



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025 relative à la programmation des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
La ministre déléguée auprès de la ministre du travail, de la santé,
des solidarités et des familles, chargée de l'autonomie et du handicap

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Copie à :

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les préfets de département

Référence	NOR : TSSA2501523J (numéro interne : 2025/9)
Date de signature	07/02/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Objet	Programmation des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
Action à réaliser	Ajourner la signature des CPOM prévus dans le cadre de la programmation actuelle.
Résultats attendus	Ajourner la signature des CPOM, déterminer les situations nécessitant le maintien ou la mise en place d'un cadre contractuel et revoir en conséquence la programmation.
Echéance	Prise en compte des dispositions de la présente instruction dans les meilleurs délais.
Contact utile	Sous-direction des affaires financières et de la modernisation Bureau de la gouvernance du secteur social et médico social (SD5B) Laetitia DUCOUDRÉ Mél. : laetitia.ducoudre@social.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	3 pages + 2 annexes (5 pages) Annexe 1 – Exemples de situations pouvant nécessiter la mise en place ou le maintien d'un cadre contractuel Annexe 2 – Rappel du cadre réglementaire applicable en l'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Résumé	La présente instruction a pour objet de préciser les modalités de suspension de la signature des CPOM relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF), dans l'attente de l'aboutissement des travaux nationaux de simplification qui seront menés dans le courant de l'année 2025.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ; établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissement et service médico-social (ESMS) ; nouvelle priorisation ; suspension.
Classement thématique	Établissements sociaux et médico-sociaux
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Code de l'action sociale et des familles (CASF) notamment ses articles L. 313-1-1, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-14-1, R. 314-43-1, R. 314-87 à R. 314-94-2, R. 314-170, R. 314-235 ; - Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (Article 58, V) ; - Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF (article 5) ; - Décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 relatif à la prise en compte des reports à nouveau et des réserves prévue aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du CASF.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Établissements médico-sociaux, organismes payeurs de l'assurance maladie et conseils départementaux.
Validée par le CNP le 24 janvier 2025 - Visa CNP 2025-02	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction autorise la suspension de la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Les CPOM concernés sont ceux qui doivent obligatoirement être conclus avec les gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), appelés « CPOM EHPAD ».

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a soumis tous les gestionnaires d'EHPAD à l'obligation de signer un CPOM avec les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux (CD).

Vous avez récemment sollicité une évolution de la législation en vigueur, afin de remédier aux difficultés liées à la mise en œuvre des CPOM, mettant en avant leur complexité, leur nécessaire suivi et leur application systématique à l'ensemble des gestionnaires.

Dans cette optique, **des travaux seront conduits au niveau national cette année en vue de simplifier le dispositif de contractualisation applicable aux EHPAD**. Ces travaux sont susceptibles de nécessiter des modifications législatives et réglementaires importantes.

Compte tenu de ces éléments, vous avez la possibilité de surseoir aux signatures des CPOM qui étaient prévues dans le cadre de votre programmation régionale, dans l'attente de l'aboutissement des travaux de simplification qui seront conduits en 2025.

Cette possibilité concerne en priorité les CPOM pour lesquels la négociation n'a pas été engagée, ou bien qui se trouve encore à un stade préliminaire.

Les CPOM signés, en cours d'application, continuent de produire leurs effets.

S'agissant des CPOM qui arrivent à échéance en 2025, vous êtes invités à proposer un avenant de prolongation aux cosignataires.

La programmation et la gestion de la conclusion des CPOM sont conjointes avec les départements. Vous veillerez en conséquence à vous rapprocher de vos interlocuteurs habituels au sein des collectivités pour partager la nouvelle priorisation des travaux.

Nous attirons votre attention sur le fait que certaines situations peuvent par ailleurs requérir d'élaborer ou de maintenir un cadre contractuel ad hoc, en particulier quand il importe de formaliser des engagements réciproques. Vous êtes donc invités à prendre en considération les projets structurants proposés ou engagés par les organismes (investissements, transformation, plan de retour à l'équilibre ou contrat de retour à l'équilibre financier, fusion / rapprochement entre gestionnaires – voir annexe 1 de la présente instruction).

Le cadre réglementaire applicable en l'absence de CPOM est rappelé en annexe 2 de la présente instruction.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,



Sophie LEBRET

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,



Jean Benoît DUJOL

Annexe 1

**Exemples de situations pouvant nécessiter la mise en place
ou le maintien d'un cadre contractuel****1. Gestionnaire avec périmètre d'action important sur le territoire**

Quel que soit le statut juridique, certains organismes gestionnaires dirigent des établissements implantés dans tout le département voire dans toute la région.

Le IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) peut regrouper tous les établissements situés dans le même département ou, après accord des départements concernés, dans la même région.

Au-delà des souplesses de gestion attachées à une direction pluri-établissements, ce regroupement d'établissements dans le volet financier du CPOM permet une vision globale à l'échelle du gestionnaire. Cette vision permet entre autres de favoriser une logique de parcours, de coopération et de mutualisation efficiente.

Cette gestion globale doit s'inscrire dans la mise en œuvre des schémas départementaux et régionaux de politique locale. Cette articulation peut nécessiter la signature d'une convention ou d'un contrat ad hoc, notamment pour poursuivre l'objectif de positionnement des établissements sur le territoire et de promotion de la logique de parcours.

2. Situation financière dégradée

Conformément à l'article L. 313-14-1 du CASF, il vous revient d'adresser aux gestionnaires une injonction de remédier aux dysfonctionnements dans la gestion financière de leurs établissements, lorsque de tels dysfonctionnements sont constatés. Actuellement, les mesures de retour à l'équilibre font l'objet d'un avenant au CPOM.

Comme vous le constatez dans chacune de vos régions, la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est très dégradée dans l'ensemble, avec plus de 60% d'établissements déficitaires tous statuts confondus au 31 décembre 2023. Toutefois, l'analyse de la situation financière des EHPAD au 31 décembre 2023¹ semble montrer que la situation financière est moins dégradée pour les EHPAD relevant de gestionnaires couverts par des CPOM.

Suite à la censure du Gouvernement le 4 décembre 2024, l'expérimentation de la fusion des sections « Soins » et « Dépendance », qui constitue une première mesure forte de rénovation de leur modèle économique est ajournée (jusqu'à une date qui sera communiquée ultérieurement).

Les commissions départementales consacrées aux établissements en difficulté ont permis d'enclencher localement des démarches co-construites avec les départements, les directions départementales des finances publiques (DDFIP) et autres services appropriés, visant à analyser les conditions de retour à l'équilibre et à mettre en place les mesures conjoncturelles et / ou structurelles requises.

De même, le dialogue de gestion annuel mené avec les gestionnaires doit être l'occasion de détecter tout risque de remise en cause des grands équilibres financiers de long terme.

¹ Source : État réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) 2023.

Pour produire des effets durables et solides, il est recommandé que ce travail fin de suivi de la situation financière des EHPAD fasse l'objet d'un cadre contractuel ad hoc, engageant le gestionnaire dans une démarche proactive de mise en œuvre des mesures ciblées. En outre, le retour à l'équilibre doit faire l'objet d'un contrôle de votre part, qui nécessite des références à des objectifs préalablement établis.

3. Projet d'investissement à caractère restructurant à court ou moyen terme

Les projets d'investissement à caractère restructurant peuvent se référer à une extension capacitaire importante ou encore à une restauration complète des lieux de nature à modifier l'organisation du travail et de la prise en charge.

Ces projets s'inscrivent nécessairement dans un temps long et peuvent avoir de nombreuses répercussions qui doivent être anticipées, en termes d'impact sur le territoire et sur la gestion courante des établissements concernés (notamment fermetures temporaires, conditions d'accompagnement des personnes accueillies, emprunts / réduction de fonds propres, gros travaux, mutualisations, trésorerie et soutenabilité d'ensemble avec le niveau d'activité cible etc.).

Ces prévisions sont nécessairement approximatives. Cependant elles réduisent le risque lié à l'aléa attaché à ce type de projets. En outre, elles contribuent à la structuration de l'offre locale et à la bonne gestion des fonds publics.

4. Rapprochement de deux entités gestionnaires différentes

La signature d'un CPOM ou d'un contrat ad hoc peut s'avérer nécessaire dans les cas de rapprochement ou fusion de deux entités gestionnaires différentes.

Il doit permettre d'assurer la cohérence avec les besoins de structuration de l'offre locale.

Ce type d'opérations comporte en outre un risque de désorganisation financière et en matière de gouvernance globale, qu'une feuille de route, recentrée autour des grands axes du projet, peut contribuer à réduire.

Annexe 2

Rappel du cadre réglementaire applicable en l'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Les objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sont de structurer l'offre sur le territoire, en fonction des priorités fixées dans le cadre des plans régionaux de santé et des schémas élaborés localement, de servir de levier de performance pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS), de poursuivre l'amélioration de la qualité de l'offre et d'engendrer des sources de simplification administrative, notamment pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

1. Les procédures administratives applicables

Le CPOM s'est substitué aux conventions d'habilitation à l'aide sociale départementale, quand elles existent, et aux conventions tripartites pluriannuelles.

Concernant les conventions tripartites, votre vigilance est appelée sur les situations variées des établissements qui peuvent nécessiter la signature d'une convention équivalente aux anciennes conventions tripartites relevant de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF), dans sa version antérieure à la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Une analyse circonstanciée des contextes des gestionnaires vous est donc demandée, afin de déterminer les situations exigeant un conventionnement en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge, de cohérence du projet d'établissement, du projet médical, du circuit du médicament, du réaménagement des locaux ou de tout autre élément permettant de structurer l'organisation de l'activité en conformité avec le profil des personnes accueillies.

D'autres éléments, emportant des engagements réciproques des autorités de tarification et des gestionnaires, sont également formalisés lors de la signature du CPOM. Il convient donc d'organiser un conventionnement ad hoc, afin de formaliser ces engagements le cas échéant. Il s'agit notamment :

- Du choix d'un passage au tarif global ;
- De la tarification des petites unités de vie (PUV), dès lors qu'elles optent pour un régime de tarification dérogatoire ;
- De la délégation des financements complémentaires et les prévisions en la matière, sur une période d'au moins 5 ans ;
- De la modulation des financements complémentaires en fonction de l'activité, qui ne peut pas être appliquée en dehors d'un CPOM ;
- De l'autorisation de comptabiliser des frais de siège pour gestionnaires privés non lucratifs, ou du renouvellement de celle-ci. En l'absence de CPOM, la simplification de la procédure d'autorisation ou de renouvellement ne peut être utilisée. Les articles R. 314-87 à R. 314-94-2 du CASF sont applicables en l'état ;
- Des projets de transformation d'établissements, qui ne peuvent pas être exonérés de la procédure d'appel à projet en l'absence de CPOM. L'interruption des signatures de CPOM implique donc une programmation des appels à projets. En effet, les 4° et 5° du II de l'article L. 313-1-1 du CASF ne sont pas applicables en l'absence de CPOM. La programmation des appels à projet, en l'absence de CPOM, doit donc nouvellement intégrer :
 - i) Les projets de transformation d'ESMS avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'ESMS ;
 - ii) Les projets de transformation d'établissements de santé en ESMS, sauf lorsque ces projets entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil fixé par décret.

Par ailleurs, la dotation globalisée, en vertu de l'article R. 314-43-1 du CASF, peut être mise en place uniquement dans le cadre d'un CPOM.

En l'absence de dotation globalisée, une décision tarifaire par établissement doit être émise et les transferts de dotation entre établissements, en cours d'exercice ne sont pas possibles.

De même, la modulation des financements en fonction d'un niveau de réserves incompatible avec le fonctionnement de l'EHPAD, conformément à l'avant-dernier alinéa du B du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF, ne peut être mise en place que lors des renouvellements de CPOM.

Les conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel relevant des gestionnaires non signataires de CPOM restent opposables aux financeurs.

Aucune convention spécifique ne peut donc être signée concernant ces deux points.

2. Régime budgétaire

Si le régime budgétaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) n'est pas remis en cause par l'absence de CPOM, la souplesse de gestion apportée aux gestionnaires par la réforme de 2016, dans le cadre de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, est le corollaire d'un contrôle accru des autorités de tarification a posteriori.

Ce contrôle passe en grande partie par le CPOM. Ainsi en l'absence de CPOM, le cadre applicable aux EHPAD est décrit ci-après.

Les dispositions transitoires énoncées dans l'article 5 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF continuent de s'appliquer.

L'EPRD et l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) peuvent inclure les EHPAD et les PUV relevant du même gestionnaire et implantés dans le même département. Un EPRD établi à l'échelle régionale et comprenant d'autres catégories d'ESMS n'est pas possible, excepté pour les établissements publics autonomes, qui doivent continuer à inclure dans leurs EPRD et ERRD l'ensemble des activités qu'ils gèrent.

Si des EPRD / ERRD étaient construits à une échelle supra-départementale, en anticipation de la signature prochaine d'un CPOM, il conviendrait de revenir à l'échelle départementale.

De même, si, toujours en anticipation, des EPRD / ERRD avaient été étendus à d'autres catégories d'ESMS, il conviendrait en outre de revenir au périmètre relatif uniquement aux EHPAD et aux PUV.

Dans ce cas, deux situations doivent être envisagées :

- Autres catégories d'ESMS soumises à l'obligation de signer un CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF : ce cas concerne les organismes qui gèrent concomitamment des activités relevant des personnes âgées et des personnes handicapées. Dans ce cas, la signature du CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF pour les ESMS du champ des personnes handicapées reste requise. Deux EPRD, un par champ, devront être élaborés.
- Autres catégories d'ESMS non soumises à l'obligation de signer un CPOM : ce cas concerne les organismes qui gèrent concomitamment des ESMS relevant de la compétence (conjointe ou pas) des agences régionales de santé (ARS) et des ESMS relevant de la compétence exclusive du département (sur les champs des personnes âgées ou handicapées). Dans ce cas, les ESMS relevant de la compétence exclusive du département ne peuvent faire l'objet d'un EPRD qu'en cas de signature d'un CPOM relevant de l'article L. 313-11 du CASF. Là encore, deux EPRD, un par financeur, devront être produits.

L'affectation libre des résultats des sections relatives aux soins et à la dépendance reste librement fixée par le gestionnaire. L'autorité de tarification peut s'opposer à l'affectation du résultat. Elle a toute latitude pour prendre une décision modificative, suite à cette opposition le cas échéant. Cependant, votre attention est attirée sur la nécessité de documenter précisément les motifs de rejet. En effet, sur le fondement de l'article R. 314-235 du CASF, l'affectation doit être réalisée dans le respect des modalités définies dans le CPOM. Il vous revient donc de formaliser d'éventuelles modalités dans les contrats ou conventions ad hoc que vous serez amenés à définir, si la situation du gestionnaire le nécessite. En l'absence de telles dispositions, toute opposition est difficilement opposable au gestionnaire.

L'affectation croisée des résultats entre établissements et services inclus dans l'ERRD des gestionnaires privés n'est pas possible.

La tarification de la section relative à l'hébergement est définie par les dispositions transitoires du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Pour rappel, ce dispositif transitoire intègre notamment la fixation du tarif à l'issue de la procédure contradictoire régie par les articles R. 314-21 et suivants du CASF, la fixation par le département de l'affectation du résultat afférent à la section « Hébergement », et enfin la transmission au département, par l'organisme gestionnaire, d'un budget prévisionnel et d'un compte administratif, par EHPAD, pour la seule section relative à l'hébergement, en plus de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et de l'état réalisé des recettes et des dépenses.

Le renouvellement des évaluations du niveau de dépendance et du besoin en soins requis des résidents accueillis est, selon l'article R. 314-170 du CASF, réalisé au moment de la signature du CPOM ou son renouvellement et à mi-parcours durant l'exécution du CPOM. Il vous revient donc de programmer les coupes indépendamment des signatures qui étaient prévues.

Le décret n° 2023-1428 du 29 décembre 2023 relatif à la prise en compte des reports à nouveau et des réserves prévue aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du CASF, pris en application de l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, prévoit la possibilité pour les autorités de tarification de moduler les tarifs s'il existe, au bilan des établissements considérés, un niveau de réserves et de reports à nouveau qui n'est pas justifié par leurs conditions d'exploitation.

Cette modulation ne peut être mise en œuvre que lors du renouvellement du CPOM.

Elle peut s'appliquer sur toute la durée du CPOM. Une fraction des réserves injustifiées est transférée au compte de réserve de compensation des déficits. Cette fraction, dont le nouveau CPOM précise le montant, ne doit pas dépasser la moitié de ces réserves.

En l'absence de CPOM, ces dispositions ne sont pas applicables et ne peuvent être mises en place dans le cadre d'une convention ad hoc.