

CPOM

des établissements de santé et autres titulaires
d'autorisations d'activités de soins et EML

**GUIDE METHODOLOGIQUE
D'ELABORATION ET DE SUIVI
DES CONTRATS PLURIANNUELS
D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
EN ILE-DE-FRANCE**

Version 2019

Table des matières

PREAMBULE	4
1 LE CADRAGE GENERAL	7
1.1 LES FINALITES DU CONTRAT	7
1.2 LES STRUCTURES CONCERNEES ET LA QUALITE DES SIGNATAIRES	8
1.2.1 <i>Les structures concernées</i>	8
1.2.2 <i>La qualité des signataires du CPOM conclu avec l'ARS</i>	8
1.3 LE PERIMETRE ET LA STRUCTURATION DU CONTRAT	9
1.3.1 <i>Structure du CPOM</i>	9
1.3.2 <i>Contenu du CPOM</i>	10
1.3.2.1 Les dispositions générales	10
1.3.2.2 Distinction entre le socle commun et les engagements	10
1.3.2.3 Les éléments constituant le socle commun.....	11
1.3.2.4 Les engagements.....	11
1.4 L'ARTICULATION DES OBJECTIFS CONTRACTUALISES AVEC LES MOYENS MIS A DISPOSITION PAR L'ARS 14	
1.5 L'ARTICULATION DU CPOM AVEC LES AUTRES CONTRATS EN VIGUEUR.....	15
1.6 LE CONTRAT ET LE PROJET D'ETABLISSEMENT	17
2 LA DEMARCHE D'ELABORATION ET DE SUIVI DES CPOM	18
2.1 LE DIAGNOSTIC PARTAGE ET LA NEGOCIATION INITIALE	18
2.1.1 <i>La phase de diagnostic partagé</i>	18
2.1.1.1 Objectif de la phase de diagnostic.....	18
2.1.1.2 Plusieurs niveaux de préparation	18
2.1.1.3 Le rapport de diagnostic par structure	19
2.1.1.4 La priorisation des engagements.....	21
2.1.2 <i>La phase de négociation</i>	22
2.2 LE SUIVI, LA REVISION ET LE RENOUELEMENT DU CONTRAT	23
2.2.1 <i>Le suivi et l'évaluation</i>	23
2.2.2 <i>La révision du contrat à tout moment</i>	23
2.2.3 <i>Le renouvellement du contrat</i>	24
2.3 L'APPROBATION DU PROJET DE CONTRAT ET SA SIGNATURE	24
2.3.1 <i>La validation du projet de contrat</i>	24
2.3.2 <i>La signature du contrat</i>	25
2.3.3 <i>La publicité du contrat</i>	26
2.4 LE RESPECT DU CONTRAT	27
2.4.1 <i>Sanctions : les pénalités financières, la modification du contrat, la résiliation du contrat</i>	27
2.4.2 <i>La procédure en cas d'inexécution partielle ou totale</i>	27
2.4.3 <i>La procédure en cas de manquement grave</i>	27
3 L'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION	28
3.1 LE PLAN DE CHARGE.....	28
<i>Une démarche de contractualisation échelonnée</i>	28
3.2 ROLES ET MISSIONS DE CHACUN.....	29
3.2.1 <i>Les missions du niveau régional</i>	29
3.2.2 <i>Les missions du niveau départemental</i>	29

3.2.3	<i>Les missions du niveau départemental ou régional selon les cas.....</i>	30
3.2.4	<i>Le rôle de la structure contractante</i>	30
3.2.5	<i>Représentation de la gouvernance globale par l'ARS.....</i>	31
4	LES FICHES D'AIDE AU DIAGNOSTIC ET A LA NEGOCIATION PAR ANNEXE ET VOLET	31
5	LES DOCUMENTS TYPES DE SOCLES CONTRACTUELS.....	31

PREAMBULE

LE CPOM, OUTIL DE DECLINAISON DES ORIENTATIONS REGIONALES

Au terme du processus d'élaboration du projet régional de santé (PRS), l'Agence régionale de santé Ile-de-France dispose de 5 ans pour en décliner les orientations.

Le PRS 2, arrêté en juillet 2018, traduit les orientations de l'ARS dans un schéma unique de santé. Il est composé d'un cadre d'orientation stratégique (COS) sur 10 ans qui détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus, et d'un schéma régional de santé (SRS) sur 5 ans qui fixe les objectifs opérationnels déclinés du COS.

L'atteinte de ces objectifs nécessite que l'ARS entretienne avec les acteurs de santé de la région un dialogue de gestion fondé sur un plan d'action précis et jalonné, portant sur leur positionnement dans l'offre de soins territoriale ainsi que sur les principaux axes d'amélioration de leur performance. Les contrats offrent ainsi aux acteurs la visibilité nécessaire à la définition de leur stratégie et à l'efficacité de leur pilotage interne.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) constituent l'outil privilégié de ce dialogue.

LES AMBITIONS DE LA GENERATION DES CPOM « 2013-2018 »

D'une manière générale, il était attendu des CPOM de deuxième génération (2013-2018) qu'ils constituent un levier pour :

- **La transformation de l'offre de soins territoriale.** Les contrats ont défini le positionnement de chacun des établissements dans la structuration de l'offre de soins ainsi que les synergies avec les autres acteurs du territoire en référence aux orientations du SROS-PRS 1.
- L'amélioration de la performance des établissements :** qualité du service rendu, efficience économique, optimisation de la gestion des ressources humaines

En outre, les CPOM 2013-2018 ont dû faire une place importante aux actions transversales en lien avec le CPOM Etat-ARS-IDF et le Plan stratégique régional de santé (PSRS) d'Ile-de-France :

- **Parcours de santé** (personnes âgées, traitement du cancer, psychiatrie, prise en charge des AVC, périnatalité).
- **Recours aux soins non programmés** (PDSSES et articulation avec la PDSA).
- **Coopérations territoriales.**

C'est pourquoi l'ARS-IDF avait fait le choix d'un CPOM :

- **Plus stratégique** qui redonne du sens et de la lisibilité au contrat comme outil de pilotage et de dialogue de gestion.
- **Plus synthétique** (resserré sur un nombre limité d'orientations, sans prétendre à l'exhaustivité).
- **Plus simple et évaluable, régulièrement revu.**

LES ENJEUX DES CPOM « 2018-2023 »

S'il s'agit toujours de faire du CPOM **un outil de transformation de l'offre de soins et de déclinaison du PRS**, le constat aujourd'hui est celui d'une région dotée de nombreux atouts sur le plan sanitaire, mais non exempte de fragilités qui pourraient s'amplifier avec l'évolution démographique de la population et des professionnels, mais aussi avec la transition épidémiologique, les mutations sociologiques, les contraintes financières. L'Île de France présente les caractéristiques suivantes :

- **Une offre de santé, ambulatoire et hospitalière, dense et diversifiée** mais qui laisse subsister de fortes disparités territoriales, s'ajoutant aux inégalités sociales, en matière d'accès aux soins et à la prévention.
- **Un paysage sanitaire qui évolue très rapidement**, l'offre hospitalière étant en cours de restructuration/transformation.
- **Le vieillissement et le développement des pathologies chroniques**, touchant un francilien sur 6, mais qui n'ont pas les mêmes incidences selon les situations socio-économiques et suivant les territoires.

L'ambition d'un système de santé plus intégré, décloisonné, constitué autour de parcours territorialisés, personnalisés, organisés au plus près des lieux de vie, nécessite une plus grande coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Les CPOM 2018-2023 ont pour objectif de :

- **favoriser une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficace** (améliorer la connaissance des besoins, la qualité des prises en charge, faciliter les prises en charge non programmées, faire évoluer les plateaux médico-techniques dans une logique territoriale de gradation des prises en charge).
- **promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires** avec 8 thématiques prioritaires (périnatalité et santé du jeune enfant, santé des adolescents et jeunes adultes, santé et autonomie des personnes âgées, santé, autonomie et insertion des personnes handicapées, santé mentale, maladies neurodégénératives, cancers, maladies chroniques cardio-métaboliques).

Dans cette perspective, l'ARS maintiendra la démarche de négociation avec toutes les structures concernées par la signature d'un CPOM, tout en favorisant l'approche territoriale et transversale de façon à :

- **Mener également des négociations au niveau du groupe (GHT, GCS, groupe de cliniques et hôpitaux privés), tout en préservant la dimension territoriale**, le CPOM restant un contrat avec une structure.
- **Mener des négociations communes sanitaire / médico-social** même si réglementairement, il doit y avoir 2 contrats distincts.
- **Prévoir l'articulation du CPOM avec les autres contrats (ex : CAQES)** conclus entre les structures et l'ARS de façon à assurer une cohérence d'ensemble.

UNE DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION DONT LES FINALITES DOIVENT REpondre AUX ATTENTES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET DES AUTRES TITULAIRES D'AUTORISATIONS COMME A CELLES DE L'ARS.

Pour les structures de santé d'Ile de France, il s'agit de :

- Bénéficier d'un **temps d'échange privilégié** sur leur stratégie et leur positionnement territorial et d'un accompagnement de l'ARSIF.
- **Justifier les financements** spécifiques délégués par l'ARS.
- Offrir un **support de reconnaissance** d'activités spécifiques (reconnaisances contractuelles d'activités non couvertes par des autorisations...).

Pour l'ARSIF, il importe de :

- Assurer la **mise en œuvre opérationnelle et le suivi** des orientations stratégiques de l'ARS.
- Réguler et impulser une recomposition de l'offre de soins, au profit **d'une organisation territoriale** de plus grande qualité
- Soutenir le **dialogue de gestion continu** avec les acteurs de santé.
- Mieux **connaître les particularités de chaque structure** et faire valoir les atouts de l'offre de soins.
- Atteindre les **objectifs de performance** assignés à l'ARS par l'Etat (CPOM Etat-ARS).

OBJECTIFS ET CONTENU DU GUIDE METHODOLOGIQUE

Ce guide méthodologique se propose de fournir aux contractants et négociateurs (ARS comme titulaires d'autorisations) des éléments méthodologiques afin de mener la négociation des CPOM (parties 1 et 2), une présentation de l'organisation du dispositif de contractualisation arrêtée par l'ARSIF (partie 3) ainsi que des fiches pratiques d'aide à la négociation (partie 4) et les documents types utilisés pour le contrat (partie 5).

Les principes directeurs de ce guide, dans la continuité du précédent, ont été co-construits avec les fédérations (FHF, FHP, FEHAP, URPS, URIOPSS, AP-HP) et validés dans le cadre des différents COPIL qui se sont réunis depuis le lancement de la démarche en 2012.

1 LE CADRAGE GENERAL

1.1 LES FINALITES DU CONTRAT

Point central dans les relations contractuelles entre l'ARS et les acteurs de santé, il est attendu du CPOM qu'il constitue le support principal du dialogue entre l'établissement et l'ARS. A ce titre, son élaboration doit viser à garantir une visibilité pluriannuelle sur les axes prioritaires et les objectifs cibles de l'établissement.

Le CPOM doit ainsi permettre :

- **La déclinaison du schéma** : le contenu des CPOM doit être en priorité orienté vers la déclinaison à l'échelle des établissements du contenu du SRS, c'est-à-dire, des évolutions prioritaires de l'offre de soins en vue de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité.
- **Un appui au pilotage stratégique des établissements** : un outil de gouvernance des établissements, une référence pour l'actualisation du projet médical.
- **Un support pour le pilotage des transformations majeures attendues** : centré sur quelques objectifs et indicateurs, les engagements contractualisés permettent à l'établissement, comme à l'ARS, d'identifier les enjeux de positionnement dans l'offre.

1.2 LES STRUCTURES CONCERNEES ET LA QUALITE DES SIGNATAIRES

1.2.1 Les structures concernées

Les établissements publics de santé, les établissements de santé privés d'intérêt collectifs (ESPIC), les cliniques privées, les groupements de coopérations sanitaires titulaires d'une autorisation, les titulaires d'autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du Code de la Santé Publique doivent conclure avec l'ARSIF un contrat pour l'ensemble de leurs activités.

La contractualisation concerne l'ensemble des titulaires d'autorisations, y compris les laboratoires de biologie médicale autorisés au titre de l'assistance médicale à la procréation, du diagnostic prénatal et de l'activité de génétique, les cabinets de radiologie libéraux autorisés au titre des équipements matériels lourds ainsi que les cabinets libéraux autorisés au titre d'activités interventionnelles.

1.2.2 La qualité des signataires du CPOM conclu avec l'ARS

- **L'établissement de santé cocontractant de l'ARS** : c'est le représentant légal de la personne morale qui exploite l'établissement de santé qui est compétente pour conclure le CPOM avec l'ARS. L'ARS ne peut conclure un CPOM avec un établissement de santé qui ne détient pas la personnalité juridique. Dans le cas de l'exploitation de plusieurs établissements de santé par une personne juridique unique, seule la personne morale qui exploite l'ensemble de ces établissements a qualité pour conclure le CPOM, les établissements eux-mêmes étant dépourvus de la personnalité juridique.
- **Les autres titulaires d'autorisations** : le titulaire de l'autorisation peut être une personne morale ou physique. Selon l'article L. 6122-3 du CSP, il peut s'agir :
 - d'un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
 - d'une personne morale dont l'objet porte sur l'exploitation, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale.
- **Le cas des GCS¹** : Le GCS-Etablissement de santé, le GCS de moyens titulaire d'une autorisation d'EML, le GCS de moyens bénéficiant d'une dotation de financement au titre du FIR ou des MIGAC, doivent signer un CPOM. Le contrat doit être signé par le DGARS et l'administrateur du GCS après délibération de l'Assemblée Générale du GCS.
- **Le cas des GHT²** : Les GHT, dépourvus de personnalité morale, ne sont pas signataires d'un CPOM ; chaque membre doit signer un contrat en cohérence avec le projet médical partagé.

ⓘ Important: plusieurs contrats sont toutefois possibles pour une même personne juridique exploitant plusieurs établissements de santé.

¹ GCS : groupement de coopération sanitaire

² GHT : groupement hospitalier de territoire

1.3 LE PERIMETRE ET LA STRUCTURATION DU CONTRAT

D'une durée maximale de 5 ans (cette durée, en général de 5 ans, sera à apprécier en relation avec les spécificités des titulaires d'autorisations), le CPOM est défini par les articles L. 6114-1 et suivants et D. 6114-1 et suivants du Code de la Santé Publique. Il se limite, à ce jour et conformément à la réglementation en vigueur, au champ sanitaire d'intervention des structures cocontractantes de l'ARS, à l'exception de la chirurgie esthétique. L'ARS encourage cependant la contractualisation d'engagements portant sur la fluidification des prises en charge entre les établissements de santé, médico-sociaux et la ville.

1.3.1 Structure du CPOM

La trame du CPOM-type adoptée par l'ARS Ile de France est constituée d'un socle contractuel et de 3 annexes. Les avenants, le cas échéant, sont produits sur le même modèle.



- **Le socle contractuel** : il comporte les clauses générales du contrat : il rappelle les fondements du contrat, définit le champ de la contractualisation, arrête ses conditions de mise en œuvre (suivi, révision, sanctions, renouvellement, durée). Cette partie, très courte et dont le contenu est identique pour tous les cocontractants, a vocation à s'appliquer sur toute la durée du CPOM.
- **Les annexes du contrat** : elles décrivent les engagements retenus sur les différentes thématiques du contrat, le cas échéant en déclinaison des moyens attribués à la structure. Ces annexes constituent la base du suivi et peuvent évoluer sur la période de contractualisation ; leur modification se fera par le biais d'avenants. Leur contenu est modulable : leurs différents volets sont à compléter ou non selon les problématiques propres à chaque structure. Elles sont le véritable enjeu de la négociation et de la priorisation des engagements.

Cette configuration présente l'avantage de :

- ▶ Permettre une gestion plus aisée des modifications apportées au contrat ; la conclusion d'un avenant se traduira par la modification d'une annexe et non de l'ensemble du contrat.
- ▶ Rendre plus lisible l'articulation entre les différentes composantes du contrat.

L'ARSIF a fait le choix d'une **trame de contrat identique** quel que soit le type de structure concernée (établissements de santé ou autres titulaires d'autorisations) ou son statut (public, privé, ESPIC), mais le contenu des annexes du CPOM sera **modulable** en fonction des particularités du cocontractant (c'est-à-dire de la nature des engagements retenus).

La trame du contrat est structurée selon **un ordonnancement logique qui va du stratégique à l'opérationnel**. Les volets sont nombreux, mais leur contenu est restreint à quelques objectifs et indicateurs.

SOCLE CONTRACTUEL Economie générale du contrat (articles) : objet, modalités de suivi et de révision, durée...	
Annexe 1 – Stratégie de la structure et positionnement dans son territoire <ul style="list-style-type: none"> • <u>Volet 1</u> : Orientations majeures • <u>Volet 2</u> : Parcours de santé • <u>Volet 3</u> : Coopérations territoriales • <u>Volet 4</u> : Déclinaison du service public hospitalier (SPH) 	Cœur de la négociation des CPOM 
Annexe 2 – Moyens <ul style="list-style-type: none"> • <u>Volet 1</u> : Autorisations • <u>Volet 2</u> : Reconnaissances contractuelles • <u>Volet 3</u> : Soutenabilité de la situation financière et patrimoniale • <u>Volet 4</u> : Financement • <u>Volet 5</u> : Sécurité sanitaire 	Moyens en articulation avec l'annexe 1 
Annexe 3 – Performance <ul style="list-style-type: none"> • <u>Volet 1</u> : Accompagnement à la qualité des soins • <u>Volet 2</u> : Gestion des opérations • <u>Volet 3</u> : Politique des ressources humaines 	Modulable selon les structures

1.3.2 Contenu du CPOM

1.3.2.1 Les dispositions générales

Le contenu du CPOM est défini notamment par le Décret du 4 octobre 2010 modifié en partie par le décret n° 2018-811 du 25 septembre 2018 (articles D. 6114-1 et D. 6114-7 du CSP). Il établit la liste des thématiques pouvant figurer dans le contrat. Il n'établit pas de distinction par type de structure ou par statut d'établissement, une grande marge de manœuvre est donc laissée aux ARS.

1.3.2.2 Distinction entre le socle commun et les engagements

Les engagements que la structure peut prendre sur tel ou tel volet du contrat, doivent être distingués ici de l'inscription obligatoire au CPOM des éléments règlementaires indispensables au fonctionnement de la structure. L'ARS a choisi d'appeler « socle commun » ces derniers pour marquer la différence faite par rapport aux engagements résultant des négociations menées spécifiquement avec chaque structure.

1.3.2.3 Les éléments constituant le socle commun

Le « socle commun » est constitué par :

- Le socle contractuel (articles régissant la vie du contrat) ;
- Les éléments règlementaires **indispensables au fonctionnement de la structure** :
 - ❖ les Autorisations,
 - ❖ les Reconnaissances contractuelles,
 - ❖ les Financements.

Ces 3 éléments seront ainsi listés dans les volets du même nom.

Chacun de ces éléments relève de procédures règlementées d'attribution que le CPOM n'a pas vocation à répéter. En revanche, si cela est jugé nécessaire, le contrat pourra préciser les engagements spécifiques attendus de chaque structure en contrepartie de l'attribution d'une autorisation, d'une reconnaissance contractuelle d'activité ou d'un financement. Ces engagements seront contractualisés le cas échéant par voie d'avenant lors de l'attribution d'un de ces éléments, ou en phase de négociation du CPOM. En effet, le CPOM vise à articuler ces procédures entre elles, et avec les enjeux d'évolution de la structure sur 5 ans.

L'appellation « socle commun » désigne alors uniquement le contenu du CPOM relatif à la reprise sous forme de listes de ces éléments, sans mention des éventuels engagements négociés.

☞ **Mise en œuvre** : pour plus de précisions sur le contenu de chacun de ces 3 éléments, se référer aux fiches méthodologiques relatives aux volets « Autorisations », « Reconnaissances contractuelles » et « Financement ».

1.3.2.4 Les engagements

L'engagement est de nature contractuelle et consiste en une action que le titulaire du contrat s'engage à accomplir ou en un objectif à atteindre pendant la durée du CPOM.

- **Qu'est-ce qu'un engagement :**

- ▶ **Enjeux :**

- Les engagements assortis aux annexes-volets du CPOM sont la plus-value du contrat, le côté prospectif du pilotage.
- Ils sont la finalité de la phase de diagnostic / évaluation.
- Ils doivent permettre de guider la transformation des organisations sur 5 ans.

► **Format :**

- Le choix a été fait d'un format-cadre d'engagement, applicable à toutes les annexes du CPOM pour en faciliter l'enregistrement, l'analyse, le suivi et le transfert éventuel dans un autre système d'information.
- Un engagement au CPOM se définit par une ligne avec l'ensemble des champs présentés dans le tableau suivant :

N° Engagement	OBJECTIFS FIXES A LA STRUCTURE	INDICATEURS DE SUIVI	VALEUR ET ANNEE DE REFERENCE	VALEURS CIBLES				
				N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
1								
2								
...								

- Chaque engagement doit être rattaché à un numéro Finess (entité juridique s'il concerne l'ensemble des sites ou le titulaire ou dans les autres cas, préciser le ou les site(s) géographique(s)). Les contractants ont la possibilité de détailler les engagements par site géographique dans le cas d'une entité juridique ayant plusieurs sites.
- N = année de la date d'effet du contrat.

► **Spécificités des engagements :**

- Les engagements doivent porter sur les axes stratégiques prioritaires.
- Ils ne doivent pas être redondants avec la réglementation ou d'autres contrats.
- Ils peuvent être « génériques » (prédéfinis par l'ARS Ile de France) ou « spécifiques » (définis au cours de la négociation selon la situation particulière de l'établissement).
- A chaque objectif doit correspondre au moins un indicateur de suivi.
- Les valeurs-cibles, négociables, peuvent être ajustées sur la durée du contrat.

► **Nombre :**

- Le principe a été retenu de **limiter le nombre d'engagements de 3 à 10** seulement, de façon à n'inscrire au CPOM que les priorités stratégiques retenues à l'issue de la négociation, qui pourront alors faire l'objet d'un véritable suivi.
- Il ne doit pas y avoir d'engagement systématique ou obligatoire

• Les indicateurs de suivi des engagements :

Le suivi des engagements est primordial pour la valeur ajoutée de la démarche de contractualisation.

► **Enjeux :**

- Être capable de mesurer l'atteinte des objectifs dans le cadre du suivi.
- S'assurer de la capacité à décliner de manière opérationnelle les objectifs.

► **Format :**

Comme pour l'engagement, un format-cadre a été retenu pour définir les indicateurs de suivi.

INDICATEURS DE SUIVI	MODES DE CALCUL	UNITES DE MESURE	SOURCES

► **Nature :**

- Les indicateurs génériques sont proposés et définis dans les fiches d'aide au diagnostic et à la négociation par annexe et volet de ce guide.
- Les indicateurs spécifiquement définis par les cocontractants dans le cadre des négociations doivent être retenus avec précaution de sorte à respecter les critères de qualité d'usage :
 - Quantification : l'indicateur doit autant que possible prendre une valeur chiffrée. Néanmoins dans le cas des CPOM, il pourra prendre des valeurs telles que « oui/non » si elles se réfèrent à la réalisation d'actions bien définies.
 - Accessibilité : la source d'information doit être précisément identifiée (déclaration de la structure, base de référence...)
 - Exhaustivité : l'indicateur doit autant que possible être une représentation complète de l'objectif ou de l'avancement de l'action.
 - Objectivité : être exempt de conventions de calcul pouvant faire l'objet de débat.
 - Simplicité : être facile à interpréter.

Dans ce cas, les indicateurs de suivi doivent être définis dans le rapport de diagnostic préalable au contrat.

- **Nombre** : puisqu'un engagement se définit notamment par un indicateur de suivi, il ne devrait pas y avoir plus de 10 indicateurs à suivre par établissement.

Les indicateurs ainsi contractualisés devront être suivis et pourront être opposés à la structure dans le cadre du dialogue instauré. Les négociateurs doivent être en mesure de fixer des valeurs cibles par année cohérentes avec les indicateurs retenus.

ⓘ Important : les champs « objectif fixé à la structure » et « indicateur de suivi » sont plafonnés à 450 caractères. Ce qu'on entend ici par « caractère » peut être une lettre, un chiffre, un signe, un espace etc.

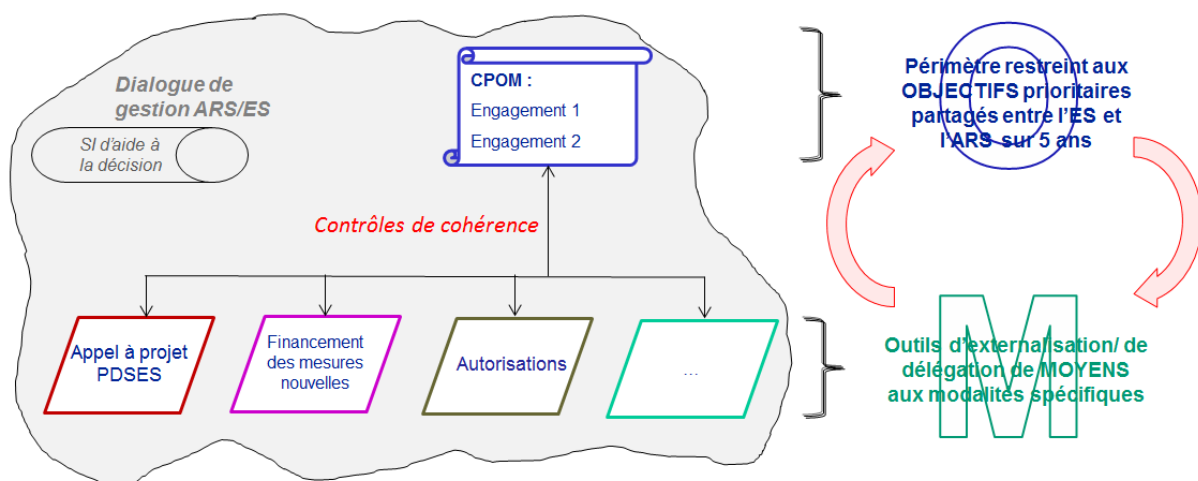
1.4 L'ARTICULATION DES OBJECTIFS CONTRACTUALISES AVEC LES MOYENS MIS A DISPOSITION PAR L'ARS

Les engagements résultant des négociations puis contractualisés entre l'établissement et l'ARS fixent les évolutions attendues par établissement pour optimiser son positionnement et son fonctionnement dans une logique territoriale et de parcours renforcée.

Cette « cible » définie par les objectifs du CPOM ne comprend pas nécessairement les étapes pour y arriver. L'animation de proximité réalisée par les délégations départementales consiste ainsi à accompagner l'établissement jusqu'à sa destination, en l'aidant à anticiper les obstacles, comme à saisir les opportunités.

Si la négociation du CPOM se limite quasi exclusivement aux objectifs, ce n'est pas tant parce qu'il n'existe pas de moyens que parce que ces moyens relèvent de procédures d'attribution qui leurs sont propres (procédure d'autorisation codifiée avec le cas échéant mise en concurrence des demandes formulées par les promoteurs, disponibilité et reproductibilité des financements chaque année...). Ces moyens ne peuvent donc pas être négociés de manière bilatérale, établissement par établissement.

Comme le montre le schéma ci-dessous, il s'agit ainsi pour l'agence de mettre en cohérence, dans le temps, ces moyens avec les objectifs prioritaires définis par le CPOM.



Les objectifs ainsi contractualisés doivent bien entendu tenir compte de l'historique de chaque établissement et s'adapter, le cas échéant par avenant, aux évolutions qui conditionnent leur réalisation.

1.5 L'ARTICULATION DU CPOM AVEC LES AUTRES CONTRATS EN VIGUEUR

Les ARS et les établissements peuvent conclure des engagements contractuels de manière séparée du CPOM. Ces contrats contiennent des clauses générales différentes de celles du CPOM (durée, signataires, pénalités). Ils ont donc un socle contractuel différent. Afin néanmoins de préserver la centralité du CPOM, il convient d'assurer une cohérence d'ensemble des documents contractuels en favorisant une intégration des différents supports.

➤ Pour le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)

Le CAQES a été introduit par l'article 81 de la LFSS pour 2016 pour entrer en vigueur au 1er janvier 2018. Il a pour objet de fusionner en un support unique l'ensemble des contrats liés à la régulation des dépenses et à l'amélioration des pratiques médicales existants entre les établissements de santé, les ARS et l'assurance maladie.

Le CAQES est composé :

- **d'un volet socle obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits de santé et des prestations pour l'ensemble des établissements de santé.** Ce socle est constitué par l'ancien contrat de bon usage des médicaments des produits et prestations (CBU) amendé afin d'y ajouter des objectifs de «régulation des dépenses de la liste en sus» et les aspects «prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV)» des anciens contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) médicaments.
- **de 3 volets optionnels en fonction des résultats d'activité de l'établissement (ciblage)** et constitués des anciens contrats (1) CAQOS transports, (2) CAPES dit « contrat qualité » et (3) contrat « pertinence », qui seront amendés.

L'ARS Ile-de-France a pour objectif de mettre cette nouvelle procédure en cohérence avec la démarche de contractualisation des CPOM dans un souci d'efficacité et de lisibilité.

➤ Pour le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) et les plans de retour à l'équilibre financier (PREF)

En Ile de France, **l'ARS n'a pas signé de contrat de retour à l'équilibre financier** mais approuve et accompagne les **plans de retour à l'équilibre financier (PREF)** des établissements de santé.

Les modalités de retour à l'équilibre financier doivent figurer dans le CPOM en vertu de l'article L. 6143 du CSP. Elles seront donc transposées dans l'annexe correspondante du CPOM : annexe 2 "Moyens" - Volet 3 "Soutenabilité de la situation financière et patrimoniale".

➤ Pour le contrat de clinicien

La loi HPST a prévu qu'un ou plusieurs contrats de clinicien hospitalier peuvent être conclus par les établissements publics de santé exclusivement sur des postes vacants de praticiens (médecins, odontologistes ou pharmaciens) présentant une difficulté particulière à être pourvus (article L. 6152-1 du CSP).

Ces contrats sont distincts du CPOM et ne sont pas soumis à l'autorisation préalable de l'ARS.

Néanmoins, l'article L 6152-3 du CSP a prévu que le CPOM doit fixer le nombre maximal, la nature et les spécialités pouvant être pourvues par contrats de cliniciens. Ce qui nécessitera un état des lieux territoire par territoire permettant l'identification des zones sous-dotées et des établissements éligibles à de tels contrats.

Le cas échéant, le nombre maximal, la nature et les spécialités pouvant être pourvues, pourront être mentionnés au CPOM de l'établissement, à l'annexe 3 Performance– volet 3 Politique des ressources humaines, sous l'objectif "développer l'attractivité de l'établissement".

➤ **Pour les CPOM médico-sociaux**

La réglementation en vigueur distingue les modalités de contractualisation des CPOM selon les champs d'application, sanitaire et médico-social. Cependant, la visée stratégique confiée à cet outil, l'objectif de décloisonnement porté par les ARS, et le fait qu'un même gestionnaire puisse proposer une offre dans les deux champs doivent favoriser la conduite de négociations transversales et d'une forme de contractualisation concertée. L'ARS Ile-de-France pourra donc, au cas par cas, mener conjointement les discussions sur les activités relevant de l'ensemble du périmètre d'un même gestionnaire d'établissements sanitaires et médico-sociaux.

➤ **Pour les contrats locaux de santé (CLS)**

Le contrat local de santé (CLS) a pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local. Les contrats locaux de santé signés par l'ARS Ile-de-France sont généralement multipartites, et dans certains cas les établissements de santé y sont parties prenantes, si ce n'est signataires. Lorsqu'un établissement de santé est implanté dans une zone géographique ciblée par un CLS, alors son CPOM et ses engagements négociés doivent en tenir compte.

➤ **Pour les autres contrats passés avec l'ARS**

L'ARS utilise différents types de contrat pour conduire ses politiques de santé et, le cas échéant pour préciser les mandats associés à une délégation de financements. Ces contrats visent dans ce cas un périmètre ciblé à un projet, une mission, une action, et en déclinent les conditions opérationnelles de mise en œuvre et d'évaluation. C'est par exemple les conventions associées au fond d'intervention régional (FIR). Ils n'ont donc pas d'ambition stratégique et n'intègrent pas de négociation particulière. Ils doivent cependant être réalisés en cohérence avec le CPOM des établissements de santé.

1.6 LE CONTRAT ET LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Bien que la validation du projet d'établissement ne relève plus nécessairement des attributions de l'Agence (articles L. 6143-1 et L. 6143-2 du CSP) et que la rédaction de ce projet ne soit plus un préalable à la négociation du contrat, les liens entre les deux documents sont indéniables.

La signature d'un CPOM ne dispense pas l'établissement d'élaborer ou d'adapter son projet au dispositif régional et territorial d'organisation sanitaire.

Au contraire, le projet d'établissement doit être au cœur du processus de contractualisation, tant dans la phase amont de diagnostic que dans la déclinaison et l'évaluation des engagements contractualisés.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT), dépourvus de personnalité morale, ne sont pas signataires d'un CPOM ; chaque membre doit signer un contrat en cohérence avec le projet médical partagé (PMP). L'agence attend des CPOM des établissements publics qu'ils permettent la déclinaison et le suivi de certaines orientations des PMP.

2 LA DEMARCHE D'ELABORATION ET DE SUIVI DES CPOM

Pour la campagne à venir, pour les établissements dont le CPOM n'aurait pas encore fait l'objet d'une négociation, un diagnostic sera partagé entre la structure et l'ARS. Pour ceux qui ont déjà signé des engagements, le rapport d'évaluation aura pour objectif de dresser un bilan du CPOM en cours et sera le point de départ pour une nouvelle négociation en vue du renouvellement du CPOM. La négociation s'appuiera sur l'évaluation des engagements du CPOM précédent. Cette évaluation contribuera au diagnostic partagé. La démarche décrite ci-dessous est commune quelle que soit la situation initiale.

2.1 LE DIAGNOSTIC PARTAGE ET LA NEGOCIATION INITIALE

Au lancement de chaque campagne, il est communiqué à chaque structure le nom du négociateur ARS qui sera son interlocuteur principal, chargé de coordonner les différentes phases.

2.1.1 La phase de diagnostic partagé

2.1.1.1 Objectif de la phase de diagnostic

L'objectif de la phase de diagnostic est de formaliser une analyse transversale de la situation de la structure permettant de :

- partager les enjeux stratégiques des contractants
- justifier des engagements proposés à la négociation

2.1.1.2 Plusieurs niveaux de préparation

Du PRS au CPOM, il est prévu plusieurs niveaux de préparation pour aboutir au diagnostic partagé.

❖ Le diagnostic régional (ARS) :

- travail de priorisation des besoins du PRS,
- travail d'analyse des modèles économiques envisagés (ex : création d'un centre de santé géré par un ES, plateau d'imagerie mutualisé...),
- travail de formalisation, au travers des fiches méthodologiques, de cahiers des charges opérationnels (questions clés, indicateurs, ...) permettant la traduction en engagements inscrits aux CPOM (ex : parcours de santé en cancérologie, ...).

❖ **Le diagnostic territorial (ARS) :**

- déclinaison et adaptation des enjeux du PRS prioritaires par territoire³.

❖ **Le diagnostic par structure (Etablissement + ARS) :**

- autodiagnostic de chaque structure en lien avec son projet d'établissement puis partage avec l'ARS des propositions d'évolution sur la durée du CPOM,
- utilisation de la trame de rapport de diagnostic permettant de formaliser les échanges,
- guide méthodologique et fiches relatives à chaque annexe-volet.

2.1.1.3 Le rapport de diagnostic par structure

Pour la structure contractante, il s'agit de proposer les priorités d'évolution de son activité et de son fonctionnement pour les prochaines années, en tenant compte des principaux axes du projet régional de santé (PRS) et des modalités d'inscription des structures dans leur territoire.

L'ARS fournit des lignes directrices au travers des fiches méthodologiques par annexe-volet ainsi qu'une trame de rapport. Ce support est à compléter par chaque structure (autodiagnostic) avant transmission à l'ARS. L'ARS inscrira ensuite ses éventuelles propres analyses ou appréciations du diagnostic proposé par la structure avant d'entrer en phase de négociation avec celle-ci.

Dès la phase d'autodiagnostic de la structure, il est recommandé que celle-ci remplisse le rapport jusqu'à la proposition d'engagements à contractualiser afin de pouvoir en discuter dès la première rencontre entre les parties. Le rapport évoluera ensuite pour aboutir à une version partagée.

³ La notion de territoire et le découpage géographique qu'elle recouvre peut varier selon les thématiques.

Trame de rapport de diagnostic – exemple sur un volet :

RAPPORT DE DIAGNOSTIC EN VUE DU NOUVEAU CPOM	2019	ADVI Accompagnement Q13
--	------	----------------------------

ANNEXE 3 : PERFORMANCE

ANNEXE 3 - Volet 1 - Accompagnement à la qualité et sécurité des soins

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC STRUCTURE *[Date]*

DIAGNOSTIC ARS *[Date]*

DIAGNOSTIC PARTAGE & PROPOSITIONS A RETENIR *[Date]*

Si des propositions sont établies, la structure décline les objectifs opérationnels et leurs modalités de suivi (en page « Engagements proposés pour le nouveau contrat »)

Engagements proposés pour le nouveau contrat

(à reporter dans le nouveau CPOM) *[Date]*

N° PROCS DE L' ATTENDU WEST	ANNEE	DIRECTION, DIRECTION DE LA STRUCTURE	INDICATEUR DE SUIV	SALON ET ANNÉE DE REFERENCE	VALEURS CIBLES					
					2018	2019	2021	2022	2023	

Modalités de suivi des engagements

INDICATEUR DE SUIV	ANNEE DE SUIV	ANNEE DE REFERENCE	SUIVRE

De
l'autodiagnostic
au diagnostic
partagé

Des propositions
d'évolution aux
engagements

Description
des indicateurs

Le diagnostic doit se concentrer sur les thématiques retenues dans la trame du contrat. Pour cela, les cocontractants doivent s'appuyer sur les fiches méthodologiques fournies en appui de chaque annexe et volet. Les deux parties veilleront à fournir des données objectives et vérifiables afin de favoriser le partage de la situation actuelle. Plusieurs sources peuvent être utilisées : PMSI, Certification, IPAQSS, comptes financiers et retraitements comptables,... accessibles par des sites Internet spécialisés (ATIH - Scan Santé, HAS - Scope Santé) ou produites par les contractants.

Ce diagnostic fait l'objet d'une analyse contradictoire qui aboutira au diagnostic partagé. Pour cela, il est prévu au moins une rencontre entre l'établissement de santé et l'ARS, proposée par l'ARS (facultative pour les autres titulaires d'autorisation, non établissement de santé).

2.1.1.4 La priorisation des engagements

Compte-tenu de l'étendue des thèmes pouvant faire l'objet d'engagements contractuels, l'enjeu consiste à parvenir à une priorisation forte des problématiques de chaque structure qui seront suivies au travers de seulement 3 à 10 objectifs et indicateurs sur 5 ans. Ainsi, l'ARS Ile-de-France propose de retenir la logique d'analyse suivante :

1. Analyser la « santé » de la structure et donc sa pérennité en l'état (annexe 2) :
 - L'établissement est-il dans une situation financière à risque ?
 - Rencontre-t-il des difficultés majeures sur le plan de la sécurité des soins?
 - *Si OUI, alors privilégier des engagements à ce niveau, sinon continuer*

2. Analyser les perspectives d'évolution de l'offre de soins au regard du PRS (annexe 1) :
 - L'établissement peut-il contribuer à couvrir un besoin non couvert en matière d'offre de soins?
 - L'établissement peut-il contribuer à améliorer un parcours de santé?
 - L'établissement peut-il s'inscrire dans des projets de coopérations restructurants?
 - L'établissement peut-il contribuer à développer les alternatives à l'hospitalisation complète?
 - S'il est habilité ou associé au Service Public Hospitalier (SPH), ses obligations font-elles l'objet d'une déclinaison particulière à contractualiser ?
 - *Si OUI, alors privilégier des engagements à ce niveau, sinon continuer*

3. Analyser les perspectives d'optimisation des processus internes d'organisation des soins et de management (annexe 3) :
 - L'établissement peut-il améliorer la qualité de ses prises en charge?
 - L'établissement peut-il améliorer la gestion de ses opérations (informatisation, outils de pilotage...)?
 - L'établissement peut-il améliorer la gestion de ses ressources humaines?
 - *Si OUI, alors négocier des engagements à ce niveau, sinon CPOM = socle commun.*

☞ **Mise en œuvre** : cette proposition de hiérarchisation a vocation à guider les négociateurs dans leur raisonnement bien qu'en réalité il soit important de tenir compte de l'imbrication des thèmes entre eux (exemple : un plan de retour à l'équilibre financier ne peut être fait sans remettre en question le projet médical et organisationnel de l'établissement).

2.1.2 La phase de négociation

Sur la base du diagnostic partagé, la phase de négociation peut être engagée.

L'objectif de cette phase est d'aboutir à un accord sur des engagements réalistes permettant d'inscrire la stratégie de chaque structure dans la déclinaison du PRS et du CPOM Etat-ARS.

La négociation porte sur les orientations principales de la structure à mettre en œuvre sur les cinq prochaines années. Elle répond à un besoin de :

- ▶ valorisation et prise en compte d'orientations stratégiques nouvelles, de nouveaux projets, d'activités spécifiques, d'un positionnement particulier sur le territoire, du rôle dans un parcours... ;
- ▶ sécurisation liée à des difficultés constatées : retour à l'équilibre financier, niveau insuffisant sur une thématique donnée (qualité des soins, attractivité, ressources humaines...).

Les arguments justifiant des évolutions proposées sur la période couverte par le contrat sont à renseigner dans le rapport de diagnostic, de même que les engagements retenus à l'issue des négociations.

☞ **Mise en œuvre** : une page de synthèse (incluse dans le rapport) est à compléter à l'issue des négociations. Celle-ci doit faire apparaître d'une part la synthèse du diagnostic pour l'ensemble de la structure sous forme d'un tableau Force/ Faiblesses/ Menaces/ Opportunités, la synthèse des enjeux majeurs, et d'autre part le tableau listant par volet les engagements retenus à l'issue des négociations. Cette fiche doit permettre aux instances de validation de prendre connaissance rapidement (une à deux pages A4) des enjeux de la structure et du résultat des négociations.

Les engagements repris dans la fiche de synthèse du rapport de diagnostic, s'ils sont validés par les deux parties, seront alors saisis dans le contrat proposé à la signature des représentants légaux.

❗ **Important** : le format des engagements tel que présenté au chapitre 1.3.2.4 ci-dessus doit impérativement être respecté pour que puissent être saisis les engagements dans l'application informatique qui permet d'éditer les contrats et avenants. Le rapport de diagnostic n'a pas de valeur contractuelle et n'est pas signé par les parties. Il sera en revanche conservé pour le suivi du dialogue de gestion avec l'établissement.

L'interlocuteur ARS, une fois saisis les engagements, transmet alors le contrat ou l'avenant édité à la signature du représentant légal de la structure.

2.2 LE SUIVI, LA REVISION ET LE RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

L'évaluation et le suivi des CPOM sont une obligation (article L. 6114-1 du CSP).

Pour permettre un dialogue de gestion efficace entre l'ARS et la structure titulaire du contrat, il est nécessaire de formaliser un bilan régulier.

2.2.1 Le suivi et l'évaluation

Des échanges et un dialogue de gestion continu entre l'ARS et les établissements, en référence systématique au CPOM :

- ▶ Du côté de l'ARS : une articulation accrue entre le CPOM et les procédures connexes (autorisations, allocation de ressources, plan d'accompagnement de l'ONDAM, accompagnements des coopérations et GHT, CAQES...)
- ▶ Du côté des structures, une demande d'inscription au CPOM de tout nouvel élément structurant (nouveau projet, nouvelle orientation stratégique, nouvelle coopération...).

2.2.2 La révision du contrat à tout moment

Le CPOM est conçu comme un document évolutif. Sa modification peut être envisagée à échéance régulière, afin de prendre en compte des modifications substantielles intervenues dans l'environnement ou dans le fonctionnement interne de l'établissement : révision du schéma régional de santé ou changement de PRS, évolution de l'offre de soins sur le territoire, modification du périmètre d'activité ou de financement, engagement de nouvelles coopérations, nouvelles autorisations, évolution significative de la situation financière...

La révision intervient alors par voie d'avenant au CPOM :

- soit pour enregistrer les modifications induites sur la partie « socle commun » par d'autres procédures :
 - Évolution du financement dans le cadre du processus d'allocation de ressources
 - Gestion des processus d'autorisation d'activités de soins et d'EML sur le fondement du PRS
 - Nouvelle reconnaissance d'activité (ex : soins intensifs)
- Soit pour revoir les engagements à la suite de l'évaluation partagée de leur réalisation ou d'une évolution des enjeux prioritaires :
 - Ajout / suppression d'un engagement
 - Modification d'une valeur cible
 - Report ou avancement d'une échéance

Le contenu de l'avenant est intégré dans le CPOM par la modification de l'annexe et du volet concernés.

En cas de modification substantielle du contenu, la signature d'un nouveau contrat pourra être privilégiée à la réalisation d'un avenant.

2.2.3 Le renouvellement du contrat

Le Code de Santé Publique (Art. D. 6114-8) prévoit, en vue du renouvellement, la transmission par l'établissement d'un rapport final reprenant l'évaluation des résultats.

En Ile de France, le choix a été fait en accord avec les fédérations et les structures concernées d'anticiper le renouvellement d'un certain nombre de CPOM dès 2016.

Lors de l'évaluation, la structure pourra se voir proposer le renouvellement de son contrat pour 5 ans. L'évaluation servira de base aux échanges, afin de poursuivre certains engagements, en supprimer faute d'enjeu suffisant, ou en inscrire de nouveaux suivant les évolutions de contexte.

2.3 L'APPROBATION DU PROJET DE CONTRAT ET SA SIGNATURE

2.3.1 La validation du projet de contrat

Le rapport de diagnostic / d'évaluation, accompagné de sa synthèse est soumis par le négociateur ARS au responsable en charge de la validation du contenu (Délégué Départemental ou Directeur de l'offre de soins de l'ARS).

Pour les établissements publics de santé, le contrat est établi en concertation avec le directoire de l'établissement, lequel se prononce donc de fait sur son contenu. Si les textes n'exigent pas que le conseil de surveillance se prononce sur le CPOM, il est néanmoins préférable de disposer d'un avis du conseil sur la version finale du contrat avant signature. Le comité technique d'établissement (CTE) est informé et la commission médicale d'établissement (CME) est consultée.

Pour les ESPIC et établissements privés lucratifs, l'approbation du contrat obéit à des règles propres aux statuts et dispositions particulières de ces structures.

Pour les établissements de santé privés, la consultation par le représentant légal de l'établissement de la conférence médicale, avant toute signature du CPOM ou d'un avenant à celui-ci, est obligatoire et l'avis de la conférence médicale doit être joint à tout projet de CPOM ou d'avenant transmis au directeur de l'ARS⁴.

⁴ Voir l'article R.6144-1 du CSP tel que modifié par l'article 3 du décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016

☞ **Mise en œuvre** : l'ARS Ile-de-France attachera une attention particulière à ce que, quel que soit le statut de l'établissement, la Commission Médicale d'Établissement (CME) soit consultée pour tout engagement impliquant le corps médical ou ayant un impact sur l'organisation des soins.

Après approbation du contenu, le rapport de diagnostic constituant le projet de contrat est repris par les agents de l'ARS chargés de l'élaboration du document définitif et du suivi des signatures.

2.3.2 La signature du contrat

Le contrat, ou son avenant, est signé dans l'ordre par :

- ▶ Le représentant légal de l'établissement ou du titulaire de l'autorisation ;
- ▶ Le Directeur Général de l'ARS, ou par délégation, son représentant.

Chacune des annexes doit être paraphée par les parties au contrat.

Le contrat est signé en 2 exemplaires originaux (1 pour la structure, 1 pour l'ARS).

La délégation départementale compétente pour l'ARS conserve l'exemplaire original et transmet au service contractualisation du siège une version scannée puis archivée au sein de l'outil de gestion des contrats E-Cars.

- **La procédure en cas de refus de signature** : à défaut de signature du contrat dans un délai de 1 an après l'adoption du PRS, le DGARS dispose de la possibilité de fixer par voie d'arrêté un socle d'engagements de l'établissement. Cet arrêté porte notamment sur les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 du CSP et le cas échéant les modalités de calcul de leur compensation financière (article L. 6114-2 du CSP).

- **Situation des établissements hors contrat** :

La conclusion d'un CPOM a un caractère obligatoire pour les établissements publics de santé et ESPIC, ceux-ci ayant des obligations de service public hospitalier. Le refus de signer un CPOM conduira donc à la mise en œuvre de la procédure décrite au paragraphe précédent.

S'agissant d'un établissement de santé privé commercial, la conclusion d'un CPOM n'a pas ce caractère obligatoire, l'article L. 162-22-6 du Code de la Sécurité Sociale mentionnant les établissements hors contrat⁵. Toutefois, l'absence de CPOM n'est pas sans conséquence pour la structure :

L'article L. 162-22-5 du Code de la Sécurité Sociale précise en effet que " l'Etat fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités [...] qui sont exercées par les établissements de santé privés mentionnés au § e) de l'article L. 162-22-6". Par ailleurs, les patients pris en charge dans ces établissements doivent faire l'avance des frais, l'établissement n'étant pas autorisé à pratiquer le tiers-payant et se font rembourser sur la base des tarifs d'autorité (article L. 161-21-1 du CSS), moins avantageux que les tarifs conventionnels.

❗ Important : l'absence de contrat ne dispense pas pour autant ces structures de solliciter les autorisations nécessaires pour leurs activités.

2.3.3 La publicité du contrat

Le contenu du CPOM ne sera pas publié par l'ARS Ile-de-France mais sera communicable dans le cadre de la loi du 17 juillet 1978.

Conformément à l'article D. 6114-7 du CSP, le contrat est porté à la connaissance de la caisse d'Assurance Maladie chargée du financement de l'activité hospitalière (la caisse « pivot »). Il s'agit le plus souvent de la CPAM du département dans lequel est implanté l'établissement, mais par convention entre régimes obligatoires d'Assurance Maladie, il peut s'agir de la Caisse-de la Mutualité Sociale Agricole.

Le texte ne précise pas qui, de l'ARS ou du co-contractant, a la charge de cette communication. Le cas échéant, une demande peut être adressée à l'ARS.

⁵ C'est le cas notamment des cliniques pratiquant la chirurgie esthétique.

2.4 LE RESPECT DU CONTRAT

La démarche de contractualisation est porteuse d'une **relation de dialogue de gestion partagée** : ce n'est que **l'échec avéré de cette logique** qui doit conduire, pour assurer le respect du contrat et sa portée effective, à envisager l'application de **sanctions graduelles** prévues au contrat, dans le **respect d'une procédure contradictoire**.

2.4.1 Sanctions : les pénalités financières, la modification du contrat, la résiliation du contrat

L'article L. 6114-1 du CSP précise que les CPOM déterminent les pénalités applicables aux titulaires de l'autorisation en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues. Ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, 5% des produits reçus, par l'établissement ou le titulaire de l'autorisation, des régimes obligatoires d'Assurance Maladie au titre du dernier exercice clos. En cas de manquement grave, le Directeur Général de l'ARS a le pouvoir de résilier le contrat.

2.4.2 La procédure en cas d'inexécution partielle ou totale

Cette procédure est décrite à l'article R. 6114-10 du CSP. Elle présente plusieurs caractéristiques :

- ▶ L'application des pénalités n'est pas immédiate, elle intervient au terme d'une procédure de dialogue ;
- ▶ La procédure est contradictoire car elle garantit au titulaire de l'autorisation la possibilité de communiquer son analyse sur l'inexécution des engagements ;
- ▶ La procédure est séquencée afin de permettre à l'établissement de présenter ses arguments et de prendre des mesures correctrices ;
- ▶ Les décisions de mise en demeure et de notification des **pénalités** doivent être motivées ;
- ▶ Les pénalités sont proportionnées.

2.4.3 La procédure en cas de manquement grave

Cette procédure est décrite à l'article R. 6114-9 du CSP. Elle présente les mêmes caractéristiques que la procédure pour inexécution partielle ou totale : respect du contradictoire et motivation, notamment. Elle peut conduire à la modification ou à la résiliation du contrat.

3 L'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE CONTRACTUALISATION

3.1 LE PLAN DE CHARGE

Une démarche de contractualisation échelonnée

L'ARS Ile-de-France a choisi de consacrer un temps de dialogue privilégié avec chaque structure à l'occasion du renouvellement des CPOM. Pour cela elle a échelonné les échanges consacrés à la négociation des nouveaux contrats.

Au regard de l'échéance des contrats en vigueur ayant majoritairement pris effet au 28/12/2013, il a été proposé à certains établissements d'anticiper le renouvellement de leur contrat et ce, dès 2016. Pour les contrats qui n'auraient pas été revus avant leur échéance, un contrat « socle commun » (autorisations, reconnaissances contractuelles, financements) a été proposé en attendant de contractualiser les engagements négociés par avenant. Le nouveau CPOM courra pour 5 ans à compter de la date d'effet du contrat, quelle que soit celle-ci. Pour les CPOM négociés après 2019, si cela est souhaité par la structure, un contrat complet sera à nouveau signé afin que les engagements aient une durée effective de 5 ans.

Les CPOM franciliens auront donc désormais des échéances différentes. A terme, cet étalement conduira à organiser les campagnes de négociation-renouvellement au fil des contrats arrivant à échéance.

Lors du lancement des différentes campagnes, chaque structure concernée sera informée. Elle devra alors être prête à proposer ses principaux axes d'évolution à 5 ans, en cohérence avec son projet d'établissement. C'est seulement lors de cette procédure de négociation qu'elle formalise son autodiagnostic / autoévaluation et entre en discussion avec l'ARS sur les objectifs qu'elle envisage.

Les étapes et le calendrier sont les mêmes, que l'établissement soit dans une procédure de négociation initiale ou d'évaluation suivi d'un renouvellement de son contrat :

- 1) J + 0 : Réception de la trame de rapport de diagnostic / d'évaluation par la structure ;
- 2) J + 60 : Réception par l'ARS du rapport complété et transmis par la structure ;
- 3) J + 120 : Partage du diagnostic / évaluation et négociation des engagements entre les contractants ;
- 4) J + 180 : Signature par la structure du CPOM transmis par l'ARS ;
- 5) J + 210 : Signature par le DG ARS ou son représentant du CPOM.

Mise en œuvre : si les négociations n'aboutissent pas en temps voulu, les contractants ont la possibilité de prolonger de 3 mois la période de négociation avant de signer les engagements contractualisés. Cela revient alors à reporter les échéances 3 à 5 ci-dessus de 90 jours. La reconduction de ce délai de 3 mois est possible et laissée à l'appréciation des parties selon la complexité des négociations.

Au plus tard, en janvier de l'année de négociation programmée, chaque structure reçoit un courrier de l'ARS lui indiquant le lancement de la campagne.

3.2 Rôles et missions de chacun

3.2.1 Les missions du niveau régional

Le niveau régional, sous la responsabilité du **directeur de l'offre de soins** et coordonné par **le service du pôle ville -hôpital** chargé de la démarche de contractualisation :

- Assure l'appui technique, méthodologique et le suivi du projet global.
- Apporte un appui-métier : chefs de projet des thématiques médicales et autres responsables thématiques (finances, aspects juridiques, coopérations, sécurité sanitaire, performance...).
- Est responsable de la négociation de certains CPOM d'envergure régionale.
- Sollicite le cas échéant le comité de direction de l'ARS pour arbitrage sur des orientations majeures.
- Coordonne la réalisation des avenants modifiant le contenu du socle commun : autorisations, reconnaissances contractuelles, financements.
- Consulte les fédérations sur la méthode envisagée et les informe de la mise en œuvre au travers d'un comité de pilotage réuni environ deux fois par an.

3.2.2 Les missions du niveau départemental

Le niveau départemental assure le dialogue avec l'établissement ou le titulaire de l'autorisation⁶. Dans chaque délégation départementale, le Délégué Départemental peut déléguer sa responsabilité directe du pilotage opérationnel à un chef de projet de la démarche de contractualisation.

➤ **Le Délégué Départemental :**

- Désigne un chef de projet départemental.
- Détermine la charge de travail.
- Est responsable de la négociation des CPOM d'envergure départementale.
- Désigne les négociateurs des contrats sous sa responsabilité.
- Assure certaines négociations.
-
- Assure la coordination des différents services de la délégation impactés par la démarche (approche transversale du CPOM).

➤ **le chef de projet départemental :**

- Assure le pilotage opérationnel de la négociation départementale des contrats.
- Participe à la désignation des négociateurs des contrats.

⁶ NB : à titre exceptionnel, certains contrats sont négociés par le niveau régional (exemple : AP-HP, UGECAMIF, Nephrocare).

- Participe aux travaux pilotés par le chef de projet régional.
- Assure une communication permanente sur l'état d'avancement des travaux.
- Coordonne le suivi régulier des contrats.

3.2.3 Les missions du niveau départemental ou régional selon les cas

➤ Les négociateurs et référents ARS :

- Coordonnent la démarche de contractualisation pour les structures dont ils ont la charge.
- Formalisent le diagnostic ARS puis le partage du diagnostic avec la structure.
- Sollicitent toutes personnes concernées par la démarche.
- Assurent la négociation des engagements du contrat.
- Préparent les synthèses des projets de contrat à présenter au Délégué Départemental ou au niveau régional pour arbitrage et validation (selon responsabilité).
- Transmettent le contrat (ou l'avenant) à la structure pour signature et en assurent le suivi.
- Remettent les projets de contrat négociés au chef de projet départemental ou régional.

3.2.4 Le rôle de la structure contractante

Une entité juridique signataire du contrat peut avoir un CPOM couvrant plusieurs sites géographiques, voire plusieurs établissements de santé. Par ailleurs, le périmètre des CPOM couvre plusieurs compétences métiers. Ainsi, l'ARS propose les recommandations suivantes dans son guide afin de faciliter les échanges entre les parties.

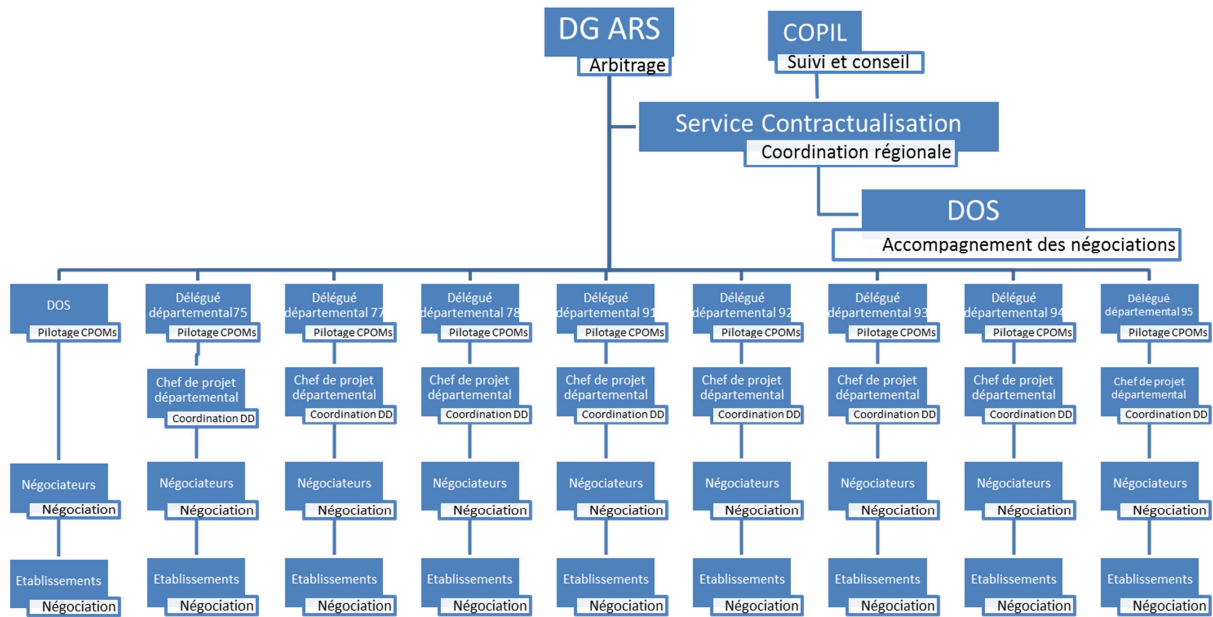
➤ Le représentant légal :

- Désigne un correspondant principal, interlocuteur privilégié pour les échanges avec l'ARS, et communique ses coordonnées à son interlocuteur ARS.
- Assure ou délègue en tout ou partie la réalisation du diagnostic et des négociations.
- Signe le contrat.

➤ Le correspondant principal :

- Sollicite toute personne concernée par la démarche au sein de sa structure et coordonne leurs contributions.
- Transmet au référent ARS les informations nécessaires ou utiles à l'avancement de la démarche.

3.2.5 Représentation de la gouvernance globale par l'ARS



4 LES FICHES D'AIDE AU DIAGNOSTIC ET A LA NEGOCIATION PAR ANNEXE ET VOLET

Les fiches par annexe et volet sont transmises en documents annexés à ce guide afin d'en faciliter l'actualisation.

5 LES DOCUMENTS TYPES DE SOCLES CONTRACTUELS

Les socles contractuels du contrat et des avenants, sous forme de documents types, sont transmis pour information en documents annexés à ce guide afin d'en faciliter l'actualisation.