° du I du CASF). Les structures relevant du 9° du I de l'article L.312-1 feraient alors l'objet d'un CPOM spécifique avec l'ARS alors que certaines de ces structures en tarifs plafonds nationaux vont aussi relever d'un EPRD en application de l'article L.314-7-1 du CASF (Cf. Supra 7). Il pourrait donc y avoir plusieurs CPOM avec un seul EPRD.

Le dispositif « un chez soi d'abord » financé par le FIR de l'ARS n'est pas pris en compte dans l'un des CPOM.

Au niveau nationale, après une période CPOMophobe, nous sommes entrés dans une période CPOMophile, mais trop de CPOM peut tuer l'appétence pour les CPOM (CPOMophagie). Cependant, il peut y avoir plusieurs CPOM et un seul EPRD.

Les textes réglementaires sur l'EPRD qui doivent être publiés avant le 31 décembre 2016, obligeront-ils les gestionnaires à avoir un compte de résultat prévisionnel -CRP- pour chacun des ESSMS « historiques » ayant un numéro FINESS, ou permettront-ils de regrouper les ESSMS et autres structures dans un même CRP en fonction de leur BOP, de leur ONDAM ou de leur OGD de la CNSA ?

Dans un cas, l'EPRD aurait plusieurs dizaines de CRP mais une seule CAF et un seul PGF (Cf. supra 7) et dans l'autre moins d'une dizaine de CRP. Il peut y avoir des situations intermédiaires si l'on veut dissocier dans un CRP des catégories d'ESSMS relevant

pourtant d'une même source de financement. Par exemple, ESAT ou dispositif ITEP relevant de la même OGD de la CNSA ou CHRS et CHU relevant du même BOP 177.

Selon l'EPRD qui sera retenu et imposé, le choc de simplification annoncé sera et ne sera pas effectif. Les promesses de passage d'une logique de tutelle à une logique de confiance et de responsabilisation seront ou ne seront pas tenues. Le recentrage des uns et des autres (gestionnaires et autorités administratives) sur son cœur de métier sera ou non une réalité.

La réglementation à paraître permettra telle au siège social autorisé d'être le CRPP d'un EPRD lorsqu'au niveau départemental ou régional la majorité des budgets des structures sont sous CPOM et dans un EPRD.

Rappelons que ces « pôles » et services communs sont financés par des quotes-parts de services gérés en commun (sous-compte 755) prélevées dans la stricte limite des crédits limitatifs alloués et d'une tarification de fait « à la ressource » dans le secteur « AHI » (Cf. Supra 7 à 9).

12.5. Fondation « Armée du Salut » en Ile de France

Financiers	Nombre d'entités budgétaires	Produits de la tarification	Subventions	Total des produits de la tarification et subventions	Total des produits	% sur le total des produits de la tarification et subvention	% sur le total des produits
CHRS BOP 177	5	9041008	107497	9148505	9999806	37,29%	33,88%
CHU BOP 177	3	0	4 360 596	4 360 596	4 442 225	17,78%	15,05%
CPH BOP 104	4	0	951269	951269	951269	3,88%	3,22%
Pensions de famille/résidences sociales	5	0	1 817 889	1 817 889	4 959 668	7,41%	16,80%
Centres maternels / Hôtels maternels	1	2383930	0	2383930	2590155	9,72%	8,77%
OGD CNSA PH	1	4696564	0	4696564	5164778	19,14%	17,50%
Autres DRILH/DASES	2	0	1172880	1172880	1409928	4,78%	4,78%
TOTAL	21	16 121 502	8 410 131	24 531 633	29 517 829	100,00%	100,00%

La fondation « Armée du Salut » (FAS) présente en Ile de France 21 entités budgétaires sur les 146 entités budgétaires recensées au niveau national.

La DRHIL est l'autorité administrative compétente en matière d'autorisation et de financement du siège social agréé. En effet, le secteur « AHI » représente 54 millions d'€ sur les 125 millions d'€ de charges d'exploitations de la FAS en 2015. Le secteur « AHI » représente en Ile de France 20 millions d'€ sur 29 millions d'€. Le montant pour les ESSMS hors « AHI » et hors Ile de France s'élève à 62 millions d'€.

Le CPOM « AHI » en Ile de France avec la DRHIL pourrait comprendre 4 des 5 résidences sociales faisant l'objet d'un CPRA dans l'EPRD unique dudit CPOM. Il y aurait un CRPA par BOP. L'immeuble de la rue des frères flavien (Paris 20^{ème}) imbrique CHRS, CHU, CPH et résidence sociale, il pourrait faire l'objet d'un unique CRPA avec des recettes des différents BOP. Si le département l'accepte, le centre maternel des Lilas peut être intégré dans un CRPA de l'EPRD du CPOM avec un financement par prix de journée globalisée en application de l'article R.314.115 du CASF. Resterait la MAS de Montfermeil financée par l'assurance maladie.

Bien que les produits d'exploitation de ce CPOM DRIHLien ne constituent pas la majorité des produits d'exploitation des ESSMS et structures de la FAS, par convention intégrée dans le CPOM de la DRIHL, le siège social agréé pourrait être le CRPP de l'EPRD du CPOM DRIHLien, ce qui constituerait une mesure de simplification en matière de gestion administrative et financière bénéfique autant pour la FAS que pour la DRIHL. Le calendrier du CPOM DRIHLien et celui de l'autorisation du siège social serait aussi harmonisé.

12.5. Emmaüs Solidarité

Emmaüs Solidarité gère principalement sur Paris 83 services dont 59 structures d'hébergement et de logement adapté.

	Nombre de structures	Nombre de places
Centres d'urgence et/ou de stabilisation	7	494
Structures « veille saisonnière » non pérenne	8	413
CHRS	15	614
Résidences sociales	5	64
Pensions de familles	15	403
Hôtels sociaux	3	126
Logements d'insertion	5	67
Séjours de rupture	1	15
Total	59	2196

Dans le cadre de l'accueil des migrants et de la lutte contre les campements « sauvages », en novembre 2016, un centre humanitaire promu par la Mairie de Paris, mais géré par Emmaüs Solidarité, a ouvert Porte de la Chapelle. Un autre centre humanitaire pour familles toujours promu par la ville de Paris devrait ouvrir prochainement à Ivry sur Seine.

En plus de ces structures d'hébergement et de logement adapté, Emmaüs Solidarité gère :

- Quatre maraudes ;
- Onze centres ou espaces d'accueil de jour ;
- Une plateforme alimentaire dans le Val de Marne.

L'activité de toutes ces structures est soutenue et complétée par 6 missions transversales : santé, emploi-formation, culture et citoyenneté, RSA, logement.

Bien que n'ayant pas un siège social agréé par la DRIHL, des quotes-parts de frais de siège sont intégrées et donc financées dans les budgets de ses structures.

En plus des frais de siège social correspondant aux services rencontrés et acceptés dans les autres associations, Emmaüs Solidarité veut faire reconnaître et intégrer dans son siège social un service « entretien courant ».

Ce service « entretien courant » correspond à un service géré en commun hors siège social (Cf. Supra 9) qui pourrait être pris en compte dans le cadre du CPOM DRIHLien. En effet, ce service effectue des prestations internes de services au bénéfice des différentes structures d'Emmaüs Solidarité. Aussi, le financement de ce service ne peut pas relever d'un taux de prélèvement en pourcentage comme pour des frais de siège social, mais d'une facturation au réel de services rendus. En effet, les prestations internes de services ne sont servies uniformément entre les structures et les maraudes ne doivent pas en bénéficier beaucoup alors qu'il est prévu dans le dossier frais de siège de les mettre à contribution. Rappelons que s'agissant de prestations internes, cette facturation doit se faire sans TVA.

Ce service pourrait opter pour une fiscalisation pour ne plus relever de la taxe sur les salaires. Si ce service associe aux travaux des hébergés des structures, il pourrait être transformé en atelier d'adaptation à la vie active (AVA) ou en service d'insertion par l'activité économique.

Le budget 2016 proposé par Emmaüs Solidarité s'élève à 44,595 millions d'€ se décomposant en ;

- 4,433 millions d'€ de frais dont le service « entretien » pour 1,965 millions d'€ ;
- 9,929 millions d'€ pour les CHRS ;
- 18,180 millions d'€ pour les CHU ;
- 6,054 millions d'€ pour les accueils de jour et les Espaces Solidarité Insertion ;
- 4,403 millions d'€ pour les pensions de famille ;

- 1,219 millions d'€ pour les quatre maraudes ;
- 1,448 millions d'€ pour les missions sociales et solidaires (logement, santé, formation, emploi, RSA) ;
- 468 760€ pour cinq résidences sociales ;
- 174 365€ pour l'Hôtel social Buisson St Louis ;
- 247 364€ pour des logements d'insertion sur les départements 93, 94 et Paris ;

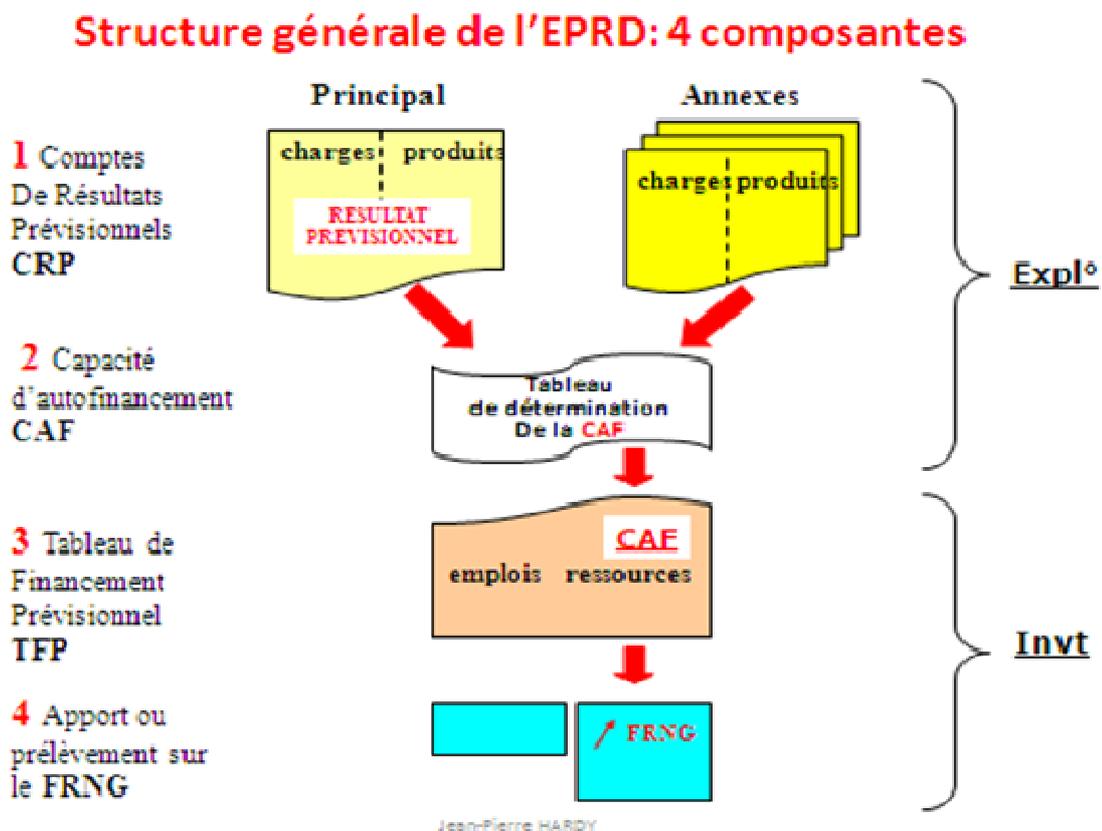
Le CPOM avec la DRIHL pourrait englober toutes ces activités. Il peut être concomitant à l'autorisation du frais social lequel ne devrait pas inclure le « service entretien ». Ce « service entretien » est un service commun devant avoir dans l'EPRD du CPOM d'un CRPA financé par la facturation des prestations internes de services par le biais des comptes de liaison exploitation : comptes 187 dans le CRPA « service commun entretien » et comptes 186 dans le CRPP et les autres CRPA bénéficiaires.

Cela ne constitue pas le budget complet d'Emmaüs Solidarité puisque n'apparaît pas la gestion propre associative : recueil de dons et legs, fonction tribunitienne...

13. Quels EPRD pour les CPOM DRHIL/ARS avec des sièges sociaux franciliens ?

13-1. Maîtriser le nombre de CRP dans les EPRD.

L'EPRD outil financier du CPOM a été présenté (Cf. Supra 7). Rappelons donc que la structure générale de l'EPRD est la suivante :



Nous avons vu (Cf. Supra 11) que les partenaires associatifs ayant conclu ou pouvant conclure un CPOM avec la DRIHL peuvent avoir plusieurs dizaines d'entités budgétaire. La question est donc bien de savoir si le CPOM et son EPRD peut limiter le nombre de CRP de l'EPRD afin de tenir les promesses de simplification, de mutualisation et de coordination au service des parcours d'insertion...

Rappelons qu'en application de l'article R.314-152 du CASF, les activités d'accès au logement, d'adaptation à la vie active et d'insertion par l'activité économique devront faire l'objet de comptes de résultats prévisionnels (CRP) dès qu'elles dépassent le montant de 153.000€. Si le montant du financement de ces activités est inférieur à ces 153.000€, elles peuvent être rattachées en produits et en charges à un ESSMS (CHRS)

ou à une structure qui fera l'objet d'un des CRP de l'EPRD. Un compte emplois-ressources (CER) devrait être aussi transmis lors de l'évaluation de ces activités complémentaires et connexes aux ESSMS du secteur « AHI ».

Il est possible d'avoir dans un même CRP des lignes de recettes provenant de plusieurs BOP ou de plusieurs financeurs, à plus forte raison du même BOP.

Par exemple, les LHSS et LAM imbriqués dans un CHRS qui sont financés, comme nous l'avons vu (Cf. Supra 10) sur la base d'équations tarifaires, pourraient voir leurs produits et leurs charges imputées au CRP du CHRS. Faut-il avoir un CPR pour le CHRS et un autre pour les LHSS et les LAM, voire un pour les LHSS et encore un autre pour les LAM ?

Pourquoi multiplier les CRP alors qu'avec l'EPRD, il n'y a qu'une CAF et qu'un fonds de roulement ?

Il faut trouver le point d'équilibre entre tout mettre dans une seule grande « marmite budgétaire » devenant tonneau des danaïdes, et la multiplication des CRP en fonction des financeurs, des administrations déconcentrées et décentralisées régionales et départementales, des catégories et sous catégories d'ESSMS, des numéros FINESS...Entre la « grande marmite » et le service complet de tasses, il faut faire du « sur mesure ».

L'EPRD d'un CPOM d'une association départementale ou régionale ne correspond pas complètement au périmètre global de cette association qui peut avoir une gestion dite « non-contrôlée » sur ses actions tribunitiennes ou sur d'autres activités comme l'appel à la générosité publique. L'appel à la générosité publique sous le contrôle des inspections générales et des juridictions financière doit faire l'objet d'un CER. Les articles R.314-99 et R.314-100 du CASF permettent l'accès des autorités administratives aux comptes consolidés et leur donnent la possibilité d'effectuer des contrôles financiers¹⁸.

Pour illustrer cette problématique sur l'Ile de France, nous commencerons par présenter deux situations relativement simples, celles d'Emmaüs Solidarités et celle de l'association des cités du secours catholique, avant d'aller sur d'autres configurations plus complexes.

13.2. Deux exemples de situations assez simples

13.2.1. Emmaüs Solidarités

Le CPOM qui doit englober le siège social compte tenu des évolutions législatives de la LFSS pour 2017. Ce siège social ne devrait pas intégrer le « service commun entretien » qui peut faire l'objet d'un CRPA (Cf. Supra. 12-6).

L'EPRD de ce CPOM aurait alors :

¹⁸ Jean-Pierre HARDY, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4^{ème} édition, DUNOD 2015.

- Un CRPP « siège social » financé par des quotes-parts prélevés sur les structures sous CPOM selon les modalités présentées (Cf. Supra 8) ;
- Un CRPA « service commun entretien » financés par facturation de ses prestations internes de services (Cf. Supra. 12-6) ;
- Un CRPA « CHRS » ;
- Un CRPA « CHU » ;
- Un CRPA « pensions de famille » ;
- Un CRPA « maraudes »
- Un CRPA accueil de jour et Espaces Solidarité Insertion ;
- Un CRPA autres activités financés par les différentes lignes de recettes d'exploitation faisant l'objet de conventions financières.

13.2.2. Association des Cités du Secours Catholique (ACSC)

Le CPOM qui a été conclu par la DRIHL et l'ACSC a pour périmètre les 7 CHRS, les 20 CHU et les 4 pensions de famille franciliens.

L'autorisation quinquennale de frais de siège social de l'ACSC arrive à échéance fin 2016.

En application de la nouvelle rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 de la première phrase du dernier alinéa du VI de l'article L.314-7 du CASF, le siège social agréé de l'ACSC doit être autorisé pour 5 ans et intégré dans le CPOM francilien avec les 7 CHRS, les 20 CHU et les 4 pensions de familles.

Il convient donc d'harmoniser le calendrier des durées quinquennales du siège social et du CPOM. Pour l'ACSC, un avenant au CPOM DRIHL pourrait, d'une part, y intégrer le siège social et, d'autre part, fixer la durée du CPOM sur 2017 à 2021.

Le nouveau CPOM doit définir la structure de son EPRD avec son compte de résultat prévisionnel (CRPP) et ses comptes de résultats prévisionnels annexes (CRPA).

Le siège social agréé de l'ACSC a vocation à être le CRPP de l'EPRD du CPOM DRIHLien (compte de résultat principal réalisé dans l'ERRR).

Le nombre CRPA pourrait être de 35 :

- Un CRPA pour chacun de 7 CHRS ;
- Un CRPA pour chacun des 20 CHU ;
- Un CRPA pour chacune des pensions de familles.

Il pourrait même y avoir des CRPA pour les LAM, LHSS et ACT qui sont soumis à l'EPRD en application de l'article L.314-7-1 du CASF puisqu'il sont soumis à des tarifs nationaux plafonnés.

Dans ce scénario, on serait bien loin du choc de simplification et des invitations aux mutualisations et coopérations mises en avant par les pouvoirs publics et les partenaires CPOMophiles.

A l'inverse, la simplification optimale serait de n'avoir qu'un CRPA pour tout le BOP 177 au niveau régional puisque le BOP 177 finance à la fois les CHRS, les CHU et les pensions de famille.

Le BOP 177 relève du niveau régional pour les CHRS et du niveau départemental pour les CHU. Les pensions familles relèvent aussi du BOP 177 départemental et ont une convention départementale de subventionnement différente de celle des CHU. L'ACSC a des CHU sur les départements 75, 78 et 93 et des pensions de famille sur les départements 75, 77, 92 et 93. Aussi, l'EPRD du CPOM DRIHLien de l'ACSC pourrait comprendre :

- Le CRPP siège social ;
- Un CRPA pour les CHRS métropolitains (Grand Paris) et franciliens (BOP 177) ;
- Un CRPA pour les CHU de Paris (BOP 177) ;
- Un CRPA pour les CHU des Yvelines (BOP 177) ;
- Un CRPA pour les CHU de la Seine Saint Denis (BOP 177) ;
- Un CRPA pour la pension de famille de Paris (BOP 177) ;
- Un CRPA pour la pension de famille de Seine et Marne (BOP 177) ;
- Un CRPA pour la pension de famille des hauts de Seine (BOP 177) ;
- Un CRPA pour les pensions de famille de la Seine Saint-Denis (BOP 177)

Le CRPP siège social est financé d'une part par des quoteparts de frais de siège des CRPA du CPOM DRIHLien (au compte 7556 du CRPP et aux comptes 6556 des CRPA de l'EPRD du CPOM), et d'autre part par le taux de contribution fixé pour les ESSMS et les structures hors CPOM bénéficiant des prestations du siège.

Rappelons que si le gestionnaire dans la logique d'un CPOM a une liberté de prélèvement des quotes-parts de frais de siège dans les CRPA du CPOM, en cas de prélèvements excessifs et injustifiés, il peut être mis en œuvre l'article L.313-14-2 sur la récupération des sommes prélevées indûment...

Le CRPP siège social ACSC

<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>GROUPE 1</u> Dépenses afférentes à l'exploitation courante ■ <u>GROUPE 2</u> Dépenses afférentes au personnel ■ <u>GROUPE 3</u> Dépenses afférentes à la structure 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>comptes 7556; siège social du gestionnaire</u> Quoteparts des CRPA du CPOM DRIHLien Quotepart (taux en %) des ESSM et des structures hors CPOM DRIHLien ■ Autres produits relatifs à l'exploitation ■ Produits financiers ■ produits exceptionnels (chapitre 77) et produits non encaissables (chapitres 78 et 79)
---	---

Les CRPA du CPOM DRIHLien de l'ACSC

<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>GROUPE 1</u> Dépenses afférentes à l'exploitation courante ■ <u>GROUPE 2</u> Dépenses afférentes au personnel ■ <u>GROUPE 3</u> Dépenses afférentes à la structure <p>dont comptes 6556: frais de siège du gestionnaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>GROUPE 1</u> Produits de la tarification des BOP 177 et autres BOP ■ <u>GROUPE 2</u> Autres produits relatifs à l'exploitation dont pensions de famille ■ <u>GROUPE 3</u> Produits financiers, exceptionnels et produits non encaissables
---	--

Les Appartements de Coordination Thérapeutiques (ACT) et les LAM, bien que hors CPOM DRIHLien, pourraient être dans un CRP CHRS ou faire l'objet d'un CRP propre.

13.3. Les configurations plus complexes sur l'Île de France.

Nous avons vu que l'EPRD du CPOM DRIHLien d'Emmaüs Solidarité et de l'ACSC sont relativement faciles à définir puisqu'il y a un nombre raisonnable de CRPA et que l'ACSC est très majoritairement francilienne.

La situation est plus complexe pour d'autres gestionnaires qui ;

- sont pluri-filières ;
- ont des multi-financements ;
- ont plusieurs autorités administratives.

Il est possible de conclure des CPOM multipartites et il peut y avoir plusieurs CPOM et un seul EPRD. Les EHPAD doivent passer à l'EPRD au 1^{er} janvier 2017 avec ou sans CPOM.

En application de la nouvelle rédaction issue de la loi FSS pour 2017 de la première phrase du dernier alinéa du VI de l'article L.314-7 du CASF, le siège social agréé d'un organisme gestionnaire majoritairement CPOMisé doit être autorisé pour 5 ans et intégré dans l'EPRD unique du ou des CPOM franciliens.

Les CPOM doivent définir la structure de son ou ses EPRD.

Le siège social agréé par la DRIHL ou l'ARS a vocation à être le compte de résultat prévisionnel (CRPP) de l'EPRD du CPOM DRIHLien ou/et ARS lorsque que la majorité des produits d'exploitation de l'organisme gestionnaires sont dans les CRPA des CPOM franciliens.

Le CRPP siège social est financé d'une part, par des quote-parts de frais de siège des CRPA du CPOM DRIHL/ARS, et d'autre part, par le taux de contribution fixé pour les ESSMS et structures hors CPOM bénéficiant des prestations du siège.

Rappelons que si le gestionnaire dans la logique d'un CPOM a une liberté de prélèvement des quotes-parts de frais de siège dans les CRPA du ou des CPOM, en cas de prélèvements excessifs ou injustifiés, il peut être mis en œuvre l'article L.313-14-2 sur la récupération des sommes prélevées indûment...

Comme pour l'ACSC, les autres organismes gestionnaires majoritairement franciliens avec sièges sociaux devront avec leurs autorités administratives compétentes déterminer les périmètres de leurs CRP en prenant en compte les logiques des financements et les logiques territoriales.

13.3.1. Association Aurore.

L'association Aurore a son siège social agréé sous l'égide de l'ARS d'Ile de France. Elle a un CPOM avec la DRHIL et un CPOM avec l'ARS d'Ile de France. L'ARS d'Ile de France pourrait passer d'un CPOM médico-social unique à un CPOM pour le secteur du handicap et un autre CPOM pour les structures relevant du 9° du I de l'article L.312-1 du CASF (prévention et lutte contre les addictions, lits Halte soins, lits médicalisés des CHRS).

Le siège social agréé d'Aurore pourrait être le CRPP de son EPRD et il y aurait :

- Un CRPA par BOP régionaux de la DRHIL ;
- Un CRPA par BOP départementaux CHU-HUDA ;
- Un CRPA pour le dispositif ITEP et IME de l'ARS d'Ile de France ;
- Un CRPA pour l'ESAT
- Un CRPA pour les structures « addictologie »

Il faudrait passer de plusieurs dizaines de budgets à moins d'une douzaine de CRPA de l'EPRD pour respecter les engagements en matière de choc de simplification et de mutualisation.

Le CRPP siège social Aurore

<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>GRUPE 1</u> Dépenses afférentes à l'exploitation courante ■ <u>GRUPE 2</u> Dépenses afférentes au personnel ■ <u>GRUPE 3</u> Dépenses afférentes à la structure 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>comptes 7556; siège social du gestionnaire</u> ■ Quoteparts des CRPA du CPOM DRIHLien ■ Quoteparts des CRPA du ou des CPOM ARS ■ Quotepart (taux en %) des ESSM et des structures hors CPOM DRIHLien et ARS ■ Autres produits relatifs à l'exploitation ■ Produits financiers ■ produits exceptionnels (chapitre 77) et produits non encaissables (chapitres 78 et 79)
--	---

Les CRPA CPOM DRIHLien et ARS d'Aurore

<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>GROUPE 1</u> Dépenses afférentes à l'exploitation courante ■ <u>GROUPE 2</u> Dépenses afférentes au personnel ■ <u>GROUPE 3</u> Dépenses afférentes à la structure <p>dont comptes 6556: frais de siège du gestionnaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>GROUPE 1</u> Produits de la tarification DRIHL et ARS ■ <u>GROUPE 2</u> Autres produits relatifs à l'exploitation ■ <u>GROUPE 3</u> Produits financiers, exceptionnels et produits non encaissables
---	--

13.3.2. Fondation Armée du Salut

Le siège social de la Fondation « Armée du Salut » est sous le contrôle de la DRIHL, il être pourrait être le CRPP de l'EPRD de son CPOM DRIHLien dans les conditions présentées en infra (Cf. 12.5.).

Aussi, il y aurait :

- Un CRPA pour le BOP 177 CHRS de la DRHIL ;
- Un CRPA pour le BOP 177 CHU ;
- Un CRPA BOP 104 CPH de la DRHIL ;
- Un CRPA pour les pensions de famille ;
- Un CRPA pour le centre maternel

L'imbrication d'un CHRS, d'un CPH et d'une résidence sociale dans les locaux de la rue des Frères Flavien devrait entraîner un CRP unique qui aurait en produits les fractions des BOP concernés.

Encore une fois, il faudrait passer de plusieurs dizaines de budgets à moins d'une douzaine de CRPA de l'EPRD pour respecter les engagements en matière de choc de simplification et de mutualisation.

Le CRPP siège social de la FAS

<ul style="list-style-type: none"> ■ <u> GROUPE 1 </u> Dépenses afférentes à l'exploitation courante ■ <u> GROUPE 2 </u> Dépenses afférentes au personnel ■ <u> GROUPE 3 </u> Dépenses afférentes à la structure 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>comptes 7556; siège social du gestionnaire</u> Quoteparts des CRPA du CPOM DRIHLien Quotepart (taux en %) des ESSM et des structures hors CPOM DRIHLien ■ Autres produits relatifs à l'exploitation ■ Produits financiers ■ produits exceptionnels (chapitre 77) et produits non encaissables (chapitres 78 et 79)
---	---

CRPA « Frères Flavien » de la FAS

<ul style="list-style-type: none"> ■ <u> GROUPE 1 </u> Dépenses afférentes à l'exploitation courante ■ <u> GROUPE 2 </u> Dépenses afférentes au personnel ■ <u> GROUPE 3 </u> Dépenses afférentes à la structure dont comptes 6556: frais de siège du gestionnaire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u> GROUPE 1 </u> Produits de la tarification du BOP 177 et du BOP 104 ■ <u> GROUPE 2 </u> Autres produits relatifs à l'exploitation dont pensions de famille ■ <u> GROUPE 3 </u> Produits financiers, exceptionnels et produits non encaissables
--	---

Autres CRPA du CPOM DRIHLien de la FAS

<ul style="list-style-type: none">■ <u>GRUPE 1</u> Dépenses afférentes à l'exploitation courante■ <u>GRUPE 2</u> Dépenses afférentes au personnel■ <u>GRUPE 3</u> Dépenses afférentes à la structure dont comptes 6556: frais de siège du gestionnaire	<ul style="list-style-type: none">■ <u>GRUPE 1</u> Produits de la tarification des BOP 177 et 104■ <u>GRUPE 2</u> Autres produits relatifs à l'exploitation dont pensions de famille■ <u>GRUPE 3</u> Produits financiers, exceptionnels et produits non encaissables
---	--

Il s'agit d'éviter que l'EPRD synthétique du CPOM ait trop de CRPA. L'EPRD synthétique peut être transmis à toutes les personnes concernées (directeurs de « pôles » et de structures, divers échelons administratifs) avec les CRP détaillés pour les seules personnes intéressées.

EPRD SYNTHETIQUE			
COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL PRINCIPAL			
	CHARGES	PRODUITS	
Groupe 1 : Charges afférentes à l'exploitation courante			Groupe 1 : Produits de la tarification et assimilés
Groupe 2 : Charges afférentes au personnel			Groupe 2 : Autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : Charges afférentes à la structure			Groupe 3 : Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
TOTAL DES CHARGES			TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)			RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL			TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL
COMPTE(S) DE RESULTAT PREVISIONNEL(S) ANNEXE(S)			
	CHARGES	PRODUITS	
Groupe 1 : Charges afférentes à l'exploitation courante			Groupe 1 : Produits de la tarification et assimilés
Groupe 2 : Charges afférentes au personnel			Groupe 2 : Autres produits relatifs à l'exploitation
Groupe 3 : Charges afférentes à la structure			Groupe 3 : Produits financiers, produits exceptionnels et produits non encaissables
TOTAL DES CHARGES			TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)			RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL			TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL
Tableau de détermination la CAF			
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT) *			RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT) *
Valeur comptable des éléments d'actif cédés			Produits des cessions d'éléments d'actif
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions			Quote part des subventions virée au résultat
			Reprise sur dépréciations et provisions
SOUS-TOTAL 1			SOUS-TOTAL 2
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT (si 1-2>0)			INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT (si 1-2<0)
TABLEAU DE FINANCEMENT PREVISIONNEL			
INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT PREVISIONNELLE			CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT PREVISIONNELLE
Remboursement des dettes financières			Emprunts
Immobilisations			Dotations et subventions
Autres emplois			Autres ressources
TOTAL DES EMPLOIS			TOTAL DES RESSOURCES
APPORT AU FONDS DE ROULEMENT			PRELEVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT
TOTAL EQUILIBRE DU TABLEAU DE FINANCEMENT			TOTAL EQUILIBRE DU TABLEAU DE FINANCEMENT
FONDS DE ROULEMENT PREVISIONNEL			
Fonds de roulement estimé au 1er janvier			
Variation du fonds de roulement : Apport ou (Prélèvement)			
Fonds de roulement prévisionnel au 31 décembre			
Besoin en fonds de roulement estimé au 1er janvier			
variation du besoin en fonds de roulement			
Besoin en fonds de roulement prévisionnel au 31 décembre			
TRESORERIE estimé au 1er janvier			
Variation de la trésorerie			
TRESORERIE prévisionnelle au 31 décembre			
LIQUIDITES			

13-4. L'EPRD du Samu Social de Paris (SSP)

L'EPRD du SSP ne reprend pas le modèle de l'EPRD sanitaire ou de l'EPRD médico-social fixé par arrêté du 27 décembre 2017.

L'EPRD du SSP enchaîne des sections d'imputation des dépenses relevant de la comptabilité analytique et des structures sociales et médico-sociales dont des ESSMS du CASF.

Des services directs aux publics vulnérables, des services communs sur les fonctions supports, des services transversaux sur des sites distincts sont pris en compte concomitamment dans cet EPRD

Dans une logique analytique, les charges totales sont présentées en distinguant :

- Les frais hébergés / usagers ;
- Les dépenses médicales et de pharmacie ;
- Les dépenses de logistiques dont :
 - o Le parc automobile
 - o Ménage / entretien / transports
 - o Transport / déménagement
 - o Affranchissement / coursier
- Les dépenses de structure :
 - o Travaux (fluides, fournitures, maintenance-entretien) ;
 - o Loyers, charges locatives, gardiennage ;
- Les dépenses informatiques ;
- Les dépenses afférentes au personnel hors masse salariale et intérim ;
 - o Repas ;
 - o Uniformes ;
 - o Sous-traitance de fiches de paie ;
 - o Frais de recrutement ;
 - o Formation professionnelle externe.
- Le fonctionnement administratif dont les traductions et les assurances hors flotte de véhicules
- Les dépenses hôtelières ;
- La masse salariale ;
- Les dotations aux amortissements et provisions nettes de reprises.

Les recettes d'exploitation distinguent les subventions par financeurs (DRIHL, DASES, ARS, CPAM, AP-HP) et par BOP et subventions :

DRIHL

- Les nuitées Etat ;
 - o BOP 177 75
 - o BOP 177 77
 - o BOP 177 93
 - o BOP 303 75

- BOP 303 93 ;
- Les subventions de fonctionnement;
 - BOP 177 75
 - Espace Solidarité Insertion (ESI) 75
 - pension de famille 75
 - BOP 303 75
 - BOP 93
 - BOP régional
 - BOP 77
 - BOP 304 75

DASES

- Les nuitées Ville;
 - hébergement PCH
 - DDP
 - protocole Ville
- Les subventions de fonctionnement;
 - Espace Solidarité Insertion (ESI) 75
 - Equipe mobile de lutte contre la tuberculose
 - activités Samu Social de Paris
 - prise en charge hôtelière des familles au titre de l'ASE

Nuitées ville de Saint-Denis

ARS

- Equipe mobile de lutte contre la tuberculose
- Lits Halte Soins Santé (LHSS)
- Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)

CPAM

- Fonctionnement activités médicales et infirmiers Samu Social de Paris

AP-HP

- Fonctionnement activités du Samu Social de Paris

L'EPRD présente les « pôles » suivants :

- Le pôle médical et de soins comprenant :
 - Equipe mobile de lutte contre la tuberculose ;

- Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) au nombre de 5. Ils sont financés sur la base du tarif national de 111,6€ / lit / jour alors que le prix de revient de ces LHSS du Samu Social de Paris est de 112,60€ avec des écarts entre les 5 structures de moins de 100€ à 147,30€
- Les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) financés sur la base du tarif nationale de 196,80€ / lit / jour alors que le prix de revient de ces LAM pour le Samu Social de Paris est de 181,10€
- Le pôle régulation
 - 115 / SIAO ;
 - Equipes mobiles d'aide (maraudes) ;
 - Equipe mobile famille.
- Le pôle hébergement ;
 - Les quatre CHU pour 55,30€ / jour / lit (39€ pour le CHU familles à 62,50€) ;
 - Espace Solidarité Insertion (ESI) financé à 50% par la DRIHL et 50% par la DASES et les investissements par la RATP ;
 - La pension de famille sur la base du tarif national de 16€ /jour / personne.
- Le pôle hébergement et réservation hôtelière (PHRH, PCH Ville, BEEP)
- L'observatoire

A ces pôles de prestations directes aux publics vulnérables du Samu Social de Paris s'ajoute les « pôles transversaux » suivants :

- Site Saint Michel ;
- Site Jean Rostand ;
- Site Ivry ;
- Le parc bureautique;
- La flotte camions ;

Et les services communs :

- Mécénat ;
- NBE ;
- Communication ;
- Direction des travaux ;
- DSI ;
- Service logistique ;
- Chauffeurs / accompagnateurs ;
- DG / SG ;
- DAF ;

- DRH ;
- Formation ;
- Syndicats (SUD, CGT, CFDT)
- IRP

Un EPRD sur le modèle médico-social retiendrait comme CRPP les services communs à tout le SSP.

Ce CRPP serait financé par des quotes-parts prélevées sur les CRPA.

Ces CRPA seraient :

1. les services communs exclusivement destinés à certains « pôles » et ESSMS eux aussi financés par des quotes-parts sur les CRPA concernés ;
2. les nuitées hôtelières financées par BOP les 177 et 303 et la DASES
3. les LHSS et LAM relevant de l'ONDAM « publics spécifiques » de l'ARS ;
4. l'équipe mobile de lutte contre la tuberculose cofinancée par l'ARS et la DASES
5. le pôle hébergement
6. le pôle de régulation

14. Sur la gouvernance dans le cadre des CPOM

Les CPOM dans le secteur social et médico-social entraînent une nouvelle gouvernance pour les organismes gestionnaires et les autorités administratives parties prenantes.

Les CPOM nous font passer d'un régime de tutelle à un régime contractuel. Ils permettent un pouvoir renouvelé pour les administrateurs des organismes gestionnaires qui vont mieux être en position de définir les objectifs stratégiques et fixer des orientations politiques. Les pouvoirs publics vont pouvoir se réorienter sur leurs missions et leur cœur de métier, à savoir, le pilotage des objectifs sociaux et médico-sociaux, l'animation territoriale, le contrôle d'efficacité et l'évaluation des pratiques.

Il ne s'agit pas uniquement d'une mutation dans les domaines administratifs et financiers mais d'un bouleversement des cultures professionnelles.

En effet, les directeurs d'ESSMS doivent rompre avec un comportement autocentré : « moi, ma vie, mon œuvre, mon établissement et mon inspecteur DDASS » tandis que l'inspecteur doit sortir du « moi, mes établissements, mes directeurs ». Le syndrome de l'irréductible « village gaulois » devra être dépassé...

Les organismes gestionnaires adoptent une organisation matricielle autour de leur siège social et de leur direction générale avec des directeurs sur des pôles, des directeurs sur des territoires, des directions métiers, une direction financière, une DRH, un contrôle de gestion...

Les administrations vont voir les tâches de tarification se réduire à la portion congrue : actualisation des dotations globales selon la formule prévue dans le CPOM et tarification à la ressource sur la base d'ENC... Aussi, cette fonction ainsi que la mission « contrôle-inspection » peuvent être exercées au niveau régional.

Les unités territoriales et les directions départementales sont dans les montages de projets et l'ingénierie sociale qui sont pris en compte dans les objectifs stratégiques des CPOM. Leur présence est essentielle dans les dialogues de gestion et de performance des CPOM, le développement social territorial et l'animation.

En matière de gouvernance des CPOM dans le secteur « AHI » comme dans le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées, tout dépendra de la conception de l'EPRD qui sera retenue puisqu'il y a deux conceptions de l'EPRD.

Deux conceptions très différentes de l'EPRD

L'EPRD n'est pas qu'un simple outil technique neutre et un simple outil financier d'un ou de plusieurs CPOM. S'il peut y avoir des EPRD sans CPOM, il peut y avoir un EPRD commun à plusieurs CPOM formellement distincts.

C'est un outil stratégique en matière de gouvernance par l'organisme gestionnaire et en matière de pilotage des politiques publiques par les autorités administratives au travers du choix du CRPP (siège social ou non), du regroupement d'entités trop nombreuses et balkanisées dans quelques CRPA « territoriaux » et « par filières de parcours », la création de services communs favorisant la mutualisation, la coopération et la coordination.

Les textes réglementaires sur l'EPRD laissent ouverts deux conceptions de l'EPRD mais cependant privilégie la conception la plus conservatrice et la plus corporatiste.

L'EPRD conservant l'ancien

Ce modèle d'EPRD oblige à retenir comme compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) l'établissement historique le plan ancien et comme compte de résultat prévisionnel annexe (CRPA) chacun des ESSMS avec un numéro FINESS. Aussi dans le secteur du handicap, une ADAPEI ou une APAJH pourraient donc avoir plusieurs dizaines de CRP.

Nous avons vu que dans le secteur « AHI » en Ile de France, cela pourrait entraîner un EPRD avec une à deux centaines de CRP si l'on multiplie les entités budgétaires sur chaque BOP régionaux et départementaux, les DRL et les divers fonds nationaux...

il ne faut pas, en multipliant les CRP, prétendre à ce que l'EPRD remplace la comptabilité analytique, qui reste par ailleurs nécessaire au contrôle de gestion interne pour comprendre les coûts et repérer les gains de productivité...

Cet EPRD refuse que le siège social agréé soit le CRPP lorsque la grande majorité des ESSMS sont sous CPOM.

Cet EPRD refuse d'inclure dans un ou des CRP, les « services communs » à créer pour permettre de réaliser les objectifs de mutualisation du CPOM, et préfère donner une nouvelle vie aux tableaux de répartition des charges communes et aux tableaux des mouvements des comptes de liaison que l'EPRD devait rendre inutiles.

Les décisions budgétaires modificatives en cours d'année entre CRP de l'EPRD sont soumises à l'accord explicite ou tacite des financeurs en contradiction avec les discours sur la responsabilisation des gestionnaires et au risque de voir les oppositionnels aux objectifs de mutualisation et de recomposition de l'offre du CPOM, instrumentaliser lors de ces occasions des remises en cause d'objectifs et de fragiliser la gouvernance du CPOM.

En matière de décisions budgétaires modificatives entre CRP de l'EPRD, les nouveaux articles R.314-43-1 et R.314-230 créés par le décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 sont en recul par rapport aux circulaires et préconisations de la DGAS en 2007.

L'EPRD permettant au nouveau de naître et de prospérer

Cet EPRD permet au siège social agréé d'être le CRPP.

Cet EPRD permet le regroupement d'ESSMS dans un même CRP, compte tenu de modes similaires de prises en charge des publics accueillis, de leurs sources de financement ou de leur proximité territoriale...

Cet EPRD permet la création de « services communs » mutualisant des moyens financés par des quotes-parts de services gérés en commun (compte 755) prélevés sur les autres CRP (comptes 655) sans passer par des tableaux de répartition des charges communes et en rendant inutile le tableau des mouvements des comptes de liaison. Ces « services communs » peuvent aussi réceptionner les financements complémentaires du FIR de l'ARS ou ceux de la conférence départementale des financeurs.

Alors que des politiques publiques encouragent des dispositifs comme les « pôles de compétences et de prestations externalisées » (PCTE) pour mettre en œuvre les propositions du rapport de Denis PIVETEAU « Zéro sans solution » et de la mission « Desaulé », et les plateformes territoriales d'appui (PTA) voulues par la loi réformant notre système de santé pour mieux assurer la continuité des parcours des « cas complexes », un type d'EPRD peut rendre difficile, voire impossible le fonctionnement de ces dispositifs.

Cependant le nouvel article R.314-217 permet de négocier la création de CRP « services communs ».

Le tableau de répartition des charges communes n'est pas la solution mais le problème. En effet, ces dispositifs nécessitent de la souplesse et de la réactivité. Il est impossible et contre-productif de geler en amont dans des clefs de répartition des bouts de poste sur des ESSMS avec le risque de rigidifier les interventions et de laisser des angles morts. Il vaut mieux dans le cadre d'un « service commun » avec son CRP, les répartir en aval avec des quotes-parts. Par exemple, des infirmières de nuit commune à plusieurs EHPAD, voire d'autres ESSMS, doivent-elle être pré-affectées avec des fractions d'ETP entre EHPAD, SSIAD et autres ESSMS, ou relever d'un service commun afin d'intervenir de façon différenciée et modulable dans le temps et dans l'espace...

L'EPRD est l'outil financier pour sortir de la fausse alternative entre le « tout domicile » et le « tout établissement », au profit de plateformes de services coopératives territorialisées. Un type d'EPRD peut les faciliter, un autre les rendre impossible.

L'EPRD n'est pas qu'un outil technique, c'est aussi un outil politique qui peut ossifier une offre balkanisée ou faciliter son adaptation et sa transformation.

La question est bien de savoir si l'EPRD est un outil au service des politiques publiques affichées (mutualisation, coopération, plateforme de services) ou s'il va restreindre, voire empêcher, le plein déploiement de ces politiques.

Il y a bien un EPRD qui s'inscrit dans le nouveau paradigme des plateformes de services permettant des parcours et accepte d'accueillir dans un CRP des activités complémentaires ou connexes comme dans le secteur « AHI » les résidences sociales ou les pensions de famille, et dans le secteur de personnes en situation de handicap les dispositifs d'emplois accompagnés. Et, un EPRD qui ne voudra voir que les ESSMS « historiques » de la nomenclature FINESS.

Le choix d'un type d'EPRD ne relève pas de querelles microcholines et byzantines. En la matière, selon le proverbe russe : « Une cuillère de goudron peut gâcher le baril de miel ».

Le refus de créer dans le plan comptable des ESSMS, les comptes 655-2 et 755-2 : quotes-parts de résultat des services communs du CPOM, ajoute « une cuillère de goudron », même si l'on peut par défaut utiliser à cet effet les comptes 655-9 et 755-9.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 reconnaît mieux l'articulation entre siège social agréé et CPOM. Le décret d'application devrait d'une part, modifier l'article R.314-215 pour permettre au siège social d'être le CRPP d'un CPOM et d'autre part, reprendre les dispositions du projet de décret de 2010 sur le libre prélèvement des quotes-parts de frais de siège dans les CRP des CPOM dans la limite de la dotation globalisée commune et sachant que des prélèvements excessifs ou injustifiés relèvent des reversements prévus à l'article L.313-14-2 du CASF.

CPOM et EPRD se doivent de bouleverser les cultures professionnelles dans les organismes gestionnaires et les administrations en remettant en cause les corporatismes et les conservatismes, en particulier celui des directeurs d'établissement et des tarificateurs.

Les dispositifs « AHI » et « inclusion sociale » sont co-construits par les organismes gestionnaires et les administrations déconcentrées compétentes.

Pour l'accueil des migrants, il y a une émulation réciproque. Les organismes gestionnaires comme les administrations proposent de mobiliser leur immobilier « dormant » : établissements sanitaires ou médico-sociaux fermés, gendarmeries fermées, terrains et désertes pouvant accueillir des structures modulaires démontables...

Cet immobilier « dormant » est parfois sorti d'un long sommeil que l'on croyait définitif. Il permet aussi la réutilisation d'un patrimoine pendant quelques années dans l'attente d'une cession ou d'une nouvelle affectation définitive. Un gestionnaire propose ses locaux « dormants », en trouve de nouveaux ou accepte de prendre en gestion des locaux trouvés par l'administration.

L'implication des unités territoriales et des directions départementales dans la co-construction des réponses et le montage des projets rend difficile l'exercice par ces dernières du contrôle financier qui devrait relever de la mission « inspection contrôle » au niveau régional.

Au niveau central, une cohérence est à rechercher entre DGCS, DIHAL, DGEF afin d'éviter des instructions divergences en matière notamment de paramètres financiers et de référentiels des coûts sur des fonctions, des missions et des prestations similaires entre CHRS et CADA, CHU et HUDA...

Force est de constater que la législation et réglementation sur les ESSMS sont produites sans prendre en compte le secteur « AHI ». Aussi, les établissements du secteur « AHI » sont oubliés (plus oubliés que volontairement exclus) comme l'a montré l'écrasement du premier alinéa de l'article L.313-12-2 du CASF initialement centré sur le seul secteur « AHI » au profit du seul secteur du handicap, et l'oubli de la référence aux schémas et plans du secteur « AHI » dans la demande de recomposition de l'offre par les autorités administratives compétentes en matière d'autorisation.

A l'inverse, selon le positionnement dans le CASF d'articles dans les parties communes aux ESSMS, le secteur « AHI » s'en trouve (heureusement ou non) impacté sans que cela ait été réellement voulu (article L.313-14-2 par exemple)...

L'actuelle gouvernance devrait être remise en cause avec le renforcement des métropoles dans l'organisation territoriale de notre République. La compétence « AHI », en dehors de la question sociale des migrants, a été transférée par l'Etat à la métropole de Lyon au 1^{er} janvier 2016. Des transferts ou des délégations de cette compétence sont prévus au bénéfice des autres métropoles, et ce, de façon obligatoire au 1^{er} janvier 2017 pour la métropole de Marseille. Une loi redéfinissant les compétences de la métropole du Grand Paris est en cours d'examen par le Parlement et des amendements ont prévu d'accroître le nombre des métropoles qui passerait à 28.

Au niveau central de l'Etat, les volontés d'autonomiser la question des migrants en sortant les CADA et HUDA du CASF au profit du seul CESEDA et en finançant les CAO sur le BOP 303 et non plus le BOP 177, sont fortes afin de constituer un bloc de compétence homogène, d'une part financièrement et, d'autre part, avec les mêmes conditions administratives de fonctionnement, surtout si on y intègre les centres de rétention administrative.

Le CASF avec ses droits des usagers, son droit de l'autorisation pourtant largement contourner par le renouveau du régime déclaratif, son droit de la tarification est remis en cause, d'où le souhait d'en sortir complètement.

La DGEF assume pleinement d'avoir initié une commande publique pour l'accueil des migrants de la « jungle » de Calais (Cf. Infra. 3), alors que la Ministre Emmanuelle Cosse, en réponse aux fédérations du secteur « AHI », évoque une procédure exceptionnelle compte de l'urgence de la situation.

Des partenaires du secteur « AHI » ont répondu à l'appel à la mobilisation pour l'accueil des migrants en ouvrant des structures nouvelles à leur intention. Ils l'ont fait en s'appuyant sur leur expérience et leur savoir-faire acquis auprès des autres publics vulnérables et ne souhaitent pas d'une part, autonomiser totalement la question des migrants et, d'autre part, abandonner des publics au profit d'autres. Le CPOM commun permet d'éviter ces écueils et ces choix cornéliens.

15. Propositions

Ces propositions s'inscrivent dans l'indispensable « choc de simplification » dans les domaines administratifs et financiers au bénéfice autant des autorités administratives que des partenaires gestionnaires.

La diversité des modes de financement et la multiplicité des conventions financières et des entités budgétaires alourdissent les tâches d'administration générale et de gestion des autorités administratives et des organismes gestionnaires. Aussi, l'unification des règles financières, financières et comptables de toutes les structures du secteur « AHI » s'impose

Le secteur de l'inclusion sociale ne doit pas voir ces outils et ses méthodes se distancier d'avec ceux du secteur sanitaire et médico-social. Et ce, d'autant plus que certains des importants opérateurs dans ce secteur le sont aussi dans d'autres secteurs du sanitaire et du médico-social.

Pourtant, force est de constater la dérive du sous-continent « cohésion sociale » par rapport au continent « ARS »

La mobilité professionnelle des cadres des organismes gestionnaires et des administrations (DRJSCS, DRILH, ARS) ne pourra plus être effective si les outils et pratiques professionnelles entre le sanitaire, le médico-social et le social se distancient et à terme s'ignorent...

Sur ces questions le directeur général d'une association exprime le sentiment des cadres associatifs salariés et administrateurs bénévoles rencontrés à l'occasion de cette mission ;

« La simplification administrative est une impérieuse nécessité pour le secteur. La densification permanente des règles juridiques, techniques et documentaires est une contrainte de fonctionnement majeure. Elle est aujourd'hui beaucoup plus une zone de risque (louper une règle ou une échéance) qu'une garantie de bonne gestion.

Un point essentiel est également la simplification et la traduction des documents normatifs à l'appui de la réglementation. Le nombre de documents ou d'annexes à présenter à l'appui des comptes dans beaucoup de dispositifs explose. Nous avons même maintenant la contrainte d'envoyer les documents papiers et dématérialisés (double peine). Certains financeurs nous font également faire parfois un travail supplémentaire en remplissant des documents maison.

La simplification des documents à présenter et à compléter est à mon sens un corolaire indispensable. Le risque étant que malgré une simplification sous forme de CPOM, les financeurs densifient encore le contrôle artificiel par une production de documents encore plus importante. Un des derniers éléments est que la multiplication des documents financiers pousse tous les acteurs à n'avoir qu'une logique économique court terme (comptes équilibrés ou pas) et pas une logique Investissement/Projet (cout/efficience).

Je rappelle qu'un opérateur privé « normal » peut présenter des comptes de résultats déficitaires dans une logique d'investissement sans pour autant remettre en cause la santé globale de sa maison.

De manière générale, le traitement comptable actuel évacue le point essentiel de bonne ou mauvaise santé d'un établissement qui est à mon sens la gestion de la trésorerie et la capacité d'autofinancement ou équivalent. Le traitement comptable est un traitement de contrôle, le traitement financier est une logique de santé économique. L'impact direct est que l'appréciation unique des comptes de résultats fausse totalement la santé réelle des gestionnaires avec les conséquences que l'on connaît une fois que le financeur a siphonné la trésorerie d'un opérateur (notamment par le biais des jeux d'amortissement). La très bonne nouvelle sur le CICE associatif risque d'être dévoyée par les financeurs publics locaux qui vont « reprendre » ces marges de manœuvre pour faire des économies dans leurs comptes. Les entreprises ont pu retrouver un peu de marge financière grâce au CICE, je crains que les associations les plus en difficulté, les conseils départementaux ne leur laissent que peu de choix.

La contrainte d'autorisation ou de refus d'une dépense ou d'une recette dans le budget maintient les gestionnaires dans une logique tutélaire alors qu'elle ne répond souvent à aucune analyse économique ou technique mais la plupart du temps à une appréciation personnelle ou collective (c'est bien ou c'est mal).

Un élément important à mon sens dans cette simplification est de définir clairement les modalités de contrôle des actions et budgets engagés.

Je n'ai jamais compris (hors l'enjeu de pouvoir) l'intérêt pour un financeur de se prononcer sur la ventilation des dépenses et recettes ou l'affectation des résultats. L'association est un gestionnaire privé qui ne devrait pas à avoir de contrôles administratifs. Ces logiques de contrôle n'ont de sens qu'en cas de dérive de fonctionnement ou de budget

[...]La logique de parcours est essentielle à l'amélioration de l'efficacité des opérateurs auprès des publics. Le rapport coûts/résultats (même si il est parfois difficile à rationaliser) au profit des bénéficiaires doit autoriser le gestionnaire à caler le modèle de financement sur la logique de prise en charge du bénéficiaire.

[...] Double bénéfice : maintien des effets d'échelle nécessaires aux opérateurs et poursuite de la logique de consolidation des acteurs (modèle coopératif ou rapprochement/fusion) mais avec une différence essentielle pour moi : l'amélioration de l'efficacité auprès des publics (sortie vers l'emploi, trouver un logement, mieux se soigner etc...) ce que les modèles des 20 dernières années n'arrivent à plus produire. ».

Un choc de simplifications administratives et financières s'impose bien pour recentrer tous les partenaires sur les prises en charge et les accompagnements dans les parcours résidentiels dans le cadre des parcours d'insertion.

15.1. Mesures législatives

A) Faut-il rétablir l'obligation de conclure des CPOM dans le secteur « AHI » « inclusion sociale » ?

Comme cela a été précisé (Cf. supra au 6), le premier alinéa de l'article L.312-12-2 du CASF dans sa rédaction de la loi « HPST » prévoyait une obligation de conclure des CPOM pour les ESSMS relevant de la compétence des DRJSCS (DRHIL en Ile de France). Si les CADA n'étaient pas intégrés dans cette obligation, l'article L.348-4 du CASF leur permet de conclure un CPOM.

Alors que d'ici 2022, tous les ESSMS relevant de la compétence exclusive ou conjointe des ARS doivent conclure un CPOM départemental, pluri départemental, voire régional¹⁹, avec les organismes publics ou privés gestionnaires ; faut-il rétablir cette obligation dans le secteur « AHI » et plus généralement dans le secteur de l'inclusion sociale ?

De tels CPOM doivent pouvoir inclure les structures d'accueil relevant du régime déclaratif, voire les résidences sociales du CCH.

Le CPOM dans le secteur « AHI » permet de réaliser pratiquement le régime unique prévu par la loi ALUR.

Le CPOM évite la mise en concurrence des différents dispositifs et publics cibles entre eux.

Des CPOM communs sur les BOP 104, 177, 303 obligerait les différentes administrations centrales à mettre en cohérence leurs paramètres tarifaires et financiers et, à défaut, l'EPRD unique avec sa CAF unique éviterait d'en faire subir les conséquences aux gestionnaires.

Dans le cadre d'une logique de parcours, à côté d'un équipement en CHRS, CPH et CADA relevant du régime de l'autorisation pour 15 ans, il y a des structures d'accueil du régime déclaratif (CHU, HUDA) dont certaines sont permanentes et d'autres « récurrentes » (dispositif hivernal). La notion du dispositif à la temporalité variable sur une année et modulable en capacités et en lieux d'implantation devrait être reconnue comme cela est le cas dans le secteur médico-social des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Rappelons que le nouvel article L.313-14-2 du CASF (Cf. supra : 2.2.) permet de traiter de la même façon les résultats des établissements autorisés pour 15 ans et ceux des structures d'accueil du régime déclaratif, ce qui doit faciliter la conclusion des CPOM avec un seul EPRD.

Les gestionnaires d'un seul établissement ne devraient pas être soumis à cette obligation comme le prévoyait la loi « HPST », mais il ne faut pas renvoyer les seuils de non obligation à un arrêté ou à un décret mais les inscrire directement dans la loi pour éviter

¹⁹ Les nouvelles régions XXL peuvent rendre difficiles et peu pertinents des CPOM avec des ESSMS relevant d'un même gestionnaires mais distants de plusieurs dizaines de kilomètres.

le « non épuisement de compétence réglementaire » constaté précédemment de 2009 à 2015.

Rappelons que les CHRS sont aujourd'hui dans l'obligation de conclure avec l'Etat une convention d'aide sociale par CHRS en application des articles L.345-3 et R.345-1 du CASF, tandis que les structures d'accueil du régime déclaratif relèvent de multiples conventions financières. En application de l'article L.349-4 du CASF, les CPH doivent conclure avec l'Etat une convention ou un CPOM. En application de l'article L.348-4 du CASF, les CADA doivent aussi conclure avec l'Etat une convention ou un CPOM.

Aussi, un seul CPOM se substituant à toutes ces différentes conventions constituera une mesure de simplification.

Comme le prévoyait les conventions d'aide sociale, le CPOM doit préciser les modalités de concours au service d'accueil et d'orientation défini à l'article L.345-2-4 du CASF et au dispositif de veille sociale de l'article L.345-2.

Il est inséré dans le code de l'action sociale et des familles, un article L.312-12-3 ainsi rédigé :

« *article L.312-12-3*

Le Préfet de Région conclut des CPOM prévus à l'article L.313-11 avec les organismes gestionnaires des établissements et services sociaux mentionnés aux 8° et 13° du I de l'article L.312-1 et des structures d'accueil relevant de l'article L.322-1 qui dépassent sur la région et pour les établissements susvisés deux fois les critères de l'article L.612-1 du code du commerce.

Lorsque l'organisme gestionnaire gère aussi des établissements et services relevant du 9° du I de l'article L.312-1, le CPOM est aussi conclu avec le directeur général de l'ARS.

[l'article R.612-1 du code du commerce d'application de cet article L.612-1 fixe les seuils à 50 CDI, 3.100.000€ de chiffre d'affaires et 1.550.000€ de bilan, à ne pas confondre avec le seuil de 153.000€ de subventions de l'article D.612-5 en application de l'article L.612-4 du code du commerce.]

Insérer dans la première ligne du dernier alinéa du VI de l'article L.314-7 du CASF, la référence à ce nouvel article L.313-12-3.

Les articles L.345-3, R345-1 et R.345-1-1 seraient en conséquence abrogés.

Le quatrième alinéa du IV ter de l'article L.313-12 prévoit qu'un gestionnaire d'EHPAD désormais soumis à l'obligation de conclure un CPOM pourra inclure dans ce CPOM les autres établissements et services sociaux et médico-sociaux dont les CHRS. Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS) des grandes villes, des agglomérations et des métropoles gèrent des EHPAD, des CHRS et des CHU. Ces CCAS-

CIAS auront intérêt à avoir un CPOM unique avec un seul EPRD puisque la comptabilité publique ne permet pas d'avoir des budgets annexes à des budgets annexes.

Un CPOM commun avec un seul EPRD sur les BOP 104, 177 et 303 peut conforter les différents dispositifs en les articulant et en permettant leurs adaptations réciproques de façon négociée et programmée, au lieu de les laisser se « vampiriser », voire, se « cannibaliser »...

Certains partenaires craignent (d'autres n'hésitent pas à déjà le dénoncer) une concurrence entre les dispositifs pour les migrants et les dispositifs pour les publics plus traditionnels « AHI », un public risquant de chasser l'autre ; le CPOM commun permettrait d'organiser les coopérations.

Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 rend obligatoire dans le secteur du handicap des CPOM tripartites (ARS, Conseil départemental et organisme gestionnaire). Par parallélisme, des CPOM tripartites (ARS, DRJSCS/DRILH, organisme gestionnaire) dans le secteur « AHI » et inclusion sociale » pourraient aussi devenir obligatoires, voire quadripartite, si l'organisme gère sous l'égide du conseil départemental des centres et hôtels maternels, voire des actions relevant du FSL ou des MASP.

Le CPOM tripartite (DRJSCE/DRILH, ARS, organisme gestionnaire) permettrait d'y intégrer le dispositif « un chez soi d'abord » pour les handicapés psychiques auquel participe des gestionnaires du secteur « AHI ». Ce dispositif est aujourd'hui financé par l'ARS sur son FIR et il devrait connaître dans les prochaines années un fort développement comme le préconise le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade d'octobre 2016. En effet, ce dispositif pour les handicapés psychiques (le handicap psychique a été reconnu par la loi de février 2005) permet d'éviter l'accueil en CHRS des sortants de structures psychiatriques. Les personnes errantes suivies par les maraudes des Samu sociaux ont de lourdes problématiques psychiatriques. Dans les pensions de familles 40% des résidents sont déjà bénéficiaires de l'AAH.

Le CPOM quadripartite ou tripartite (conseil départemental, DRJSCS/DRILH, organisme gestionnaire) permettrait d'y intégrer les centres et hôtels maternels relevant de la compétence du conseil départemental. Ces centres et hôtels maternels ne sont pas acquisitifs d'un domicile de secours (cette question du domicile de secours n'a aucun intérêt et surtout pas d'enjeux dans les CHRS et autres structures financées à 100% par l'Etat) mais cette problématique est peu présente dans ces structures à la différence de celles relevant de l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées et des adultes handicapés. Leur financement peut donc prendre la forme d'un prix de journée globalisé en application de l'article R.314-115 du CASF, ce qui devrait faciliter leur intégration dans le CPOM et son EPRD.

Le transfert aux métropoles du secteur « AHI » (c'est fait pour la métropole de Lyon et cela devrait être effectif au 1^{er} janvier 2017 pour la métropole de Marseille) devrait réinterroger les périmètres des CPOM selon que le transfert ou la délégation de compétences exclut ou intègre la question des migrants, le dispositif « un chez soi d'abord » et les structures du 9^o du I de l'article L.312-1 du CASF...

B) les foyers de jeunes travailleurs (FJT)

Ils relèvent concomitamment du 10° du I de l'article L.312-1 du CASF et de la législation sur les résidences sociales du CCH. Ils accueillent plus de jeunes en insertion que de jeunes travailleurs en CDI, mais dont le lieu de travail est éloigné du domicile familial.

En matière de droits des usagers et d'évaluation, ils relèvent du CASF.

Ils ne font pas l'objet d'une tarification administrée, le financement des postes FONJEP n'en relevant pas.

Il n'a pas été précisé, en matière de planification si les FJT relevait d'un des schémas du CASF (à priori celui de la protection de l'enfance-famille).

Il conviendrait qu'une disposition législative les fasse relever du plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PLALHPD).

15.2. Mesures réglementaires

- **Moderniser la rédaction des articles R.322-1 à R.322-7 du CASF (ancien décret n°72-990 du 23 octobre 1972) sur les structures d'accueil pour adultes relevant du régime déclaratif**

Ce décret de 1972 n'est plus adapté. Son maintien en l'Etat se justifiait tant qu'il était envisagé de supprimer en application de l'article 34 de la loi du 30 juin 1975 le régime déclaratif. Aujourd'hui, cette résorption-suppression du régime déclaratif n'est plus envisagée (abrogation de l'article 34 de la loi de 1975 dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015), l'accueil des migrants entraîne même un renouveau de ce régime déclaratif.

A l'article R.322-1 et au 2° du II de l'article R.322-4 remplacer le mot : « réadaptation », par le mot : « inclusion » ;

Abroger les articles R.322-2, R.322-3 et le 2° et 6° du I de l'article R.322-4

Après l'article R.322-7 dans le chapitre III, il est inséré un article R.322-8 et R.322-9 ainsi rédigés :

« Article R.322-8

Les structures d'accueil visées aux articles R.321-1 et R.322-1 sont dirigées par un professionnel dans les conditions fixées aux articles D.312-176-5 à D.312-176-13.

Article R.322-9

Les structures d'accueil visées aux articles R.321-1 et R.322-1 peuvent être financées par des forfaits globaux fixés par arrêtés de l'autorité administrative compétente.

Dans le cadre d'un CPOM prévu à l'article L.313-11, les forfaits globaux sont pris en compte en application de l'article R.314-43-1 ».

Cette disposition réglementaire simple à faire et qui peut être rapidement prise, simplifierait radicalement, au bénéfice des gestionnaires et des administrations, le dispositif administratif et financier reposant sur de « vraies fausses » subventions qui sont désormais illégales au regard de la seule définition légale des subventions de la loi ESS alors que, comme nous l'avons vu (Cf. Supra. 12), les associations gestionnaires au niveau régional sont majoritairement financées par des « subventions ».

- **Article R.314-152**

Revoir à la hausse les seuils de déclenchement d'autonomisation des budgets devenant CRP dans l'EPRD pour éviter la démultiplication du nombre dans CRP dans l'EPRD du CPOM.

- **Article R.314-195**

Au 4^o remplacer, les mots: « *des subventions d'exploitation* » par les mots : « *des forfaits globaux* ».

- **CPOM et frais de siège social**

Le libre prélèvement des quotes-parts de frais de siège dans le cadre d'un CPOM avait été prévu dans un projet de décret de 2010 qui n'a pas été publié, et ce, dans la limite des dotations régionales limitatives et possibilité de rejeter les prélèvements excessifs et abusifs en application de la réglementation des ESSMS(Cf. supra 8).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 renforce les liens CPOM et frais de siège. Aussi, la réglementation sur l'EPRD, notamment l'article R.314-215, devra permettre plus clairement au siège social autorisé d'être le CRPP de l'EPRD lorsque la majorité du budget global de l'organisme gestionnaire relève d'un même CPOM.

Des services communs doivent aussi pouvoir être des CRPA de l'EPRD d'un CPOM.

Proposition de décret CPOM/EPRD/Frais de siège/services mutualisés

I- Après l'article R.314-87, il est inséré un article R.314-87-1 ainsi rédigé:

Article R.314-87-1 :

Si l'autorisation des frais de siège social est accordée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application du VI de l'article L.314-7 ; par dérogation au I de l'article R.314-92, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, dans le respect des dotations ou forfaits globalisés prévus au I de l'article R.314-43-1, fixe les modalités de répartition des quotes-parts de frais de siège social sur la durée dudit contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de l'autorisation dudit siège social.

Dans les établissements et services relevant d'un CPOM, les prélèvements des quotes-parts de frais de siège est libre. Les prélèvements excessifs ou injustifiés sont récupérés en application de l'article L.313-14-2.

II- L'article R.314-215 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

Lorsqu'en application du deuxième alinéa du VI de l'article L.314-7, le service social est autorisé dans le cadre d'un CPOM, le budget dudit siège social est alors le compte de résultat prévisionnel principal de l'EPRD de ce CPOM.

Les services communs à plusieurs établissements et services relevant d'un CPOM distincts du siège social font l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe.

- **Mettre fin au doublon CPOM conventions d'aide sociale**

Abroger les articles R.345-1 et R.345-1-1

- **Publication de l'arrêté relatif au référentiel national des coûts « AHI » en application de l'article R.314-33-1 et abrogation des arrêtés de juillet 2005 sur les IMSE dans les CHRS.**

Dans le cadre d'un CPOM, la convergence tarifaire se fait sur toutes les structures sous la responsabilité du gestionnaire, les « + » des uns pouvant compenser les « - » des autres. Les « sur » et « sous » dotations sont analysées globalement et non par structures et ESSMS...

- **Adoption de l'EPRD (Cf. supra 7)**

La DRHIL pour ses CPOM a adopté la position la plus simplificatrice comme cela était préconisé par le DGAS en 2007 ;

- Pas de transmission des propositions budgétaires des structures sous CPOM au 31 octobre de l'année précédant un exercice budgétaire ;
- Pas de transmission d'un EPRD après la notification de l'arrêté annuel de tarification (Certes l'arrêté fixant le modèle de l'EPRD n'avait pas été publié mais un EPRD DGAS-EHESP existe bien) ;
- Pas de transmission et d'approbation en cours d'année des décisions modificatives entre structures sous CPOM ce que ne permet plus la nouvelle rédaction de l'article R.314-43-1 issue du décret du 21 décembre 2016 ;
- Transmission uniquement des comptes administratifs des structures CPOM.

L'Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses (ERRD) dont le modèle a été fixé dans l'arrêté du 27 décembre 2016 devrait remplacer tous ces comptes administratifs, la plupart des comptes emplois-ressources (CER) des « subventions » et les documents annexés.

L'EPRD devrait aussi s'imposer notamment pour les gestionnaires intervenant aussi dans les autres secteurs soumis à l'obligation du CPOM. Il peut même y avoir plusieurs CPOM mais avec un seul EPRD comme le prévoit désormais l'article L.313-12 du CASF.

Transmission de l'EPRD synthétique avec tous les CRP à tous les financeurs concernés par le CPOM et transmission du CRP détaillé au seul financeur concerné.

Comme nous l'avons vu, le secteur « AHI » (Cf. Supra 10) passe dans une logique de « tarification à la ressource » avec pour les nouveaux CPH des tarifs « plafond ». Aussi, en application de l'article L.314-7-1 du CASF, il devrait adopter l'EPRD, avec ou sans CPOM ; dès la publication de ce dernier par arrêté d'ici fin 2016.

Outre l'adoption de l'EPRD, cet EPRD doit avoir un nombre réduit de CRP pour aller dans le sens du « choc de simplification ».

Le plus simple serait de retenir un CRP par BOP au niveau régional et par sources de financement.

Si nécessaire dédoubler le CRP par BOP entre les ESSMS relevant du régime de l'autorisation et ceux relevant du régime déclaratif.

Des logiques institutionnelles en cours, notamment la délégation ou le transfert des compétences « AHI » aux métropoles, pourraient entraîner dans l'architecture de l'EPRD, la prise en compte des structures localisées dans le périmètre de la métropole par rapport à celles maintenues dans les départements « résiduels » ou non impactées par les métropoles.

Il est enfin toujours possible de convenir dans le CPOM, le maintien dans un CRP spécifique d'une activité sensible faisant l'objet d'une attention particulière (SIAO, CAO par exemple),

En application du 1° du II de l'article R.314-152 du CASF ; un CAVA (centres d'adaptation à la vie active) doit faire l'objet d'un CRPA en remplacement de son budget annexe.

En application du 2° du II de l'article R.314-152 du CASF, les actions d'accès au logement (FSL, FNADVL) devront faire l'objet d'un CRPA à la place d'un budget annexe dès que ces actions dépassent le montant fixé à l'article D.612-5 du code du commerce, à savoir 153.000€. Comme nous l'avons déjà proposé, ce seuil pourrait être multiplié par 2, 3 ou 5 pour éviter la démultiplication des CRPA dans l'EPRD du CPOM.

L'article R.314-196-1 du CASF prévoit un dispositif similaire pour les actions de prévention santé à celui du 2° du II de l'article R.314-152 du CASF.

Un CRPA pourrait être prévu pour les actions financées par le FIR au-delà de 153.000€.

15-3. Remise en question des cultures professionnelle

Les organismes gestionnaires dans le cadre de leurs CPOM adoptent une organisation matricielle (Cf. Supra 12).

Pour l'administration compétente, les CPOM ne peuvent qu'entraîner une régionalisation de l'allocation des ressources financières (détermination des forfaits globaux des CPOM, respect des dotations régionales limitatives et des BOP, actualisations annuelles automatiques, arrêtés tarifaires) et des fonctions inspection et contrôle dont le contrôle financier avec éventuelle mise ne œuvre de l'article L.313-14-2 du CASF.

Les unités territoriales (départements, métropole) pourront se recentrer sur l'ingénierie sociale des parcours d'insertion, la co-construction des projets de développement social du CPOM, le contrôle d'efficience...

En interne comme en externe, organismes gestionnaires comme administrations doivent passer d'une logique de tutelle à une logique contractuelle. Aussi, les CPOM remettent en question les cultures professionnelles des directeurs d'établissement et des tarificateurs. De nouveaux métiers vont apparaître : directeur de pôle, coordonnateur de parcours, ingénieurs sociaux...Des actions de formations partagées devraient permettre d'accompagner ces mutations multidimensionnelles.

Glossaire

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACSC : Association des cités du Secours Catholique

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

AGLS : Aide à la Gestion Locative Sociale

AHI : Accueil Hébergement Insertion

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASELL : Action Socio-éducative Liée au Logement

ASH : Aide Social à l'Hébergement

AT-SA : Accueil Temporaire – Service de l'Asile

AVA : Adaptation de la Vie Active

BOP : Budget Opérationnel de Programme

CADA : Centre de Demandeurs d'Asile

CAF : Caisses d'Allocations Familiales

CAF : Capacité d'Autofinancement

CASF : Code l'Action Sociale et des Familles

CAO : Centre d'Accueil et d'Orientation

CAOMI : Centre d'Accueil et d'Orientation des Mineurs Isolés

CCH : Code de la Construction et de l'Habitation

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CER : Compte Emplois Ressource

CESEDA : Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CFAS : Code de la Famille et de l'Aide Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CNEN : Conseil National d'Évaluation des Normes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPH : Centre Provisoire d'Hébergement

CPO : contrat pluriannuel d'objectifs

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRP : Compte de Résultat Prévisionnel

CRPA : Compte de Résultat Prévisionnel Annexe

CRPP : Compte de Résultat Prévisionnel Principal

CSP : Code de la Santé Publique

DASES : Direction de l'Action Sociale, de l'Enfance et de la Santé de la Ville de Paris

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGEF : Direction Générale des Etrangers en France

DGF : Dotation Globale de Financement

DIHAL : Direction Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRILH : Direction Régionale et Interdépartemental de l'Hébergement et du Logement

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale

DRL : Dotations Régionales Limitatives

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

ENC : Etude Nationale des Coûts

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses ou Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses

EPS : Etablissement Public de Santé

ERRD : Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESI : Espace Solidarité Insertion

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

FAM : foyer d'Accueil Médicalisé

FAS : Fondation Armée du salut

FIR : Fonds d'Intervention Régionale

FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs

FNADVL : Fonds National de D'Accompagnement Vers et Dans le Logement

FSL : Fonds de Solidarité Logement

GVT : Glissement Vieillesse Technicité

HUDA : Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile

IMSE : Indicateurs Médicaux Socio-économiques

LAM : Lits d'Accueil Médicalisé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LHSS : Lits Halte Soins Santé

Loi ALUR : loi pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové

Loi AVS : loi d'adaptation de la société au vieillissement

Loi ESS : loi économie sociale et solidaire

Loi HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire

Loi MOLLE : loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion

MASP : Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé

MEI : Mineurs Etrangers Isolés

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MJAGBF : Mesure Judiciaire d'Aide à la Gestion du Budget Familial

MJIE : Mesures Judiciaires d'Investigations Educatives

OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration

OGD CNSA PA : Objectif Global des Dépenses de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie Personnes âgées

OGD CNSA PH : Objectif Global des Dépenses de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie Personnes Handicapées

PAERPA : Programme Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PLALHPD : Plan Local d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme de Retour à Domicile

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PSRS : Programme Stratégique Régional de Santé

RBPP : Référentiels de Bonnes Pratiques Professionnelles

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Intégration

SSP : Samu Social de Paris

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSIG : Services Sociaux d'Intérêt Général